

# LA LETTRE DU REHPI

## EDITION N°1



Disponible également  
sur le site : [www.rehpi.fr](http://www.rehpi.fr)

### SOMMAIRE

- Page 1** : Editorial  
**Page 2** : Le RÉHPI :  
Prestations, actions, organigramme  
**Page 3** : Les membres du Réseau  
**Page 4** : Les correspondants Réseau  
**Page 5** : L'articulation du sanitaire et du médico-social  
**Page 6** : Le handicap psychique au quotidien

### EDITORIAL

Par Elisabeth Giraud Baro / Présidente

# Réseau RÉHPI : mode d'emploi

C'est à l'utilisateur en toute première intention que le réseau RÉHPI s'adresse.

Le réseau a pour objectif principal de permettre à la personne handicapée psychique de trouver les solutions adaptées à son état pour réaliser son projet de vie et d'insertion.

Le handicap psychique est caractérisé par la difficulté à exprimer des habiletés sociales, en raison de troubles cognitifs.

Les personnes handicapées psychiques sont donc particulièrement invalidées dans les actes de la vie quotidienne, dans le maintien à l'hébergement, dans les aptitudes relationnelles et dans le maintien de la continuité de leurs soins.

Leurs besoins sont de nature sanitaire : soins au long cours et réactivité lors de crises, mais aussi médicosociaux : accompagnement à la vie sociale, accès et maintien dans l'hébergement.

Le RÉHPI ne se substitue pas aux professionnels, il est là :

- ◆ Pour faciliter l'évaluation croisée des besoins,
- ◆ Pour mettre en œuvre un plan d'aide avec l'utilisateur et les intervenants,
- ◆ Pour faciliter la coordination des acteurs du projet,

il est là :

- ◆ Pour faire valoir, au nom de l'utilisateur, des besoins
- ◆ Pour proposer des solutions concertées en terme de soins et de services.

Nous avons eu, en Isère, la sagesse et l'esprit pionnier de constituer ce réseau, c'est une valeur ajoutée que beaucoup nous envient.

Depuis 2003, les secteurs de psychiatrie, les psychiatres libéraux, les institutions médicosociales ont fortement participé et l'esprit « réseau » souffle.

En 2006 les stages de mise en situation d'une étape du projet dans les champs du soin, de l'hébergement, du travail, de l'accompagnement et des activités ont été une contribution majeure à la valeur ajoutée que peut apporter le réseau.

En 2007 les liens avec la MDPHI se conventionneront et inscriront ainsi l'action du réseau dans le cadre de la loi du 11.02.2005.

En 2007 la lettre du Réseau viendra vous informer au plus près.

C'est une volonté forte de se rapprocher des adhérents, pas seulement des institutions mais des acteurs de terrain afin qu'ils se saisissent directement de cet outil réseau.

### RESEAU REHPI

Parc Héliopolis  
16 Rue du Tour de  
l'Eau  
38400 Saint Martin  
d'Hères  
Tel : 04.76.24.47.46  
Fax : 04.76.70.02.94  
Mail :  
[contact@rehpi.fr](mailto:contact@rehpi.fr)  
Site : [www.rehpi.fr](http://www.rehpi.fr)

# LE RESEAU REHPI

## LES PRESTATIONS AUX USAGERS

- ◆ EVALUATION / PRECONISATION du plan d'aide réalisé par la cellule mixte départementale d'évaluation

### LA CELLULE MIXTE DEPARTEMENTALE D'EVALUATION (CMDE)

S'adresse aux personnes adultes, prises en charge sur le plan psychiatrique, stabilisées, en difficulté dans leur parcours de vie.

Lieu d'évaluation et de proposition d'un plan d'aide individualisé à partir d'entretiens et de présentation de la situation en commission réseau.

Dans la commission est assurée une représentation de toutes les structures adhérentes.

- ◆ SUIVI DES PRECONISATIONS : suivi de la mise en œuvre du plan d'aide par un travailleur social du réseau qui intervient comme médiateur, facilitateur en case de difficulté
- ◆ EDUCATION THERAPEUTIQUE : groupes d'information sur la maladie et les traitements proposés aux personnes handicapées psychiques et à leur entourage
- ◆ STAGES : mises en situation d'autonomie dans les structures réseau dans le cadre du plan d'aide. Le stage permet à la personne et à son équipe de vérifier la pertinence d'une proposition d'orientation.
- ◆ MOBILISATION / ACTIVATION du réseau, mise en commun des ressources à propos d'une situation problématique signalée par les partenaires

## LES ACTIONS

- ⇒ **INFORMATION / SENSIBILISATION** des professionnels
- ⇒ **INFORMATION / SENSIBILISATION** des aidants familiaux
- ⇒ **SITE INTERNET**
- ⇒ **REPRESENTATION ET VALORISATION** du Handicap Psychique entre au sein de l'**ODPHI** (Office Départemental des Personnes Handicapées de l'Isère), **CDAPH** (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées) de la **MDPHI** (Maison des Personnes Handicapées de l'Isère), **CDCPH** (Comité Départemental Consultatif des Personnes Handicapées), **CLSM** (Conseil Local de Santé Mental), ...
- ⇒ **IDENTIFICATION DES BESOINS NON COUVERTS** à partir des données statistiques du réseau et des observations de ses membres : familles et professionnels.

## LE RESEAU REHPI / ORGANIGRAMME

ASSOCIATION REHPI	LE RESEAU
PRESIDENTE : Dr Giraud Baro Elisabeth Médecin chef Service Soins et Réhabilitation Psychosociale Centre Hospitalier de Saint Egrève	COORDINATION : Mme Arnaud Mireille
VICE PRESIDENTE : Mme Baudru Fabienne Présidente UNAFAM 38	SECRETARIAT : en recrutement
SECRETAIRE : Dr Saurel Claude Directeur Centre COTAGON	MEDECIN RESEAU : Mme Rivière Martine
TRESORIER : M Tasserit Eric Directeur MESSIDOR	PSYCHOLOGUE RESEAU : Mme Hostyn Muriele
TRESORIER ADJOINT : Mme Lecorre Marie Directrice Centre Psychothérapique du Vion	TRAVAILLEUR SOCIAL : Mme Salbreux Juliette

# LES MEMBRES DU RESEAU REHPI

Le réseau RéHPI s'est constitué officiellement en 2002.

Il est né de la rencontre des professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et social dédiés au handicap psychique, au sein de la Commission Handicap Psychique de l'Isère de l'Office Départemental des Personnes Handicapées de l'Isère (ODPHI).

Les professionnels ont rassemblés leur énergie et leur volonté d'améliorer le parcours des usagers en concevant un réseau porteur de cette philosophie.

Chaque membre adhérent signe la charte du réseau et désigne un membre pour participer au Conseil d'Administration et à la commission de la Cellule Mixte d'Evaluation.

Cette participation est fonction des ressources de chacun.

## MEMBRES FONDATEURS

CENTRE HOSPITALIER DE ST EGRÈVE

ASSOCIATION STE AGNES

ASSOCIATION ALHPI (Accompagner le Handicap Psychique en Isère)

FONDATION GEORGES BOISSEL CENTRE PSYCHOTHERAPEUTIQUE DU VION

ASSOCIATION APAJH (Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés)

ASSOCIATION MESSIDOR

ASSOCIATION ALPES INSERTION (EIA)

CENTRE DE COTAGON

A.S.M.I. (Association Santé Mentale de l'Isère) O.M.S.R (Office Médico-social de Réadaptation)

Par la suite, d'autres structures ont rejoint le réseau et les membres fondateurs pour œuvrer ensemble.

## MEMBRES ADHERENTS

CLINIQUE DU COTEAU

ASSOCIATION AFIPAEIM SAIS

ASSOCIATION "LES AMIS DU VAULSERRE ET DU TRIÈVES"

ASSOCIATION DÉPARTEMENTALE POUR LA SAUVEGARDE DE L'ENFANT À L'ADULTE DE L'ISÈRE (ADSEA 38)

ASSOCIATION ARIA 38

UNAFAM ISÈRE (Association de Familles)

CHU DE GRENOBLE Hôpital Sud - Département de Psychiatrie pour Adultes

ASSOCIATION ADPAH

CENTRE HOSPITALIER LUCIEN HUSSEL VIENNE

CENTRE HOSPITALIER DE SAINT LAURENT DU PONT

ASSOCIATION L'ETAPE

ASSOCIATION ALPES ADMINISTRATION

ETABLISSEMENT SOCIAL DE TRAVAIL ET D'HÉBERGEMENT ISÉROIS (ESTHI)

Comme tout réseau de santé, le RéHPI a parmi ces membres des médecins libéraux dont certains étaient présents à la première heure.

## MEDECINS LIBERAUX

M le Docteur Jean-Louis DELPONT

M le Docteur Patrick GLATIGNY

Mme le Docteur M. COLOMBO-CANONICA

M le Docteur Jean-Louis JUHEL

M le Docteur Joël BESSIERE

M le Docteur Jérôme CARRAZ

M le Docteur Arnaud CARRIER

## LES CORRESPONDANTS REHPI DE STRUCTURE

Pour faciliter la communication le réseau RÉHPI a demandé à chacun de ses membres de désigner un correspondant qui par délégation de sa Direction, sera le relais entre sa structure et le réseau.

Ses missions :

- \* Il réceptionne l'information émise par le réseau RéHPI et la diffuse au sein de sa structure
- \* Il est informé sur l'ensemble des outils du réseau RéHPI et il est chargé de leur diffusion et de leur promotion au sein de sa structure.
- \* Il collecte et transmet au RéHPI les informations que sa structure désire communiquer pour diffusion aux adhérents du réseau.
- \* Il est le lien entre les personnes qui participent aux instances du réseau RéHPI au sein de sa structure.
- \* Il participe aux temps d'information et aux rencontres des correspondants organisés par le RéHPI.

<b>CORRESPONDANTS REHPI DE STRUCTURE</b>				
<b>MEDICO SOCIAL</b>				
<b>Association</b>	<b>Structure</b>	<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>	<b>Fonction</b>
ANRPRSC	Centre de Cotagon	MONNET	Josiane	Directrice Adjointe
MESSIDOR	Etablissements Isère	CHARON	Sylvie	Conseillère d'insertion
APAJH	SAVS Eybens	D'HALLUIN	Pierrick	Coordinateur
ALHPI	SAJ La Cote St André			
	Foyer Romant	BLANCHARD	Colette	Monitrice éducatrice
	SERDAC	GALVEZ	Loïc	Educateur
ESTHI	Tous établissements	DUMESTRE-MARTEL	Christine	Directrice adjointe
EIA	EIA	PAYE	Evelyne	Responsable de service
Association Ste AGNES	SAJ et Foyer	PEPIN	Alain	Chef de service
	ESAT	DEPOLLIER	Catherine	Psychologue
AFIPAEIM		NAVARRO	Pierre	Directeur
ADSEA	Le HOME	SANCHEZ	Pascale	Chef de service
	Villa Claude Cayeux	BERTHEAS	Françoise	Ergothérapeute
<b>SANITAIRE</b>	<b>Etablissement</b>	<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>	<b>Fonction</b>
	CH de St Egrève	MOREAU	Pascale	Cadre de santé
	Centre Psychothérapique du VION	CONSTANTIN	Marcel	Cadre de santé
	Hôpital de Vienne	MUSY	Isabel	Assistante sociale
	CHU	MARILLIER	Nathalie	Assistante sociale
	Clinique Le Coteau	DAVOINE SERRA	Paulette	Assistante sociale
	Hôpital St Laurent du Pont	FONTAINE	Laura	Responsable Qualité
		GRIFFON	Agnès	Directeur adjoint
<b>SOCIAL</b>				
ETAPE	Le Cotentin	BAYOT	Roger	Directeur
<b>FAMILLES</b>				
	UNAFAM 38	BAUDRU	Fabienne	Présidente
		LANOUE	Marie-Claude	Bénévole

### INFORMATION

**L'ASSEMBLEE GENERALE DU RESEAU REHPI  
AURA LIEU LE  
LUNDI 26 MARS 2007  
A PARTIR DE 17H00  
A SAINT MARTIN D'HERES 16 rue du Tour de l'eau**



**ARTICULER LE SANITAIRE ET LE MEDICO-SOCIAL DANS LE CHAMPS DE LA REHABILITATION PSYCHOSOCIALE**

La réhabilitation psychosociale s'inscrit dans une suite que l'on peut donner à la sectorisation psychiatrique des années 1960, qui visait à assurer une continuité thérapeutique de l'intra vers l'extrahospitalier, la psychiatrie ouvrant sa pratique au fait social.

Si la réhabilitation continue à poser la question de l'ouverture de la psychiatrie, elle initie le débat vers des complémentarités indispensables pour mieux appréhender la chronicité du handicap psychique.

Aujourd'hui, le concept de santé mentale publique englobe à la fois les réponses sanitaires à la souffrance psychique et les interventions sociales fondées aussi bien sur les préventions que sur les insertions.

La réhabilitation psychosociale vise à appréhender la personne dans sa trajectoire de vie et dans son environnement, la dimension du soin étant intégrée dans le parcours de vie du citoyen.

La réhabilitation psychosociale s'occupe moins de la rémission symptomatique (délires, hallucinations...) que de la rémission fonctionnelle, et des habilités sociales.

Les actions de réhabilitation psychosociale sont développées lorsque la symptomatologie aiguë est amendée. Elles interviennent alors à la périphérie du soin.

La réhabilitation se porte donc sur la réduction des incapacités ou désavantages liés à la maladie. Les axes de travail sont de plusieurs ordres :

- un travail sur les conséquences de la maladie,
- un travail à partir d'une re-médiation cognitive,
- l'information concernant la maladie mentale,
- les accompagnements sociaux et éducatifs,
- les habilités sociales,
- la gestion du stress,
- les psychothérapies,
- l'aide aux aidants et aux familles...

Les ordonnances ministérielles de 1996 rompent avec la logique prévalant, depuis 1975 à la séparation du Sanitaire et du Social.

La loi de 2002 introduit une rénovation du Sanitaire et du Médico-social.

La mission d'appui en santé mentale souhaite que l'on « réimplante le dispo-

*itif de santé mentale dans la cité, de redynamiser les pratiques de soin, le partenariat avec les acteurs sociaux en s'appuyant sur les valeurs fortes du secteur psychiatrique et en diversifiant l'offre sanitaire » (G Massé).*

Plusieurs raisons ont amené à décloisonner les territoires, les champs de compétences :

- Le Sanitaire est confronté à des problématiques sociales d'exclusion et de réinsertion, et le Médico-social à des problématiques psychiatriques au sein de l'hébergement.

- Pourquoi le soin devrait-il s'arrêter aux portes de la structure d'accueil, aux portes de l'hébergement ? Parce que la personne est stabilisée ? Nous savons tous qu'il est difficile de parler de stabilisation au sujet de la schizophrénie, cette maladie à évolution longue, et à l'équilibre précaire.

- A trop vouloir « dépsychiatriser » les Institutions, on peut craindre que la déficience prime sur la maladie psychique au sein des structures médico-sociales. Le sujet peut devenir une personne à ré-éduquer seulement... et plus à soigner, le soin ayant été réalisé en amont du placement.

- La problématique des lits en psychiatrie est centrale dans cette question. Une étude a montré que plus de 30 % des personnes hospitalisées en psychiatrie relèverait de structures d'hébergement, et qu'un défaut d'offre les obligerait à occuper des lits en psychiatrie.

- Cinquième constat, la répétition des hospitalisations pour certains résidents du médico-social, avec toutes les ruptures que cela peut entraîner pour la personne et dans la prise en charge. A l'inverse, certaines hospitalisations sont parfois inutiles devant l'amendement soudain des troubles du comportement au sein des pavillons d'entrée et la poursuite de ces mêmes troubles à leur sortie au sein des structures d'hébergement.

L'ouverture de la psychiatrie vers le social tend à répondre donc à la crise de l'hébergement, à corriger les défauts de la désinstitutionnalisation, et à créer des conditions de continuité des soins dans le parcours de vie du résident.

C'est une approche novatrice de la psy-

chiatry, dans le sens où le Sanitaire s'invite à l'intérieur des structures, et va au devant des situations d'urgence et de crise.

L'articulation du Sanitaire et du Médico-social s'apparente donc à **un mariage de raison**.

Aujourd'hui, 50 % des hôpitaux spécialisés se sont engagés dans des partenariats avec des structures médico-sociales. L'évolution des mentalités est au service de la personne handicapée psychique prise dans toute la globalité de son existence.

Quels sont les pré requis et les enjeux de cette articulation ?

Cela demande une volonté de s'aventurer vers l'autre rive, de sortir des chemins balisés, connus et sécurisants pour tout le monde.

On ne pense plus seul le projet du patient ou du résident, mais à 3 : la personne, l'équipe de soin et l'équipe éducative.

Cette approche exclue la notion de hiérarchie, de pouvoir mais instaure un élément de transversalité.

Le Soin n'a pas la primauté sur le Social et inversement.

Ce double regard crée le cadre de l'articulation, il évite les cloisonnements et organise les liens, les échanges, les réflexions, le soin et l'accompagnement.

Cette articulation fait vivre aux 2 partenaires les questions de la perte et de l'intrusion, non sans conséquences d'ailleurs.

Le basculement d'un nombre croissant de patients vers des structures médico-sociales pour des raisons d'insertion, de prise en charge et de coût peut être vécue par la psychiatrie sur le mode de la perte.

A l'inverse, le monde du social peut être animé par la crainte d'intrusion du monde hospitalier dans son fonctionnement.

Il est pourtant nécessaire d'arrêter le clivage du patient accueilli soit dans le Sanitaire, soit dans le Médico-social.

Le passage de l'un vers l'autre ne s'inscrit pas uniquement dans une logique de placement.

Les personnes dépendantes de l'Institution ont besoin de réponses diversifiées à leur besoin, des réponses au carrefour du Sanitaire et du Médico-social.

Cette articulation présente une capacité propre à lutter contre la chronicité des troubles psychiatriques et celle inhérente aux institutions.

Cédric Gramusset Psychologue  
Equipe Mobile de Psychiatrie de Liaison  
Service Soins et Réhabilitation Psychosociale



## BESOINS

La notion de handicap psychique est un concept nouveau.

Il s'agit de l'inadaptation sociale lourde due aux conséquences des maladies psychiques graves et chroniques : schizophrénies, psychoses, troubles bipolaires, troubles obsessionnels compulsifs, névroses invalidantes...

La reconnaissance très récente du **handicap psychique** est due à la lutte acharnée de l'Unafam et de ses partenaires pour donner des droits sociaux à ces personnes qui en ont un besoin absolu.

Il nous faut maintenant rattraper le retard accumulé depuis 31 ans...(loi de 1975)

Depuis l'arrivée des neuroleptiques, les conditions de vie des personnes souffrant de troubles psychiques ont été bouleversées.

En bien, car le traitement leur permet désormais de vivre plus confortablement; en mal, car la fermeture de milliers de lits d'hôpital ne s'est pas accompagnée des nécessaires alternatives médico-sociales.

Alors qu'en 1950, la moyenne de séjour en hôpital psychiatrique était de 300 jours/an, elle est actuellement de 35 jours/an.

Cela engendre des obstacles pour faire admettre une personne en hospitalisation ce qui provoque parfois des situations très difficiles à gérer pour les proches.

Cela signifie aussi que la personne se retrouve dans la communauté, c'est-à-dire au sein de sa famille ou chez elle.

Les personnes devraient « être étayées » par les SAVS, SAMSAH, CMP, les clubs loisirs, et suivies socialement et médicalement pour que cette situation se transforme en une véritable opportunité et non pas une situation pénible et douloureuse pour elle et ses proches.

Le transfert des responsabilités et de l'accompagnement au quotidien s'est fait directement de l'hôpital pour une part sur le secteur de droit commun et sur la famille.

## Le « handicap psychique au quotidien »

Celle-ci (quand elle est là !) n'est ni préparée ni assistée pour ce lourd fardeau.

Les difficultés relationnelles du malade psychique (tendance à l'isolement) sont importantes et présentent un éventail très diversifié de conduites et de comportements.

La personne est très fatigable, son rythme de vie est plus lent. Sa grande sensibilité au regard des autres, sa lucidité et sa conscience de la différence accentuent sa susceptibilité. Son extrême fragilité demande à être expliquée car elle est parfois peu visible pour un tiers non averti.

La personne n'accepte pas toujours sa maladie, c'est **le déni**.

C'est pourquoi elle ne veut pas ou ne peut pas demander d'aide.

Ce déni la maintient dans des situations paradoxales : « *Je ne voudrais plus de curatelle* » et en même temps « *Si je pouvais disposer de mon argent, je sais que je dépenserais tout en une journée.* »

Les deux perceptions sont simultanées. La coexistence de capacités intellectuelles intactes et de troubles cognitifs réels, rend possibles des comportements imprévisibles et des angoisses inconnues des personnes en bonne santé psychique.

Le terme de **handicap psychique** a été repris dans la **loi du 11 février 2005** pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Il donne droit à compensation.

Les besoins varient beaucoup selon les personnes et les moments de la maladie. C'est 6% de la population qui souffre de tels troubles.

Parmi elles 1 % sont dans des difficultés telles qu'elles ont besoin d'un accompagnement au quotidien.

Sait-on que ce sont les troubles psychiques non soignés ou non accompagnés dans la durée qui ont mené là où ils en sont bon nombre de SDF et de personnes emprisonnées ?

Face à cette situation dramatique il

existe un double besoin :

**le soin et l'accompagnement social**, l'un n'allant pas sans l'autre.

C'est pourquoi l'Unafam et ses partenaires prônent un plan d'urgence en 6 points obligatoirement liés :

La continuité des soins,  
Des ressources suffisantes,  
Un logement accompagné,  
Un accueil et un accompagnement dans la cité,

Une protection juridique lorsque nécessaire,

L'insertion par une activité, professionnelle ou non, lorsque c'est possible.

Il s'agit notamment de veiller à des points cruciaux que ces personnes assument

difficilement seules : la santé (soins somatique quand nécessaires) l'équilibre psychique (prise régulière du traitement) la vie quotidienne (nourriture, soins corporels, vêtements, logement)

les droits (validité des papiers administratifs nécessaires).

En l'absence de ce suivi, les rechutes sont fréquentes, ce qui mène à des hospitalisations répétées et coûteuses ; le risque d'exclusion sociale et de clochardisation est réel.

En gardant à l'esprit ce que P. Doussinet, secrétaire général de la fédération Croix Marine déclarait en 1957 : « **L'accompagnement social est la prothèse du handicapé psychique** », il faut absolument améliorer et/ou développer les moyens qui conjuguent protection et autonomie des patients : les SAVS (Services d'accompagnement à la vie sociale), les dispositifs d'insertion en milieu ordinaire, les GEM (Groupes d'entraide mutuelle), le logement accompagné : aide à domicile et résidences d'accueil, afin que la personne en souffrance dispose d'un lieu où habiter, ce qui, en soi, procure une stabilité, et d'un interlocuteur permanent dans sa vie quotidienne.

UNAFAM 38, site web <http://unafam38.free.fr>

La moitié de cette page est réservée à la publication d'articles émanant des usagers eux-mêmes.  
Nous espérons pouvoir vous en faire profiter dès notre prochaine édition.  
Les personnes intéressées peuvent prendre contact auprès du réseau.