



HandiActes Association loi 1901

Agir ensemble pour l'amélioration de la vie des personnes en situation de handicap.

L'information

L'accès aux droits et l'amélioration de la législation

Les solutions pratiques

L'association fonctionne sur le principe de l'échange-

**Prochaines réunions HandiActes : samedi 17 novembre 2007 à 16 heures 30, samedi 08 décembre 2007 à 16 heures 30, samedi 12 janvier 2008 à 16 heures 30, la date de réunion de Handiactes-Pro reste à déterminer.**

---

## Compte rendu de la réunion du 13 octobre 2007

Prise de notes et compte rendu : Christine Martina

**Participants** : Marie Noëlle Carrée, Isabelle Boyer, Daniel Garnier, Béatrice Kovaks, Christine Martina, Dominique Joseph, Carmen Averlant, Maria Mazire,

**Excusés** : Yvonne Garnier, Christophe Malassis, Eric Averlant, Guy Chagneau, Agnès la présidente de « tous des égaux » qui était invitée.

**Nouvelle adhérente** : **Françoise Ecker** de Chaville, sensibilisée au handicap par son histoire personnelle et sa participation à une association d'échange de savoirs, elle a cotisé pour les années 2007 et 2008.

### **Administratif/ organisation**

Les **cartes d'adhérents** sont éditée./ **Comptabilité** : un compte est ouvert./La

**Recherche de local** se poursuit : contacts avec la mairie de Villers, courrier au Centre de rééducation fonctionnel de Villers. Un échancier des réunions est envisagé, du type tous les 15 du mois.

### **Information / Documentation / Communication**

Acquisition bibliogr. : «personnes handicapées : le guide pratique» / Emission sur France inter le 12 octobre : «l'accessibilité des handicapés» liens internet à prévoir/ document élaboré par Daniel à propos de la loi de 2005 sur le handicap (avec notamment un tableau récapitulatif des ressources minimum) : **appel à observations** /Internet : un forme de dédommagement pour le travail d'Eric est envisagée.

### **Actions revendicatives : Stationnement La Queue en brie**

Après relance à l'occasion du nouveau PLU (plan local d'urbanisme), un adjoint au maire a donné son accord pour deux places de parking proches de l'immeuble concerné, mais il faut rester vigilant sur la réalisation concrète.

### **Intervention conjointe de Dominique et Maria sur la psychiatrie**

#### **Distinctions :**

- notions de **handicap mental** et de **maladie mentale** (handicap : incapacité : compensation déterminable).
- **Psychoanalyse et comportementalisme**. Le comportementalisme a pour objectif de soigner le symptôme : un comportement adapté à la vie sociale actuelle suffit. Le pourquoi n'est pas soigné (simple « pansement »), l'histoire de souffrance qu'il y a derrière est ignorée.

### **Trois grandes classes de pathologies**

**La névrose** « j'arrive pas à m'empêcher de » (on l'est tous plus ou moins...).

En général, le névrosé peut entrer en relation et créer un lien social.

Exemples : les phobiques ; les hypocondriaques ; les obsessionnels qui ont un « toc » entraînant de multiples vérifications (porte bien fermée, gaz, etc...). Cela peut être très invalidant (quelqu'un qui n'arrive plus à sortir de chez lui le temps de procéder à tous ses rituels de rangement).

**Les pervers et les psychopathes**, rarement suivis en psychiatrie. Ils fonctionnent très bien à l'extérieur (en prison si passage à l'acte...)

#### **La psychose : les psychotiques.**

Exemple : la **psychose hallucinatoire aiguë**, souvent vers 40 ans (ex : nécessité imaginaire de déminage du lieu fréquenté.ex : une personne imaginant être persécutée

par ses voisins [sous son lit] « ce ne sont pas mes moutons ! » [ce sont eux qui les ont mis]).

Exemple : la **schizophrénie**, qui est une maladie que l'on retrouve dans une même proportion de population dans le monde, se révèle souvent autour de 17 ans par des phases de décompensation (moment flamboyant de grand délire) coïncidant avec une entrée dans la vie active ou un changement de vie.

Le délire induit de ne plus avoir de distance avec ce qui est vécu : voix dans la tête, insultes, poussés au suicide et, corporellement, pas de perception, angoisses de morcellement, pas d'unité de leurs corps (ex : ne se voient pas dans le miroir – ou visage de leur sœur- ; impression qu'il manque un bras ; quelqu'un qui à 8 ans se voyait dans un arbre...).

Idée fautive : « ils sont bien dans leur monde » la souffrance est extrême. Leur réalité est un film gore ou un thriller terrible. En phase de décompensation, il n'y a aucune brèche pour rassurer l'autre. Puis, quand le délire est totalement supprimé, la sensation de vide est tellement insupportable que les suicides sont fréquents, le délire constituant aussi un symptôme pour se protéger.

La manifestation du délire est parfois légère et difficile à déceler selon l'éducation et le milieu : ils comprennent intellectuellement le problème et savent qu'on ne va pas les croire, le temps est nécessaire en psychiatrie pour instaurer une relation de confiance et qu'ils « déballent ». Un schizophrène très entouré s'en sort mieux, même s'il ne guérit jamais...

Les psychotiques sont souvent « négligés » car la saleté les protège, ainsi que les multiples couches de vêtements qu'ils portent. Ils sont persécutés partout et en hyper vigilance, ils peuvent errer pendant des heures car ils ne sont nulle part en sécurité, sans manger ni boire car tout est empoisonné.

Le traitement sert à atténuer le délire, les angoisses et à trouver le sommeil.

On peut légitimement être préoccupé à propos des recherches génétiques sur la maladie mentale menées surtout aux États-Unis : d'un point de vue positif, cela peut aider à améliorer les traitements, mais d'un point de vue négatif, on peut redouter une réponse exclusivement chimique voire un eugénisme et une sélection des personnes (de sinistre mémoire...)

**Les pervers et les psychopathes**, rarement suivis en psychiatrie. Ils fonctionnent bien à l'extérieur (en prison si passage à l'acte...)

## **Les différentes formes d'hospitalisation**

- Le service libre : hospitalisation volontaire

- L'hospitalisation d'office par le commissaire de police si la personne est violente envers les autres et/ou, théoriquement, envers soi-même
- L'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) : deux certificats médicaux de médecins qui ne travaillent pas sur l'hôpital + demande d'une tierce personne
- L'hospitalisation à la demande d'un tiers d'urgence : un seul certificat médical qui peut émaner d'un médecin de l'hôpital.

### **Des « comportements à adopter »**

- Il n'y a pas de manière type pour réagir.
- Il ne sert à rien d'argumenter par rapport au délire de quelqu'un car, pour lui, il s'agit de sa réalité propre.
- En revanche, il peut être conseillé de ne pas s'approcher trop près d'un psychotique car celui-ci, vivant dans son monde intérieur, renfermé sur lui-même et morcelé, s'approcher peut être vécu comme une agression, comme si on « rentrait en eux ».
- En résumé, face à quelqu'un qui a un comportement étrange et tant qu'il n'arrive rien, on ne peut rien faire...sauf à rester relativement neutre si la personne exprime sa souffrance, ex : «c'est insupportable de vivre comme ça, il faut en parler à quelqu'un».

### **De divers problèmes et dysfonctionnements psycho-sociaux évoqués ou « la psychiatrie se casse doucement la gueule »**

- 95 % des psychotiques ne peuvent pas travailler, ils sont donc de plus en plus sans domicile fixe et beaucoup de médicaments liés aux pathologies mentales ne sont plus remboursés.
- Il existe un (soit-disant) pôle précarité à l'hôpital Cochin, médecine de troisième vitesse pour les pauvres ?
- Il ne faut surtout pas signaler au Service d'hébergement d'urgence du 115 qu'une personne est suivie par une assistante sociale, sinon pas de prise en charge et retour à la case départ.
- Il y aurait un projet de suppression de système de tutelle pour les personnes ayant des ressources minimum.
- Au mépris du secret professionnel, des droits et de l'intégrité de la personne, beaucoup de documents officiels font mention de la pathologie de la personne (par exemple, des jugements du Juge aux affaires familiales)
- Les plaintes au commissariat aboutissent souvent en psychiatrie (auteur de la plainte ou auteur du fait).
- Beaucoup de services disparaissent, notamment à Paris. Recours à des ambulances privées avec les conséquences ci-dessous. Il n'y a plus suffisamment de véhicules ni de personnels pour les visites à domicile de personnes signalées en danger. Il n'y a

plus en ce moment de médecin inspecteur à l'infirmerie psychiatrique de la Préfecture de police de Paris.

- Si une personne se met en danger mais parle encore, les policiers n'interviennent pas. Si un médecin intervient (HDT) mais que la personne refuse, l'ambulance (privée) ne l'emmènera pas...et si la personne est d'accord, il lui faudra encore sa carte vitale et pouvoir payer...

- On peut sortir « sèchement » d'un Hôpital psychiatrique (ex des Murets) sans un sou et directement SDF en se faisant conseiller « de bien acheter et suivre son traitement »...

- Hypothèse de demande AAH (allocation adulte handicapé) avec un médecin devant la MDPH (maison départementale des personnes handicapées, fusion COTOREP et commissions d'éducation spécialisée, qui était composée de spécialistes). Auparavant le traitement du handicap était administratif. Aujourd'hui on demande en théorie un suivi et un accompagnement individualisé des patients, cependant les patients sont reçus pendant 5 minutes 30 secondes en moyenne, les dossiers sont examinés par des personnes non formées (ni médecins ni psychologues, sur Paris) et des commissions élargies donc moins spécialisées et les refus ne sont pas motivés.

? Nous écrire : HandiActes chez Garnier Carrée 7 rue des Chapelles 94 350 Villiers.

Par e-mail : [handiactes@handiactes.org](mailto:handiactes@handiactes.org)

Consulter notre site <http://www.handiactes.org>