

## LA VIE, LE RISQUE, LE PARCOURS

### JOURNÉE REGIONALE HANDICAP PSYCHIQUE

13 DÉCEMBRE 2016 À LILLE

#### PARCOURS DE VIE ET RUPTURE

##### INTERVENTION DE FRANCIS JAN

#### Francis JAN

Merci. Bonjour à tous. Je me présente, Francis JAN. Il est noté « Délégué régional de Bourgogne », je ne suis plus Délégué régional de Bourgogne de l'UNAFAM, je suis en retraite, j'ai pris ma retraite. Je continue, quand même en retraite, à travailler avec la psychiatrie citoyenne et Les Invités au Festin de Besançon. J'attire votre attention sur le titre *Parcours de vie et rupture chez la personne en souffrance psychique*. Ça ne s'est pas toujours appelé comme ça, c'est plutôt moi qui l'ai appelé sous cette forme. Ça s'est appelé « Parcours de vie et de soins chez la personne handicapée et/ou malade psychique ». On remarquera que le soin, ma foi, ça va très bien dans un parcours de la vie. C'est un point important du parcours de vie, mais ça reste le soin et il n'y a aucune raison de privilégier le soin par rapport à d'autres... Et on verra peut-être, j'espère que j'aurais le temps d'aller jusque-là, vous montrer que le terme « handicapé », le terme « malade », c'est quelque chose qui pose problème, y compris le terme d'ailleurs « usager ». Ce travail a été fait dans le cadre de l'ARS. C'est un groupe de travail qui a été initié par l'ARS en 2013. Je vais vous en présenter des extraits, sachant qu'il a été présenté un petit peu partout, au Congrès de Réhab', à Londres, à l'Université de Colombus des USA. Il a fait l'objet d'un article dans la revue *Santé mentale* en juin de l'année 2015, la 199.

Ce groupe de travail avait deux destinataires essentiels : les professionnels et les associations qui avaient leur propre questionnaire, leur propre travail et une identification des ruptures qu'elles faisaient elles-mêmes et il y avait, à côté de ça, un questionnaire spécifique pour les personnes que j'ai appelées ici « concernées » qui est établi en partenariat avec ces personnes et un questionnaire qui a été renseigné, d'une manière accompagnée ou pas, par celles qui souffraient de troubles psychiques, en général qu'on dira sévères. On a reçu 467 réponses et on a fait ça quand même assez rapidement avec l'aide du Psycom Paris. Je pense que tout le monde connaît Psycom et en tout cas, je recommande fortement d'aller sur leur site. Ils m'ont aidé parce que j'ai été copilote externe et j'avais la responsabilité de ce travail, les personnes concernées. Les 467 réponses, ça a été vraiment impeccable pour faire un questionnaire tourné vers l'action. Il n'avait pas de validité à caractère scientifique, mais il était vraiment tourné vers l'action. Pourquoi on a associé les personnes concernées ? On les a associées individuellement. En Bourgogne Franche-Comté, il n'y a pas d'associations - FNAPSY, par exemple, ça n'existe pas - il n'y a qu'un seul GEM qui a été fait par eux dans la banlieue de Dijon. Autrement, il n'y a pas d'associations au sens on l'entend habituellement.

On a pensé que les personnes qui souffraient pouvaient elles-mêmes repérer les ruptures de leur parcours de vie et donner des réponses satisfaisantes à ces ruptures. Comment on a procédé ? On a effectué un questionnaire spécifique, mais ce questionnaire spécifique, on a associé dès le départ et dans la confection de ce questionnaire, on les a associées dès le départ. C'est-à-dire qu'en fait, pour établir ces questionnaires, on a réuni dans le groupe de travail un panel de 20 personnes souffrantes. On a dit : « Bon, maintenant, allons-y, on va établir le questionnaire ». Ce qui fait que vous allez voir tout à l'heure, j'aurais bien aimé qu'il y ait une partie « Reprise des études » et une partie culturelle. À la question que je leur ai posée « Est-ce que vous êtes d'accord ? », ils m'ont dit « Non ». Eh bien on n'a pas traité de ça. C'est dommage, mais c'est comme ça. On les a associées dès le départ à la confection

de ce questionnaire. On a distribué ce questionnaire dans les associations, à l'UNAFAM en particulier, l'association des familles, dans les CMP, dans les sanitaires, dans les structures médicosociales et sociales, etc. On a collecté, je me suis fait aider par une professionnelle à la MDPH, qui m'a dépouillé ça. On a identifié les points de rupture et on a fait quelque chose d'absolument important, c'est de faire des restitutions. On a fait des restitutions départementales auprès des personnes en les réunissant. Ça a été un enrichissement vraiment formidable. On avait cet objectif de faire participer les personnes aux décisions qui les concernent.

On a identifié 11 points, 11 thématiques : le parcours de soins hospitalier, lors d'une hospitalisation, à la sortie de l'hospitalisation, le parcours de soins dans la cité, comment ça se passait et qui est-ce qui souhaitait ? Le soin sans consentement et là, on a appris vraiment des choses très, très importantes. On est passé ensuite à la vie sociale et citoyenne avec, en particulier, le point essentiel qui a retenu notre attention et la leur, c'était le maintien dans le milieu ordinaire. L'adhésion et la participation à une association. On n'était pas encore à l'époque où on a créé ça dans les associations de GEM, on n'avait pas encore bien intégré qu'il y avait des Présidents dans les GEM, etc. Ça se mettait en place, mais ce n'était pas encore bien officialisé. Le logement, le souhait des personnes qui ne peuvent pas vivre seules en appartement et celles qui vivent en appartement qu'est-ce qu'elles avaient besoin ? On est passé à l'insertion professionnelle et à l'emploi et là aussi, on a eu quelques surprises. On est passé aux ressources financières et l'hygiène de vie, les relations avec la famille et les aidants et la lutte contre la stigmatisation. Ça faisait 11 thématiques et plus de 200 questions. C'était extrêmement lourd, ça, j'en conviens, mais à notre décharge, il y avait quand même un certain nombre de questions qui ne concernaient pas toutes les personnes. Toutes les personnes ne sont pas concernées, elles répondaient, elles ne répondaient pas. Elles répondaient avec l'aide d'un professionnel ou pas. Bien entendu, celles qui étaient le plus impactées par leur état, c'est vrai que ça leur a posé énormément de problèmes, mais en fait, les personnes qui vivent dans la cité et qui sont seules maintenant, on n'a pas eu que des succès parce que dans leur esprit, la psychiatrie c'est terminé et elles ne veulent plus en entendre parler. Ils ne nous ont pas retourné ces questionnaires dans la proportion que l'on espérait.

Je vais vous présenter des extraits maintenant. On s'est intéressé, de leur point de vue, de la qualité de l'hébergement dans l'hôpital où ils avaient été hospitalisés et ils se sont préoccupés de la qualité de la prise en charge médicale, mais pas seulement médicale. Il y a eu un intervenant, mais il y a beaucoup plus de femmes que d'hommes là-dedans, des assistantes et assistance... pour eux, c'est une fonction très importante qui peut les soutenir d'une façon significative.

Deuxième point sur lequel j'insisterai, c'est la sortie de l'hospitalisation. Est-ce qu'on a donné tous les renseignements à cette personne ? Est-ce que la famille savait quel traitement il fallait prendre ? Est-ce qu'on s'est préoccupé de savoir dans quelles conditions ils allaient sortir, dans quelles conditions matérielles ? Est-ce que les aidants ont été avisés de la sortie à votre connaissance ? Et le point sur lequel on a pu mettre l'accent dans l'action à mettre en place, c'était les conventions qu'il y avait à la sortie entre la personne qui sort et le service hospitalier.

Le soin sans consentement, dans une autre diapo, on leur avait demandé quels étaient les services qui avaient procédé à la prise en charge et on s'est aperçu que, la plupart du temps, ce sont les pompiers, ce sont les ambulanciers privés, ce sont les services tels que SOS Médecins, etc., mais en fait, qu'il n'y avait pas de compétence psychiatrique lorsque la personne était prise en charge. Et ça, ça nous avait frappés, mais ça, on le savait évidemment. Deuxièmement, que la famille qui est celle qui demande le plus souvent le soin sans consentement, n'était pas soutenue. C'est quelque chose qu'on a remonté. Dans le *slide*, la diapo que je vous montre, ce qui est important, c'est dans la qualification de l'événement.... Alors vous voyez, vous avez en haut un petit compteur là 41 %. Cela veut dire que sur les 400 et quelques personnes qui nous ont répondu, 41 % d'entre elles avaient eu des événements de soins sans consentement. 41 %, ce n'est pas mineur. C'est quand même quelque chose qui est énorme et ils nous disent que, pour quasiment 50 % d'entre elles, c'est

un événement difficile. Difficile étant un euphémisme. Je pense, pour en avoir pratiqué vis-à-vis de ma famille, que c'est un événement dramatique dans beaucoup de cas. Et ils vous disent qu'évidemment certains l'ont surmonté, mais qu'il faut laisser le temps pour qu'ils les surmontent. C'est quelque chose qui, dans leur mémoire, est ancré comme étant un événement qui est, encore une fois dramatique. Et je pense que s'il y a eu aversion des personnes en situation de souffrance psychique sévère pour l'hospitalisation, c'est parce que pour la plupart d'entre eux, pour beaucoup d'entre eux, en tout cas, ils ont cette mémoire des soins sans consentement, de la demande de soins sans consentement, de l'arrivée des pompiers, de l'arrivée de la Police, du serrurier, et j'en passe ... Et en même temps, on leur a demandé quelles avaient été les relations avec la famille parce qu'ils savent que, dans la plupart des cas, c'est la famille qui a demandé cette demande de soin sans consentement. Si beaucoup d'entre eux nous ont dit, mais pas un nombre extraordinaire, près de 13 % nous ont dit « Les relations étaient devenues difficiles ensuite pour leur famille. En tout cas, elles ont été difficiles pendant longtemps, mais elles ont pu redevenir plus détendues » seules 40 % nous ont dit que finalement, ça n'avait rien changé.

Quand on va dans les soins dans la personne dans la cité, on a eu vraiment.... On a été extrêmement surpris, on leur a demandé « Qui vous suit ? ». Le CMP, le médecin généraliste, le psychiatre libéral, il y a même personne. On a été très étonné et là, on est devant un problème qu'on a pu creuser après, si vous voulez, avec les professionnels dans le fait que la dominante du suivi dans la cité se fait par les médecins généralistes et c'est encore plus valable dans les Régions, dans les Départements à tendance rurale. On s'est vraiment tout de suite dit : « Mais c'est vers les généralistes qu'on a une action à mener et des relations fortes à établir entre la psychiatrie et les médecins généralistes », sachant qu'en général les médecins généralistes, ce sont des gens qui ne sont pas faciles à distraire parce que leurs occupations de médecin, en principe, les prennent. Mais je crois qu'on y est arrivé et on vous le montrera tout à l'heure.

Dans la vie sociale et citoyenne, on a demandé quels étaient les services qui pouvaient favoriser le maintien dans le milieu ordinaire. Référent de parcours, évidemment, on a donné une définition assez longue, d'ailleurs, de ce qu'était un référent de parcours. On a expliqué aux professionnels de façon à ce qu'ils puissent comprendre ce que pouvait être qu'un référent de parcours. On voit que ça a eu un succès qui correspond à ce qu'on disait tout à l'heure pour l'hospitalisation, que le contact avec les assistants et les assistantes sociales c'était quelque chose de primordial. On a commencé à parler. On a expliqué ce que c'était qu'un centre de ressources, un CREHPSY. On leur a dit : « Voilà, ce centre de ressources, voilà, ce qu'il va faire. Est-ce que c'est quelque chose qui vous semblerait favorable ? » Ils nous ont dit : « Oui », à près de 50 %. Et comme les professionnels avaient retenu ça comme étant en tête de leurs préoccupations, c'est évident que le centre de ressources était quelque chose dont on allait demander à ce que ça se mette en place.

Ensuite, on a parlé d'écoute téléphonique 24/24 pour les personnes concernées. Dans le logement, on a balayé un petit peu tous les cas de figure et là, la diapo que vous avez sous les yeux, c'est le souhait des personnes autonomes qui ne peuvent pas vivre seules. On leur a demandé qu'est-ce qui pour elles serait envisageable : les résidences accueil, les familles d'accueil, les familles gouvernantes. On a expliqué ce que c'était que ces trois notions. Pour les personnes qui désiraient vivre seules en appartement individuel, ils nous ont demandé qu'il y ait un service spécifique qui puisse les aider à rechercher un logement de façon à ce qu'ils puissent, voilà. Pour celles qui vivaient seules dans leur logement, il leur a été demandé quel type d'aides elles avaient besoin. On s'aperçoit que le type d'aides c'est de l'administratif en premier, le ménage, les courses, la cuisine. On leur a demandé quels services... À votre avis, qui peut vous aider et à quelle fréquence ? Ils nous ont répondu que c'était les services sociaux spécialisés qui pouvaient leur donner un coup de main pour les demandes dont j'ai parlé antérieurement. À quelle fréquence ? En général, c'est plutôt une fois par semaine.

L'insertion professionnelle ou l'emploi. D'abord, on s'est aperçu que l'emploi pour les personnes en situation de souffrance psychique était un point qui était beaucoup plus important et beaucoup plus demandé que ce que l'on pensait, y compris à l'UNAFAM. Fut

une époque, je pense qu'il y a des gens de l'UNAFAM dans cette salle, où on disait « Il y a 10 % des personnes qui peuvent travailler ». En réalité, on pense que là, non, on est complètement en-dessous du trait. Je pense qu'il y a beaucoup plus de personnes qui nous demandent d'aller en ESAT, mais en ESAT, évidemment en ESAT à caractéristique psychique ou/et mieux psychique de transition. C'est-à-dire des personnes pour lesquelles l'ESAT est une situation de transition et qui demande à mettre la personne dans le milieu ordinaire. Et là, on leur avait demandé quel est le temps d'attente pour aller dans l'ESAT ou dans l'entreprise adaptée. Vous voyez ici en rouge, que le temps moyen d'attente était de 34 mois. À notre avis, c'est une rupture absolument indéniable dans le parcours de vie des personnes d'attendre 34 mois pour entrer dans l'ESAT. Donc ce que l'on a proposé, à la suite de cette rupture, c'est d'avoir à côté ou pas loin de l'ESAT un sas de transition qui puisse les occuper parce que le risque, bien entendu, c'est en attendant 34 mois, pendant les 34 mois que j'attends, je peux retomber dans l'inactivité, dans l'exclusion, dans le repli sur soi, etc. 34 mois c'était quelque chose... On savait que c'était important, mais 34 mois, ça nous a semblé quand même énorme. On disait tout à l'heure que l'emploi, c'est quelque chose effectivement d'important. 54 % des personnes qui ont été interrogées ont souhaité obtenir un emploi dans les 12 mois à venir. Ils nous ont donné leur souhait, un service de renseignement, d'évaluation et d'orientation. Vous remarquerez Messieurs du Centre de ressources, CREHPSY, que ça correspond là aussi à votre mission. Encore une fois, eux, ils voulaient qu'on les renseigne, qu'on les évalue et qu'on les oriente. Ils voulaient également que les emplois soient réservés aux personnes en situation de handicap psychique et ils voulaient qu'il y ait plus de stages et de formations adaptées.

Les ressources. Ce qui ressort des trois points-là, c'est qu'ils voulaient plus de concertation que ce soit à la MDPH, avec leur curateur, pour l'attribution de leurs ressources. Ce qu'ils demandent, c'est qu'ils soient plus consultés, qu'il y ait plus de concertation entre eux et ceux qui leur accordent leurs ressources. La moitié d'entre eux a souhaité qu'il y ait des mesures simples et gratuites qui peuvent alléger le dispositif. Par exemple, passer de curatelle renforcée en curatelle simple, voire passer de curatelle à rien du tout. Encore une fois, on répond à une grande caractéristique de l'état de ces personnes qui est la variabilité de leur état. Il faut toujours, quand on parle d'ESAT de transition, on est là dans la variabilité. Quand on est dans l'absence de structures, etc. et là, c'est tout à fait ça, on doit pouvoir répondre à ces besoins.

Les mots qui stigmatisent, « *malade psychique* », « *handicapé psychique* », mais évidemment en-dessous le terme « *fou* », mais c'est quelque chose qui surprendra personne. Mais dans les réunions de restitution qu'on a pu faire, voilà ce qu'ils nous ont dit : « Nous, on veut bien être considéré comme malades, mais uniquement quand on est dans le Cabinet ». C'est-à-dire que le contexte a une importance extraordinaire. C'est le contexte qui fait que... On veut bien être considéré comme malade quand on va au Cabinet du médecin généraliste ou à l'hôpital. Là, on est malade. On est patient. Mais quand on en sort, on redevient une personne. Idem pour handicapé. On a des discussions sur le terme « *usager* », et ils nous ont dit, pour beaucoup, « Être usager de la psychiatrie, je vous assure que ce n'est pas très gratifiant ». On peut être usager du Chemin de fer, comme moi je l'ai été tout à l'heure en venant de Dijon, mais usager de la psychiatrie, ça c'est dur. Tout ça, c'est pour dire qu'on est dans une situation.... J'assiste à un groupe de parole qui est mené par un médecin qui a présenté d'ailleurs ce travail à Columbus University. Il est dans ce groupe de travail en train de réfléchir à ce qui pourrait remplacer le mot *handicapé*. Comme il est médecin, il a du mal à remplacer le mot *malade*. Parce que dis-moi comment tu m'appelles et je te dirai ce que je suis. La condition humaine d'une personne, ce n'est pas d'être malade ou handicapé. Elle est souffrante, elle est fragile, mais ça reste une personne. C'est ça le sens du discours qu'ils nous ont fait passer.

Dans l'hygiène de vie, également, on a pu voir que ce qu'ils demandent avec une insistance c'est d'avoir des médicaments qui leur évitent les effets secondaires des traitements qu'ils prennent. C'est leur première préoccupation parce qu'on s'aperçoit qu'aller à l'extérieur en étant agité par des tremblements quasi parkinsoniens, d'être gros, c'est quelque chose vraiment qui les insupporte vraiment au plus haut point. Là aussi, on a certaines actions en

correspondance avec ça. Ce qu'on a pu obtenir c'est un centre régional de CREHPSY, il a été financé, il est en place, il y a un coordinateur, une coordinatrice, il y a une personne, mais enfin il aura l'occasion de se développer. On dira ça comme ça. Des coordinateurs pour les conseils locaux de santé mentale, également, ça se développe un peu partout à une vitesse incroyable et donc la coordinatrice du Conseil local de santé mentale d'une des banlieues de Dijon a été financée.

Ce qu'on a aussi beaucoup retenu de la part des professionnels, c'est de développer toutes les actions de formation en direction des professionnels. Renforcer les liens entre les structures et les associations de familles. On a pu obtenir un coordinateur pour l'association des familles, l'UNAFAM. Ça a été le seul moyen qu'on a trouvé. On y est arrivé et, ma foi, ils envoient... L'écoute téléphonique, on l'a vue tout à l'heure 24/24 pour les personnes... 24/24, il y a toujours... De jour, ça peut être un CMP et la nuit il passe le relais, il passe le témoin à une instance du centre hospitalier dans lequel il y a un centre d'accueil qui est ouvert 24 heures sur 24 donc ils peuvent renseigner les personnes qui les appellent.

Équipe mobile de psychiatrie à partir d'une structure existante. Les équipes mobiles, on a insisté lourdement et ça commence à se mettre en place. Faire la différence entre les équipes mobiles psychiatrie et les équipes mobiles psychiatrie et précarité. Pour nous, c'est d'abord psychiatrie. Précarité... C'est que là il y a eu des problèmes quelque part qui ont fait que... Mise en place d'un référent de parcours. Créer des plateformes SAVS SAMSAH. Soutenir la mise en place des résidences accueil. Les résidences accueil, c'est une instance qui dépend, je le rappelle, et c'est ça notre problème aussi... Notre problème, c'est que le financeur est un financeur inconnu de la santé mentale *a priori*, la cohésion sociale, qui était au départ inconnu de la santé mentale. Notre problème, c'était vraiment plutôt de favoriser les personnes isolées dans leur famille et les personnes isolées pour les sortir de la précarité et créer un service de handicap psychique dans les ESAT généralistes ou bien créer autant que de besoin des ESAT psychiques. Et j'insiste, encore une fois, quand on parle d'ESAT psychique, c'est d'ESAT psychique de transition, c'est-à-dire ceux qui favorisent la sortie pour aller dans le milieu ordinaire.

Je répète que ce travail a été fait en collaboration avec la Psycom Paris qui m'a donné un sérieux coup de main. Merci.

## **Laurent REYNAERT**

C'est très, très intéressant et très clair.

On a très peu de temps donc si quelqu'un souhaite poser une question, allons-y. Oui, non ? *A priori*, ça a été limpide. On retiendra de cette information des choses qui sont quand même des marqueurs très intéressants. D'une part, le recours au médecin généraliste, que vous avez pointé comme quelque chose qui doit nous questionner sur les liens entre la maladie mentale, le handicap psychique et la médecine de ville. Et les liens aussi entre les services de psychiatrie générale qui concernent les adultes ou les enfants et les médecins de proximité familiaux.

Deuxième chose qui me paraît très intéressante, c'est la place des travailleurs sociaux dans les lieux de soins, c'est-à-dire que le pont médicosocial, il est réclamé finalement, parce que je vais quand même appeler les « usagers » sans savoir d'où ils viennent qui réclament une aide administrative pour 92 % d'entre eux, et l'aide d'un assistant socio-éducatif pour 70 % d'entre eux. Ce qui montre que la lecture du parcours de soins ou du parcours de leur handicap est suffisamment complexe pour qu'on réclame une aide à 90 % et avec une fréquence d'une fois par semaine. Ça veut dire qu'on doit donner davantage de lisibilité à tous des dispositifs qui existent.

Remarque très courte : j'ai fait une petite enquête auprès des tourquennois dans le cadre du Conseil local de santé mentale, 60 % d'entre eux pensent que les soins en santé mentale sont payants. Et vous mettez l'accent finalement sur les soins sous contraintes, mais avant d'être contraint aux soins, il faut se dire : « Est-ce que je peux me payer les soins ? ». 60 % d'entre eux

pensent que les soins sont payants et la représentation qu'ils ont du soin en santé mentale c'est celle des films de Woody Allen. C'est quelqu'un qui s'agite sur un divan avec quelqu'un qui se tait et qui prend l'argent. Ils se disent « Le soin en santé mentale, ce n'est pas pour moi ». Ça, c'est un aspect des choses. Un autre aspect des choses, c'est une petite enquête qui a été faite sur la permanence d'accès aux soins en santé psychique. C'est une équipe mobile, pour le coup, une assistante sociale, un infirmier psychiatrique qui se déplacent pour l'EPSM métropole sur les territoires. Ils se sont posé la question : pourquoi les gens ont du mal à aller vers le soin ? Donc on n'est pas dans « la contrainte ou quoi que ce soit », on est dans « on accompagne des usagers qui sont à l'extérieur du système de soins pour essayer de les y amener sur leur territoire ». On leur dit : « Pourquoi vous n'y êtes pas ? »

La première partie, c'est 30 % d'entre eux qui ne peuvent pas aller vers le soin en santé mentale. Ils savent très bien comment ça fonctionne, mais ils n'y sont jamais allés. Ils pensent que ce n'est pas nécessaire. Ils pensent que surtout ça sera extrêmement stigmatisant et que ça ne va pas faciliter leur parcours. Premier échantillon. Deuxième échantillon, deuxième tiers, ils sont déjà allés en santé mentale, ils connaissent très bien le système de soins, et il est hors de question qu'ils y retournent. C'est les déçus du soin. Troisième rubrique, ils disent « Oui, pourquoi pas, mais ils ne connaissent pas du tout ». Ils n'ont aucune idée de la structuration d'un dispositif de soins en santé mentale publique pour leur territoire, de la notion de gratuité et puis surtout des discrétions par rapport aux soins en local. Là, ce sont des échantillons qui ne veulent pas aller vers le soin, mais des échantillons publics, on va les appeler comme ça, qui ne veulent pas aller vers le soin pour des raisons assez différentes.

Je suis très surpris et je trouve très intéressant votre démarche puisqu'on découvre que « handicapé psychique » ça vient juste derrière « fou ». « Fou », c'est 244 personnes qui trouvent que ça serait vraiment terrible. « Handicapé psychique », 187 personnes et « Malade psychique », finalement 160. Ça veut dire que le handicap peut faire plus peur que la maladie. Ça rejoint le petit exemple de mon jeune homme étudiant de tout à l'heure qui s'est dit « Bon schizophrène d'accord, handicapé, on verra plus tard ». Il y a quand même cette notion d'être assimilé avec la notion de handicap à quelqu'un qui serait déficient, qui ne serait pas un peu bizarre, mais qui aurait un déficit et qui peut-être n'accéderait pas à l'emploi. J'ai eu le cas dans un hôpital de jour, dans le cadre de l'enquête sur l'accès aux soins, qui m'a dit « À chaque fois, que je dis que j'ai un handicap psychique et que je suis suivi en CMP on pense que je suis trop bête pour travailler ». Il y a vraiment cette notion de déficit intellectuel. Il m'a dit « Mais pourtant, moi, j'ai fait des études, je suis performante, et dans l'entreprise, j'ai une place, je suis légitime ». Et quelque fois j'arrive à montrer aux autres d'ailleurs. C'est toutes ces questions sur lesquelles on doit encore avancer, de bien comprendre ce qu'est le handicap psychique simplement, mais aussi que les personnes puissent accéder simplement aussi aux soins sans être stigmatisées. Il est très intéressant quand même de découvrir qu'un handicap psychique parfois c'est plus préoccupant que la maladie.

### **Francis JAN**

J'attire votre attention sur une action qui est en train de se mettre en place d'une façon extrêmement large à hauteur du Professeur Franck sur la remédiation cognitive. Le Centre de ressources remédiation cognitive de la Région Rhône-Alpes qui essaime maintenant en Aquitaine et qui essaime en Bourgogne Franche-Comté. J'attire vraiment votre attention en particulier pour celles et ceux qui se posent des questions quant à leur reprise ou aller vers le travail.

### **Laurent REYNAERT**

La réhabilitation psychosociale, je reçois de vos nouvelles quasiment tous les 15 jours, c'est vrai que ça bouge énormément. Merci.