

ELSEVIER
MASSON

Thierry Albernhe

Psychiatrie et Handicap

*Aspects médicaux, légaux
et administratifs*

022424133

61

COLLECTION MEDICINE ET PSYCHIATRIE

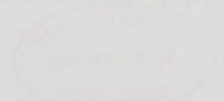
psychiatrie et handicap

psychiatrie et handicap
aspects médico-légaux
et administratifs

PSYCHIATRIE ET LE DROIT EN FRANCE... par H. NISBET... P. KOURA...
L'ÉTAT DES ESPRITS EN FRANCE... par H. NISBET... P. KOURA...
LE DROIT EN FRANCE... par H. NISBET... P. KOURA...
L'ÉTAT DES ESPRITS EN FRANCE... par H. NISBET... P. KOURA...
LE DROIT EN FRANCE... par H. NISBET... P. KOURA...

8
D 3090N
1124

MASSON



CHEZ LE MÊME ÉDITEUR

PSYCHIATRIE À L'USAGE DE L'ÉQUIPE DE SOINS, par H. NHI BARTE et L.-P. ROURE.
Collection Abrégés de Médecine. 1995, 184 pages.

PROTOCOLES ET ÉCHELLES D'ÉVALUATION EN PSYCHIATRIE ET PSYCHOLOGIE, par
M. BOUVARD et J. COTTRAUX. *Collection Médecine et Psychothérapie.* 1996,
296 pages, 12 figures, 50 tableaux.

ABORD PSYCHOSOMATIQUE DES TRAUMATISÉS CRÂNIENS, par G. FERREY. *Collec-
tion Médecine et Psychothérapie.* 1995, 368 pages, 35 figures.

LE DOMMAGE PSYCHIATRIQUE EN DROIT COMMUN, par J. LEYRIE. 1994, 176 pages.

PRATIQUE DE L'EXPERTISE PSYCHIATRIQUE, par L.-P. ROURE, J.-P. RENARD.
Collection Abrégés de Médecine. 1993, 200 pages.

COLLECTION MÉDECINE ET PSYCHOTHÉRAPIE

psychiatrie et handicap
aspects médico-légaux
et administratifs

par

Thierry ALBERNHE

avec la collaboration de

K. Albernhe, D. Bourgeois, R. Delaître, C. Ollivero

PRÉFACE DU Pr. R. POUGET

MASSON 

Paris Milan Barcelone





Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photocopillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands Augustins, 75006 Paris. Tél. : 01 44 07 47 70

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© Masson, Paris, 1997

ISBN : 2-225-85477-7

ISSN : 0398-6756

préface

Comme tous les langages, celui du Droit est un code.

Régulièrement dans l'enseignement de la Médecine les étudiants s'en écartent avec dédain. Leur conviction profonde est qu'une telle matière ne leur est d'aucune utilité. Ils entrent en médecine comme d'autres en religion ou en politique, non pour entendre ce que les autres ont à dire mais pour se faire entendre d'eux. Illusion d'un pouvoir dont la conquête n'a de sens qu'à condition de le faire exercer par les autres. Faute de quoi les médecins ont perdu tout pouvoir dans leur domaine pour ne pas avoir su entendre d'autres langages que le leur.

Le discours juridique diffère fondamentalement du discours médical.

Le discours médical est empirique. Ses limites sont celles de la vie humaine. Sa logique est inductive. Il part des observations, des cas particuliers, de l'expérience, pour tenter d'établir des liens, des enchaînements, des correspondances, peut-être des lois, qu'il sait provisoires, toujours en mutation et en devenir puisque enrichis par de nouvelles observations et de nouvelles expériences. Il n'est jamais clos.

Sa règle première est la prudence. La deuxième qui en découle est le doute, sous-tendu par la connaissance des limites de son savoir et de son action.

Le discours juridique est plus pessimiste. Il présuppose l'acte délictueux, la possibilité de porter dommage à autrui, et la sanction accompagnée ou non de la réparation du dommage. Sa logique est déductive. L'existence de la loi est première.

A l'articulation de ces deux discours, rendue indispensable par la vie en société, à partir du moment où la médecine sort de l'artifice et où les États deviennent des États « de droit », s'est développée la médecine légale. On dirait aujourd'hui, où l'on aime cultiver le néologisme pompeux : l'interface.

L'image que je retiendrai serait plutôt celle du traducteur, dans la mesure où, contredisant l'expression italienne, il ne trahirait pas.

Le Docteur Alberne réussit régulièrement cet exploit d'articuler les deux discours. Il a été de mes élèves, de ceux dont un enseignant aime

à dire qu'ils l'ont dépassé, ce qui n'a rien de modeste, puisque cet aveu témoigne qu'il a été lui-même un véritable enseignant. Élever des enfants, disait Marcel Pagnol, c'est les élever au-dessus de soi. J'ajouterai même si ces enfants sont symboliques.

Déjà auteur d'un véritable traité en quatre volumes, qui fait autorité, de législation en santé mentale, Thierry Alberne a contracté le virus de la médecine légale psychiatrique, maladie dont on ne guérit jamais, tant elle apporte de satisfactions et de sérénité grâce à la hauteur qu'elle fait prendre par rapport à l'exercice de la médecine.

La législation sur les handicapés est complexe quoique d'un développement récent. Il arrive que les dispositions réglementaires ou légales se retournent, par un effet pervers, contre les handicapés qu'elles sont censées protéger.

Dure leçon pour les juristes et pour les psychiatres, mais parce qu'elle marque leur limite, leçon de modestie.

Cette dernière qualité est, sans doute, le principal défaut de l'auteur de l'ouvrage, travailleur méticuleux et infatigable, toujours enclin à se tenir en retrait.

Il est gratifiant que, parmi les nombreux élèves qui m'ont écouté, quelques-uns, comme lui, m'aient entendu.

Professeur Régis POUGET

table des matières

PRÉFACE	V
AVANT-PROPOS	1
LISTES DES PRINCIPALES ABRÉVIATIONS	4
1. Introduction	8
Quelques données épidémiologiques de base	8
L'importance de définitions précises	9
Quelques points de repère d'ordre étymologique (10). Les définitions « officielles » actuelles (10).	
2. L'historique de la législation du handicap mental	14
Quelques repères historiques importants	14
L'histoire de l'appropriation sociale du handicap mental	17
La tradition charitable (18). De la compassion à la reconnaissance par l'État (18). Du XIX ^e siècle à notre époque : une constance d'intérêt (19). Le handicap chez l'enfant et l'adolescent (22). L'émergence de la notion de handicap dans la lutte contre les grands fléaux sociaux (22). La concrétisation par le dispositif législatif français (23). La V ^e Répu- blique, berceau de la loi de 1975 (24).	
3. L'assistance aux mineurs handicapés	27
L'organisation générale de l'assistance aux mineurs handicapés	28
Les institutions administratives et les structures d'accueil	30
La CDES (30). La prise en charge des mineurs handicapés mentaux (35).	
La question de l'intégration scolaire	46
La scolarisation en classes d'intégration (49). Les autres formes de scolarisation (55). Les « chantiers école » (56).	
4. L'insertion sociale des personnes handicapées adultes	58
Position du problème	58

Les politiques de lutte contre l'exclusion sociale des malades mentaux	60
Considérations générales (60). La lutte contre l'exclusion en milieu rural (63). La lutte contre l'exclusion en milieu urbain (64).	
La législation actuelle applicable aux adultes handicapés	65
La commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) (66). L'hébergement sanitaire des personnes handicapées (78). La loi du 30 juin 1975 : bilan et perspectives (83).	
5. Handicap mental et insertion socioprofessionnelle	97
Les relations entre travail et handicap mental	101
Les obligations médico-légales concernant les travailleurs handicapés	102
La visite d'embauche (102). Les visites médicales périodiques (103). Les visites de reprise du travail (103). La visite de pré-reprise (103). Les examens complémentaires (105). Le temps partiel thérapeutique (106). Aptitude et inaptitude (107).	
La législation de l'emploi et du reclassement professionnel	110
La garantie de ressources (111). La formation et le reclassement professionnel des travailleurs handicapés (112). Maintien et reclassement du travailleur handicapé en milieu ordinaire de production (114). Le travail en milieu protégé (125).	
6. Le droit aux soins et aux prestations	130
La protection sociale des personnes handicapées mentales	130
Les régimes d'assurance (130). La protection des personnes handicapées par l'Aide sociale (136).	
Le logement des personnes handicapées et les aides accordées	138
Considérations générales (138). L'allocation logement (AL) (139).	
Les autres allocations	140
L'allocation d'éducation spéciale (141). Les allocations pour adultes handicapés (143).	
7. La protection juridique des personnes handicapées	151
Le respect du principe de citoyenneté	151
La protection contre les expérimentations biomédicales abusives	152
La protection liée aux modalités d'hospitalisation	153
Les trois régimes d'hospitalisation (153). Les droits des patients hospitalisés (154).	
La protection liée aux biens et aux revenus	155
La complémentarité des lois d'assistance de 1968 et de 1975 (155). La législation actuelle (156).	

8. L'évaluation médico-légale du handicap mental	174
Position du problème	174
La barémologie du handicap mental	177
L'exclusion, le handicap, l'inadaptation et l'aliénation (177). Le barème comme instrument (178). Le barème comme objet social (179). Du barème à la pratique (183).	
En conclusion	198
9. La gestion sectorielle et associative du handicap mental	201
La gestion sectorielle du handicap mental	201
La politique dite «de secteur» (201). La prévention et ses limites (203).	
La gestion associative du handicap mental	204
Le CTNERHI (206). Les associations d'aide aux malades et handicapés mentaux (206). Les associations d'aide au travail (207).	
Conclusion	208
BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE DE BASE	210
TEXTES LÉGISLATIFS DE RÉFÉRENCE	211
GLOSSAIRE DES PRINCIPAUX TERMES TECHNIQUES	213
QUELQUES CONSEILS PRATIQUES	215
INDEX	217

- 1. Les conditions de la formation des langues 1
- 2. La formation des langues 1
- 3. La formation des langues 1
- 4. La formation des langues 1
- 5. La formation des langues 1
- 6. La formation des langues 1
- 7. La formation des langues 1
- 8. La formation des langues 1
- 9. La formation des langues 1
- 10. La formation des langues 1
- 11. La formation des langues 1
- 12. La formation des langues 1
- 13. La formation des langues 1
- 14. La formation des langues 1
- 15. La formation des langues 1
- 16. La formation des langues 1
- 17. La formation des langues 1
- 18. La formation des langues 1
- 19. La formation des langues 1
- 20. La formation des langues 1
- 21. La formation des langues 1
- 22. La formation des langues 1
- 23. La formation des langues 1
- 24. La formation des langues 1
- 25. La formation des langues 1
- 26. La formation des langues 1
- 27. La formation des langues 1
- 28. La formation des langues 1
- 29. La formation des langues 1
- 30. La formation des langues 1
- 31. La formation des langues 1
- 32. La formation des langues 1
- 33. La formation des langues 1
- 34. La formation des langues 1
- 35. La formation des langues 1
- 36. La formation des langues 1
- 37. La formation des langues 1
- 38. La formation des langues 1
- 39. La formation des langues 1
- 40. La formation des langues 1
- 41. La formation des langues 1
- 42. La formation des langues 1
- 43. La formation des langues 1
- 44. La formation des langues 1
- 45. La formation des langues 1
- 46. La formation des langues 1
- 47. La formation des langues 1
- 48. La formation des langues 1
- 49. La formation des langues 1
- 50. La formation des langues 1
- 51. La formation des langues 1
- 52. La formation des langues 1
- 53. La formation des langues 1
- 54. La formation des langues 1
- 55. La formation des langues 1
- 56. La formation des langues 1
- 57. La formation des langues 1
- 58. La formation des langues 1
- 59. La formation des langues 1
- 60. La formation des langues 1
- 61. La formation des langues 1
- 62. La formation des langues 1
- 63. La formation des langues 1
- 64. La formation des langues 1
- 65. La formation des langues 1
- 66. La formation des langues 1
- 67. La formation des langues 1
- 68. La formation des langues 1
- 69. La formation des langues 1
- 70. La formation des langues 1
- 71. La formation des langues 1
- 72. La formation des langues 1
- 73. La formation des langues 1
- 74. La formation des langues 1
- 75. La formation des langues 1
- 76. La formation des langues 1
- 77. La formation des langues 1
- 78. La formation des langues 1
- 79. La formation des langues 1
- 80. La formation des langues 1
- 81. La formation des langues 1
- 82. La formation des langues 1
- 83. La formation des langues 1
- 84. La formation des langues 1
- 85. La formation des langues 1
- 86. La formation des langues 1
- 87. La formation des langues 1
- 88. La formation des langues 1
- 89. La formation des langues 1
- 90. La formation des langues 1
- 91. La formation des langues 1
- 92. La formation des langues 1
- 93. La formation des langues 1
- 94. La formation des langues 1
- 95. La formation des langues 1
- 96. La formation des langues 1
- 97. La formation des langues 1
- 98. La formation des langues 1
- 99. La formation des langues 1
- 100. La formation des langues 1

© Universitäts- und Landesbibliothek Bonn, urn:nbn:de:hbz:5:1-30130-p0011-3

avant-propos

Au seuil de l'an 2 000, il apparaissait important de réaliser un état des lieux actualisé de la législation française du handicap mental. L'application des célèbres « lois de 75 » permet en effet, avec le recul de près d'un quart de siècle, de dresser un bilan des procédures technico-administratives mises en place depuis. Ce bilan ne va cependant pas de soi : il est particulièrement ardu d'évaluer dans leur dimension exacte des problèmes aussi complexes que l'appréhension technique du handicap mental, le rôle respectif des professionnels protagonistes, la nécessaire adéquation entre la demande et l'offre, ou les interrelations entre le champ de l'éducatif et celui du rééducatif. Le passage, au niveau politique, d'un système d'assistance à celui d'une solidarité nationale ne s'est pas fait sans heurts (sans « bons heurts » serait-on tenté de dire), et les grands principes de bienfaisance qui nous paraissent aujourd'hui évidents, et surtout socialement acquis, bien que soumis aux aléas politiques, ont nécessité de longs et patients efforts de luttes parfois longtemps solitaires car incomprises, de prosélytisme quelquefois acharné, de concertations multiples. Si plus personne en effet ne conteste, dans notre culture, les idéaux de prévention et de dépistage des maladies, de droits sociaux, de service public gratuit, souvenons-nous qu'il n'en a pas toujours été ainsi, et que le politique a souvent eu besoin d'être aiguillonné par la vigilance des usagers.

Cependant, si l'évolution des mentalités conduit à une banalisation progressive du handicap en général, le handicap mental continue à poser problème, de par ses particularismes propres, malgré l'effort des médias pour expliquer la nécessité d'intégration des personnes présentant des différences (culturelles, sociales, financières, médicales), l'idée dominante de notre culture occidentale actuelle étant celle d'une sorte d'abrasion égalitaire, d'un nivellement social des différences. De plus, ce gommage des limites, voire parfois la disparition des interfaces entre le médical, le social et l'éducatif ou le rééducatif, conduit, dans la pratique, à une dommageable confusion des rôles des intervenants en « handicapologie ».

La grande question est donc de savoir s'il peut exister une définition médicale du handicap, ou si toute définition de ce concept est *a priori* sociale. Les enjeux de ce que l'on appelé parfois la « démedicalisation de la loi du 75 » sont en effet considérables. La nouvelle législation sur l'autisme est à cet égard significative d'un état d'esprit politique actuel, qui tend à faire glisser des populations entières du secteur sanitaire vers le secteur social, pour des raisons davantage financières que théoriques ou encore moins charitables, au sens premier du terme. C'est donc l'ensemble de la politique de sectorisation psychiatrique qui se trouvera, à terme, profondément modifiée, sans qu'il soit actuellement possible de dire si cette évolution sera réellement bénéfique pour

les malades. A partir du moment en effet où l'on raisonne en termes d'évaluation de dépenses de santé, de programme de médicalisation des systèmes d'information, et où l'hôpital devient géré comme une entreprise, il ne faut plus s'étonner que la qualité des soins, avec leurs aspects psychologique et personnalisé, devienne secondaire par rapport aux préoccupations financières; large débat d'actualité...

Le temps viendrait donc où les personnes déclarées handicapées par les instances *ad hoc* ne seraient finalement plus soignées, n'étant pas considérées comme malades... Mais ce point de vue, certes partial, ne signifierait pas que tout handicap relèverait obligatoirement d'une étiologie médicale. Les exclus sociaux, ceux en situation de grande pauvreté, ne sont pas *a priori* considérés comme étant des malades, au sens médical du terme; «malades sociaux», ils le sont certainement, car la société elle-même est souffrante; mais l'on voit pointer ici le risque lié à l'usage abusif d'un terme hors de son contexte d'origine! Personne ne conteste cependant le fait que la souffrance mentale puisse avoir une origine sociale, et entraîner à son tour un comportement social différentiel; mais à ne s'intéresser qu'à des conséquences à un niveau exclusivement social, c'est-à-dire collectif, ne risque-t-on pas d'en négliger la composante individuelle, totalement irréductible, et à laquelle une réponse collective n'est pas forcément adaptée?

De plus, l'asservissement du social par le politique (pensons par exemple à la loi de décentralisation du 22.7.1983), créé *de facto* par un transfert de compétences, entraîne le risque de faire peser trop lourdement le politique sur le médical. Le médical en effet deviendrait alors — ce qu'il a souvent été dans son histoire — un instrument de normalisation sociale, avec les risques de dérive totalitaire que chacun garde en mémoire. Un des rôles majeurs du tissu associatif, si important en matière de handicap mental, et l'on comprend pourquoi, est donc d'établir une sorte de contre-pouvoir face à l'État et aux collectivités territoriales. Nombre de textes législatifs n'auraient en effet jamais vu le jour sans les interventions passionnées et efficaces de parents ou d'amis de personnes handicapées.

La prise en compte médico-légale et administrative du handicap mental étant une œuvre de longue haleine, fort complexe et nécessairement collective, le lecteur ne s'étonnera pas si le présent ouvrage est justement le fruit d'un travail de plusieurs auteurs.

Remercions donc ici nos collaborateurs, qui ont su, guidés par le souci didactique qui constitue le fil rouge de ce livre, présenter des questions délicates, au sujet desquelles existe une littérature abondante mais hélas souvent obscure, en tout cas difficilement accessible aux non professionnels :

— Karine Albernhe, psychiatre des Hôpitaux, pour la partie relative à l'assistance aux mineurs handicapés (chap. 3).

— Didier Bourgeois, psychiatre des Hôpitaux, pour les parties relatives à l'histoire médico-légale du handicap mental (chap. 2), et à la barémologie psychiatrique (chap. 8). Cette contribution représente un apport original, totalement inédit, et pourra utilement servir de référence à des études d'épistémologie ou d'histoire de la psychiatrie.

– Rémy Delaître, également psychiatre, pour les parties relatives aux diverses applications de la « loi de 75 » chez l'adulte, ainsi qu'à la question de la protection des biens des personnes handicapées.

– Christian Ollivero, médecin du travail, pour la partie relative à l'insertion professionnelle des personnes handicapées.

Que leurs compétences à tous soient reconnues et appréciées à leur juste valeur.

Des remerciements tout particuliers sont à adresser à notre Maître, Monsieur le Professeur Régis Pouget, qui nous fait ici le grand honneur de s'intéresser à ce travail et de bien vouloir le préfacer. Son précieux enseignement et son action en psychiatrie clinique et légale constituent pour nous une référence et tout un symbole.

liste des principales abréviations

- AAH** – Allocation aux adultes handicapés.
- ACTP** – Allocation compensatrice pour tierce personne.
- AEMO** – Action éducative en milieu ouvert.
- AES** – Allocation d'éducation spéciale.
- AFPA** – Association pour la formation professionnelle pour adultes.
- AGEFIPH** – Association de gestion des fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées.
- ALCF** – Allocation logement à caractère familial.
- ALCS** – Allocation logement à caractère social.
- ALD** – Affection de longue durée.
- ALS** – Aide au logement à caractère familial et social.
- AMP** – Aide médico-psychologique.
- AMS** – Alarme médico-sociale.
- AMP** – Aide médico-psychologique.
- ANCE** – Association nationale des communautés éducatives.
- ANMSMI** – Association nationale des médecins de santé mentale infantile d'exercice privé salarié.
- ANPASE** – Association nationale des personnels et acteurs de l'action sociale en faveur de l'enfance et de la famille.
- ANIS** – Approche nouvelle de l'information sociale.
- ANAISS** – Application nationale informatique des services sociaux.
- AP** – Atelier protégé.
- APAJH** – Association pour adultes et jeunes handicapés.
- APF** – Association des paralysés de France.
- APL** – Aide personnalisée au logement.
- ASE** – Aide sociale à l'enfance.
- BAPU** – Bureau d'aide psychologique universitaire.
- BMAF** – Base mensuelle de calcul des allocations familiales.
- CA** – Complément d'allocation.
- CAE** – Contrat d'accès à l'emploi (mais aussi : Centre d'action éducative).
- CAMPS** – Centre d'action médico-sociale précoce.
- CAT** – Centre d'aide par le travail.
- CAVA** – Centres d'adaptation à la vie active.
- CC** – Collège climatique.

- CCAS** – Centre communal d'action sociale.
- CCPD** – Conseil communal de prévention de la délinquance.
- CDÉS** – Commission départementale de l'éducation spéciale.
- CDOI** – Commission départementale d'orientation des infirmes.
- CDTD** – Centre de distribution de travail à domicile.
- CERIS** – Centre d'étude et de recherche sur l'intervention sociale.
- CFAS** – Code de la famille et de l'aide sociale.
- CHRS** – Centres d'hébergement et de réadaptation sociale.
- CIDIH** – Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps.
- CIE** – Contrat initiative-emploi.
- CIH** – Classification internationale des handicaps.
- CIO** – Centre d'information et d'orientation.
- CITSS** – Commission interrégionale de la tarification sanitaire et sociale.
- CLI** – Commission locale d'insertion.
- CLIS** – Classe d'intégration scolaire.
- CMPP** – Centre médico-psycho-pédagogique.
- CNCPH** – Conseil national consultatif des personnes handicapées.
- CNED** – Centre national d'enseignement à distance.
- CNFLRH** – Comité national français de liaison pour la réadaptation des handicapés.
- CNIAE** – Conseil national de l'insertion par l'activité économique.
- CNOSS** – Comité national de l'organisation sanitaire et sociale.
- COTOREP** – Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel.
- CPAM** – Caisse primaire d'assurance maladie.
- CPFAH** – Centre de placement familial pour adultes handicapés.
- CPFSEH** – Centre de placement familial spécialisé pour enfants handicapés.
- CPH** – Centre de préorientation pour handicapés.
- CRDS** – Contribution de remboursement de la dette sociale.
- CREDOS** – Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie.
- CROSS** – Comité régional de l'organisation sanitaire et sociale.
- CRRFP** – Centre de rééducation, réadaptation et de formation professionnelles.
- CRT** – Centre de réentraînement par le travail.
- CSERC** – Conseil supérieur de l'emploi, des revenus et des coûts.
- CSG** – Contribution sociale généralisée.
- CSP** – Code de la santé publique.
- CTNERHI** – Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations.
- DAGEMO** – Direction de l'administration générale et de la modernisation des services.
- DAGPB** – Direction de l'administration générale, du personnel et du budget.
- DARES** – Direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques.

- DAS** – Direction de l'action sociale.
- DATAR** – Délégation à l'aménagement du territoire et de l'action régionale.
- DDASS** – Direction départementale des affaires sanitaires et sociales.
- DDTE** – Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle.
- DE** – Délégation à l'emploi.
- DFP** – Délégation à la formation professionnelle.
- DGISES** – Délégation générale à l'innovation sociale et à l'économie sociale.
- DGH** – Direction générale de la santé.
- DGLDT** – Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie.
- DH** – Direction des hôpitaux.
- DIJ** – Délégation interministérielle à l'insertion professionnelle et sociale des jeunes en difficulté.
- DIV** – Délégation interministérielle à la ville.
- DRT** – Direction des relations du travail.
- DSU** – Développement social urbain.
- EEFAH** – Établissement expérimental en faveur des adultes handicapés.
- EEFEH** – Établissement expérimental en faveur de l'enfance handicapée.
- EEP** – Établissement pour enfants polyhandicapés.
- EJE** – Éducateur de jeunes enfants.
- EPSR** – Équipe de préparation et de suite pour le reclassement professionnel.
- EREA** – Établissement régional d'enseignement adapté.
- ESOPE** – Ensemble des systèmes opérationnels pour la protection de l'enfance.
- FDT** – Foyer à double tarification.
- FEHAP** – Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif.
- FNARS** – Fédération nationale des associations d'accueil et de réadaptation sociale.
- FNEJE** – Fédération nationale des éducateurs de jeunes enfants.
- GEIQ** – Groupement d'employeurs pour l'insertion et la qualification.
- GIHP** – Groupement pour l'insertion des handicapés physiques.
- GIRPEH** – Groupement interprofessionnel régional pour la promotion des handicapés.
- HDT** – Hospitalisation sur demande d'un tiers.
- HO** – Hospitalisation d'office.
- IDEF** – Institut de l'enfance et de la famille.
- IGAS** – Inspection générale des affaires sociales.
- IME** – Institut médico-éducatif.
- IMP** – Institut médico-pédagogique.
- IMPro** – Institut médico-professionnel.
- INAVEM** – Institut national d'aide aux victimes et de médiation.
- IPP** – Incapacité permanente partielle.

- IR** – Institut de rééducation.
- LADAPT** – Ligue pour l'adaptation des diminués physiques au travail.
- LEA** – Lycée d'enseignement adapté.
- MAS** – Maison d'accueil spécialisée.
- MECS** – Maison d'enfants à caractère social.
- MOUS** – Maîtrise d'œuvre urbaine et sociale.
- ODAS** – Observatoire national de l'action sociale.
- OIP** – Organisme d'insertion professionnelle.
- PAIO** – Permanence d'accueil, d'information et d'orientation.
- PALULOS** – Prime à l'amélioration des logements locatifs à usage locatif et occupation sociale.
- PDI** – Programme départemental d'insertion des travailleurs handicapés.
- PMI** – Protection maternelle et infantile.
- PNIU** – Programme national d'intégration urbaine.
- RASED** – Réseau d'aide spécialisée aux élèves en difficulté.
- RC** – Répertoire civil.
- RMI** – Revenu minimum d'insertion.
- SAFEP** – Service d'accompagnement familial et d'éducation précoce.
- SDAPL** – Section départementale des aides publiques au logement.
- SEES** – Section d'éducation et d'enseignement spécialisés.
- SESSAD** – Service d'éducation spéciale et de soins à domicile.
- SIPFP** – Section d'initiation et de première formation professionnelle.
- SSEFIS** – Service de soutien d'éducation familiale et d'intégration scolaire.
- TGI** – Tribunal de grande instance.
- UNAPEI** – Union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales.
- UNAFAM** – Union nationale des amis et familles de malades mentaux.
- UNMLR** – Union nationale des missions locales rurales.

introduction

Les lois du 30 juin 1975 sur les personnes handicapées et les structures qui les prennent en charge ont maintenant plus de vingt ans d'existence et paraissent devoir être adaptées aux nouveaux besoins actuels, et surtout devoir bénéficier d'une évaluation aussi précise que possible, contexte de planification et rationalisation des dépenses de santé oblige. Le changement du secteur social, ainsi que la création, depuis cette époque, de nouvelles structures accueillant des personnes handicapées, dans un certain flou artistique réglementaire, impose également une remise à niveau de l'ensemble des institutions concernées. La mise au goût du jour des lois de 1975 pourrait être l'occasion, peut-être quelque peu utopique, d'une mise à plat des problèmes de l'existant, pour reprendre une terminologie qui fait florès, et surtout l'occasion de faire le point en profondeur sur la situation des personnes exclues, pour quelque raison que ce soit (handicap mental certes, mais aussi chômage, grande précarité, difficultés d'acculturation, etc.).

D'avantage qu'une simple modernisation de ces textes, c'est donc d'une réflexion d'envergure, pluri-institutionnelle, menée à la fois à haut niveau, par les tutelles, mais aussi à partir d'ateliers de terrain, que les personnes handicapées et leurs familles ont grandement besoin. Une loi-cadre contre l'exclusion, dont il serait actuellement question, irait de pair avec un assouplissement de certaines réglementations, trop complexes et surtout particulièrement rigides, ainsi que l'élaboration d'un ensemble de textes dont la philosophie directrice serait l'affirmation des droits des usagers, mieux articulés avec les droits des institutions qui sont là, ne l'oublions pas, pour les servir.

Quelques données épidémiologiques de base

Les résultats obtenus dans l'approche épidémiologique du handicap sont particulièrement controversés, faute d'une définition claire et précise de l'objet d'étude lui-même. Si l'on définit en effet le handicap au sens large, tous handicaps confondus, il existerait actuellement en France près de cinq millions de personnes se plaignant d'une gêne fonctionnelle ou d'une difficulté dans la vie quotidienne, ce qui n'a guère de sens. Aux difficultés dues aux différences de définition du handicap, s'ajoutent celles relatives aux différences de technique de recueil de données.

Dans son étude datant des années 70 sur « les exclus », René Lenoir, qui sera secrétaire d'État en 1975, estimait qu'un Français sur dix pouvait être considéré comme socialement inadapté, ce chiffre doublant si l'on y ajoutait la population des handicapés mentaux. Cette estimation de 10 % de la population touchée par le phénomène de l'inadaptation est généralement avancée, dans les pays industrialisés, comme relativement fiable (statistiques officielles de l'OMS en 1981, dite « Année internationale des personnes handicapées »).

En 1975, le nombre de personnes handicapées adultes était estimé à 20 000, pour environ 300 établissements spécialisés. Les chiffres ont explosé depuis, puisque les données statistiques actuelles évoquent une population de 170 000 adultes handicapés placés en près de 4 000 établissements. La population reconnue handicapée par les CDES et les COTOREP dépasse largement ces chiffres, puisque l'on évalue à plus de un million et demi le nombre de personnes handicapées en France. Le secteur de ce que l'on appelle, faute de mieux, « l'enfance handicapée », représenterait une population de 400 000 personnes âgées de moins de 21 ans. Dans le monde du travail, et tous handicaps confondus évidemment, la population handicapée adulte avoisinerait les 1 100 000 personnes, dont 90 000 travailleurs handicapés en milieu de travail protégé.

Au total, le budget social du handicap de l'État français avoisinerait les 2 % du PIB, soit presque 130 milliards de francs.

Les « bénéfices secondaires » (en particulier financiers) liés au statut de personne handicapée expliqueraient, pour partie, l'ampleur de cette évolution inquiétante.

Il existe actuellement en France un taux de prévalence du polyhandicap compris entre 1 à 3‰, correspondant *grosso modo* à deux mille cinq cents naissances d'enfants déficients mentaux (sur sept cent cinquante mille naissances par an). Environ cinq mille enfants polyhandicapés se trouvent placés en institution (ce qui représente environ 5 % de la population des établissements médico-sociaux), et deux mille arrivent à être maintenus à domicile.

Le cas des personnes âgées est particulier. L'augmentation constante de l'espérance de vie et les progrès de la technologie médicale, ont en effet inmanquablement conduit à un accroissement quantitatif du nombre de personnes âgées dépendantes.

La prévalence du handicap est donc croissante, et celle du polyhandicap en particulier, constatation d'autant plus inquiétante que les efforts axés sur la prévention ne cessent d'augmenter.

L'importance de définitions précises

Si le mot handicap désigne communément le désavantage rencontré par un sujet dans ses rôles de survie essentiels (alimentation, locomotion...), l'expression *handicap mental* est de définition incertaine, nous aurons l'occasion d'y revenir. Notre société a cependant besoin d'un permanent processus de nomination, avec sa dérive connue : la stigmatisation. En matière de

handicap, tout semble affaire de convenances sociales, d'écart par rapport à une norme sociale, c'est-à-dire des systèmes d'interactions entre individus. De nombreux professionnels, sociologues ou socio-psychiatres, envisagent en effet le handicap sous l'angle d'un produit de l'organisation sociale.

Le mot *handicap* a progressivement remplacé dans le langage usuel d'autres termes, tels que ceux de : infirmité, invalidité, débilité, devenus de ce fait connotés négativement. Cette substitution sémantique a affecté également le champ médical, ainsi que le champ juridique, et dénote une approche nouvelle d'un problème qui a toujours existé, ainsi que le montrent les études historique et ethnologique de la handicapologie. Le développement de l'industrialisation et le machinisme, l'augmentation des accidents du travail, l'accroissement de l'espérance de vie, sont autant de facteurs qui, sur des plans différents, peuvent expliquer l'intérêt de la Nation pour les personnes en situation de handicap.

Quelques points de repère d'ordre étymologique

François Chapiereau ¹ note que, d'après le *Oxford English Dictionary*, le mot *handicap* existait dès 1653 avec la graphie *handy-cap*, et le sens d'un troc combiné à un pari. L'étymologie de l'expression *hand in cap*, qui signifie mot à mot « main dans la casquette », évoque donc un jeu de hasard, dans lequel les enjeux de paris turfistes étaient placés dans un chapeau et puisés à l'aveugle par la main d'un joueur ou d'un arbitre. Les concours hippiques et le golf, d'origine anglaise, utilisent encore actuellement, mais dans un tout autre sens, le mot de handicap. Il aurait fallu attendre l'année 1754 pour que le mot soit utilisé dans la compétition entre deux chevaux, puis 1786 pour désigner des courses de plus de deux chevaux. Le mot sera ensuite francisé et banalisé, surtout à notre époque, où il est galvaudé, son sens s'étendant abusivement à des domaines disparates, mais signifiant toujours une relation de gêne. Des néologismes apparaissent (pensons par exemple à « handicapologie » : étude scientifique du handicap), ainsi que des mots composés : « Handisport » représente l'Association française de sports pour les personnes handicapées.

Les définitions « officielles » actuelles

La vision actuelle du handicap doit beaucoup aux idées de Saad Zargloub Nagi (1969) ainsi qu'aux travaux conjoints de Philip Wood, Hélène Guidevaux et André Grossiord. Leurs recherches, qui furent menées, pour l'essentiel, à Rennes en 1975, étaient à l'origine commanditées par l'Organisation mondiale de la santé ². Elles aboutirent en 1980 à la création de la CIDIH

1. CHAPIREAU F. — « Le concept de handicap », in : *La législation en faveur des personnes handicapées. Actualité, perspectives* (sous la dir. de Guy Dreano et Marcel Jaeger, Buc Ressources, déc. 1995).

2. De nombreux autres auteurs, cliniciens et chercheurs se sont, par la suite, largement intéressés au problème du handicap. Retenons quelques noms : C. Hamonet, J.-L. Florès, R. Hébert, M. Hobbs, J.-L. Lambert, T. Magalães, P. Minaire, C. Romer, M. Soder, E. Zucman.

(Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps). La logique de l'équipe de P. Wood était donc de proposer des ensembles de handicaps, ou d'éléments de handicaps, sans théorie causaliste (ou supposée telle), à partir de trois plans, ou dimensions, devant pouvoir être utilisées facilement par les « décideurs ». Les plans définis sont donc les déficiences, les incapacités et les handicaps. Des relations dynamiques expliqueraient les enchaînements des plans entre eux, par exemple selon la séquence suivante : une pathologie mentale évolutive (maladie), éventuellement associée à un trouble mental fixé (par exemple une déficience mentale) générerait une gêne significative dans la vie quotidienne (incapacité), puis une limitation sociale (handicap). La séquence serait donc ici : maladie, déficience, incapacité, handicap. Mais le chemin inverse peut également exister, dans le cas où un handicap, c'est-à-dire un désavantage social, peut à terme conduire à une incapacité.

DÉFICIENCE, INCAPACITÉ ET HANDICAP

La circulaire 91-304 du 18.11.1991 relative à la scolarisation des enfants handicapés à l'école primaire et aux classes d'intégration scolaire rappelle quelques définitions désormais incontournables en matière de handicap. Celles-ci sont issues des travaux du collectif d'auteurs travaillant à l'Organisation mondiale de la Santé, et qui ont abouti au consensus suivant : « *La déficience est une perturbation des structures ou fonctions anatomiques, physiologiques ou psychologiques de l'organisme. L'incapacité affecte la personne par une limitation des possibilités fonctionnelles ou des performances et des restrictions d'activité qui en résultent. Le handicap est le désavantage qui résulte de la différence entre ce que la société attend de l'individu et ce qu'il est capable de faire, compte tenu de ses déficiences et des incapacités corrélatives.* »

Pour d'autres, le handicap évoquera, de manière très large, une perturbation personnelle dans la réalisation d'habitudes de vie, compte tenu de facteurs tels que l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, et résultant de déficiences ou d'incapacités ou d'obstacles dûs à des facteurs environnementaux. Pour François Bloch-Lainé, la notion de handicap est élargie à celle d'inadaptation des personnes qui « *pour des raisons diverses, plus ou moins graves, éprouvent des difficultés, plus ou moins grandes, à être et à agir comme les autres.* »

On admettra communément que la déficience (*impairment* en Anglais) représente l'origine pathologique des difficultés d'intégration du sujet au sein du groupe ; l'incapacité (*desability*) sera l'ensemble des conséquences fonctionnelles de la déficience, et le handicap (*handicap, social disadvantage*) marquera l'ensemble des conséquences sociales situationnelles des deux précédentes. En d'autres termes, la déficience sera une « expérience de santé » se situant sur le plan des organes et des fonctions élémentaires ; l'incapacité désignera une « expérience de santé » se situant sur le plan des gestes et actes élémentaires du quotidien ; le handicap sera une « expérience de santé » se situant sur le plan des rôles sociaux.

Il s'ensuit que le handicap sera variable pour une incapacité donnée, selon les exigences sociales et les aides pouvant être apportées au sujet handicapé. Or il est souvent établi, à tort, un amalgame entre les expressions de maladie mentale ou de handicap mental. Il est pourtant bien connu qu'un trouble mental identique peut avoir pour conséquence des handicaps différents, et qu'à l'inverse un même handicap peut relever d'étiologies variées.

INSERTION ET INTÉGRATION

Le concept d'insertion, comme celui d'intégration, évoque l'action de mélanger des populations différentes. Dans les deux cas, il appartient à la population minoritaire — ici celle des personnes handicapées — de fournir des efforts pour vivre en bonne intelligence avec le reste de la population générale, ce qui ne signifie nullement que les efforts nécessaires à une acceptation mutuelle ne s'effectuent qu'à sens unique : une réciprocité est bien sûr nécessaire, le reste de la population générale devant, à son tour, éviter la facilité de la ségrégation, voire de la relégation et de l'exclusion sociale de la minorité différente.

Il existe toutefois une nuance importante dans ces deux concepts : l'insertion concerne ici le mélange d'une population handicapée avec une autre, plus nombreuse, qui ne l'est pas, les deux populations restant cependant nettement différenciées, nouant des relations de contiguïté et de bon voisinage, mais restant chacune avec leurs singularités propres. L'idée d'intégration en revanche souligne le caractère d'assimilation, voire d'incorporation du groupe social minoritaire, ici handicapé, par le reste de la population générale. Être avec et cohabiter, dans le premier cas, se fondre dans la masse dans le second, constituent les deux grandes façons d'être-au-monde des personnes handicapées. Selon le contexte toutefois, l'une ou l'autre seront davantage adaptées ; c'est ainsi que le législateur mettra en place des « classes d'intégration scolaire » (cf. circulaires du 28.1.1982 et du 29.1.1983), comme pour gommer, dès l'âge scolaire, la stigmatisation sociale des élèves handicapés, mais que l'on parlera d'insertion sociale des mineurs atteints d'un syndrome autistique (cf. circulaire du 27.4.1995).

LA NOTION DE « SITUATION DE HANDICAP »

Dans un souci thérapeutique, il apparaît capital d'insister sur l'aspect temporel d'un handicap, fut-il mental. Une personne handicapée peut présenter un handicap pendant le restant de sa vie, mais elle peut aussi s'en défaire. C'est pourquoi il est préférable, afin de donner une vision dynamisante de la situation, de justement parler de « situation de handicap » (sous-entendue : momentanée). L'expression, galvaudée, de sujet « porteur d'un handicap » fait fi du caractère évolutif possible, et condamne du même coup la personne en situation de handicap à être vue de façon monolithique, figée et trop défaitiste.

LA NOTION DE QUALITÉ DE VIE

Le concept d'espérance de vie sans incapacité rejoint celui, galvaudé, de qualité de vie. Il repose sur l'évaluation de l'état de santé d'un individu qui ne

compenser avec précision le désavantage social constitué par les conséquences d'une maladie psychiatrique. En confrontant le résultat de son expérience clinique auprès du sujet aux dispositifs de réflexion matérialisés par le barème, il sera à même de restituer à l'autorité qui l'a mandaté des propositions claires permettant la fixation d'un taux d'incapacité. De ce taux et des éléments cliniques, seront déduits par la commission, située en conclusion du processus, l'indemnisation et l'orientation du sujet. Ces deux éléments sont cruciaux car ils fondent, à terme, le cadre existentiel d'un individu par définition en situation de grande fragilité sociale et personnelle. C'est donc une responsabilité lourde de sens qu'accepte le médecin-expert.

Bibliographie

- [1] ALBERNHE T., TYRODE Y. — *Législation en santé mentale. Pratique médico-légale. Tome III*. Sédip méd. éd., Lyon, 1994.

L'ouvrage comporte le recueil des textes législatifs de référence :

– Décret du 10 janvier 1992 déterminant les règles et barèmes pour la classification et l'évaluation des troubles psychiques de guerre.

– Décret n° 93-1216 du 4 novembre 1993 relatif au guide barème applicable pour l'attribution de diverses prestations aux personnes handicapées et modifiant le code de la famille et de l'aide sociale, le code de la sécurité sociale (deuxième partie : décrets en conseil d'état) et le décret n° 77-1549 du 31 décembre 1977.

– Circulaire n° 93/36-B du 23 novembre 1993 d'application du décret n° 93-1216 du 4 novembre 1993, relative au guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées.

– Circulaire DGS n° 44 du 17 juin 1991 relative à l'accélération de la procédure d'examen par les COTOREP des demandes d'AAH des personnes atteintes par le sida.

– Lettre de la DAS aux préfets du 22 octobre 1990 relative à l'accélération de la procédure d'examen par les COTOREP des dossiers concernant des malades atteints du sida.

– Lettre du Ministre des affaires sociales et de l'intégration et du ministre de la santé et de l'action humanitaire « relative aux problèmes sociaux rencontrés par les familles ayant un enfant traité pour trouble de la croissance et atteint de la maladie de Creutzfeld-Jakob » du 20 octobre 1992.

– Barème fonctionnel indicatif des incapacités en droit commun, C. Rousseau et coll. Aredoc, 1, place d'Estienne d'Orves, 75009 Paris. (Le texte est paru dans « Le concours médical », 1993, n° spéc, 7,16.)

– Décret n° 82-1135 du 23 décembre 1982 modifiant le décret n° 46-2959 du 31 décembre 1946 et le décret n° 73-598 du 29 juin 1973 en ce qui concerne le barème indicatif d'invalidité en matière d'accidents du travail.

- [2] BRIOLE G., LEBIGOT F., BLANCARD M.H. — *Traumatisme, répétition, rêve et désir dans la névrose traumatique. Annales de psychiatrie*, 1988, 3, n° 2, 123, 126.
- [3] REY A. (sous la dir. de) — *Dictionnaire historique de la langue française*. Ed. Le Robert, Paris.
- [4] CHAPIREAU F. — *Le Handicap impossible, analyse de la notion de handicap dans la loi du 30 juin 1975. Annales médico-psychologiques*, 146, 7, 609, 631; 146, 8, 691, 706, 1988.

- [5] DAB F., ABENHAIM L., SALMI R., AUCLAIR J. — *État de santé physique et mental des victimes d'attentats, l'enquête épidémiologique française : premiers résultats*. *Annales de psychiatrie*, Vol 3, n° 3, 1988.
- [6] FOUCAULT M. — *La folie et la société*, in «Dits et écrits». Tome II, Gallimard éd., p. 129.
- [7] LYONS H.A. — *Terrorist's bombing and the psychological sequelae*. *J. Irish Med. assoc.*, 1974, 67, 15-19.
- [8] MELENNEC L., BORNSTEIN S.J., BESANÇON G., DUBOIS-BONNEFOND J.-C., SICHEL J.P. — *Barème d'évaluation des incapacités psychiatriques*. *Annales de psychiatrie*, 1988,3,3,188,190. Barème intégré dans le barème international des invalidités, Masson éd., Paris, 1991.
- [9] REICH W. — *Le combat sexuel de la jeunesse*. Ed Git-Le-Cœur, Paris, 1971.
- [10] TRÉMINE T. — *Les Handicapables*. Synapses n° 43, 1988, 37, 39. (11) Vidon G. *La réhabilitation sociale en psychiatrie*. Laboratoire Sandoz, Frison-Roche éd., Paris, 1995.
- [11] WOOD P.N.H. — *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacité et désavantage*. OMS, trad. INSERM CTNERHI, PUF éd., 1988.

Autres textes

Organisation mondiale de la Santé. Classification internationale des maladies (CIM 10).
Circulaire DH/EO3 n° 95-36 du 5.9.1995 relative à la dispensation de soins gratuits aux victimes d'attentats terroristes.

la gestion sectorielle et associative du handicap mental

Que le handicap mental représente un vaste problème de santé publique, personne ne le conteste. Mais l'est-il exclusivement? En d'autres termes, quelles sont les instances les mieux placées pour en parler, le gérer, et faire aux tutelles des propositions concrètes, dans l'intérêt des personnes en situation de handicap? Vaste problème, où s'affrontent parfois, plus qu'elles ne se complètent, deux institutions : le secteur psychiatrique public et le secteur associatif privé, qui se partagent le domaine du «secteur handicapé», si l'on peut dire. Mais le terme commun de «secteur» est ici trompeur, puisqu'il ne revêt pas le même sens, ainsi que nous allons l'envisager ci-après¹.

La gestion sectorielle du handicap mental

L'expression de *gestion sectorielle du handicap mental* renvoie à une certaine idée de la psychiatrie, définie par les pères fondateurs du «secteur psychiatrique», dans les années 60, mais ne doit pas faire oublier pour autant l'importance du secteur privé à but lucratif (psychiatres d'exercice libéral, cliniques et établissements privés), qui participe également, à sa façon, à la réinsertion des personnes en situation de handicap mental.

La politique dite « de secteur »

La circulaire princeps de 1960² établie lors du ministère de Bernard Chenot, d'où son appellation de «circulaire Chenot», ou parfois simplement de

1. Les expressions de «secteur social», voire de «secteur médico-social» rajoutent un élément d'ambiguïté dans un domaine où les limites manquent déjà de netteté...

2. Circulaire du 15.3.1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. Ce texte, aux conséquences théoriques et pratiques capitales, était censé mettre fin à la vision hospitalo-centrique qui régnait chez de nombreux professionnels d'alors : «(...) l'hospitalisation du malade mental ne constitue plus désormais qu'une étape du traitement, qui a été commencé et devra être poursuivi dans les organismes de prévention et de postcure.»

«circulaire de 60», a jeté les bases de ce qui allait devenir la «politique de secteur», dans la mouvance du «mouvement désaliéniste français» dont Lucien Bonnafé a été un des personnages les plus marquants. Le texte rappelle le principe essentiel qui guidera désormais les équipes soignantes : «séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu». Le «travail de secteur» consistera en un travail à la fois relationnel soignant auprès des patients, de leur famille et de leur entourage proche, et en un travail relationnel institutionnel au sein même de l'équipe soignante et également en réseau avec tous les autres organismes professionnels, dans le champ de la santé mentale (éducation, justice, tissu socioprofessionnel...). Les patients seront dorénavant pris en charge «sur le terrain», *in situ*, par une même équipe soignante pluridisciplinaire (psychiatre des hôpitaux, psychologue des hôpitaux, infirmiers de secteur, assistants sociaux, parfois éducateurs, psychomotriciens, ergothérapeutes...).

La loi n° 85-1468 du 31.12.1985 relative à la sectorisation psychiatrique officialisera ensuite les principes de la «psychiatrie hors les murs» évoqués par la «circulaire de 60», définira ses moyens, et dressera une «carte sanitaire de la France» destinée à déterminer des régions, des secteurs sanitaires et des secteurs psychiatriques. L'art. 4 ter de la loi indique ceci : «*Chaque établissement assurant le service hospitalier et participant à la lutte contre les maladies mentales est responsable de celle-ci dans les secteurs psychiatriques qui lui sont rattachés. Il met à la disposition de la population, dans les secteurs psychiatriques qui lui sont rattachés, des services et des équipements de prévention, de diagnostic et de soins. Ces services exercent leurs activités non seulement à l'intérieur de l'établissement mais aussi en dehors de celui-ci.*»

Cette loi, capitale pour l'évolution de la psychiatrie publique, s'appuyait sur d'autres textes issus de la même logique, à savoir : les circulaires du 14 et 16.3.1972, du 9.5.1974, et surtout les lois du 25.7.1985 et du 30.12.1985.

Le décret n° 86-602 du 14.3.1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique précisera la fonction du Conseil départemental en santé mentale, organisme intéressant dans la gestion du handicap mental, car lieu de rencontres entre professionnels (n'oublions pas en effet qu'en son sein doit siéger un représentant de chacune des deux organisations de familles de malades mentaux les plus représentatives du département).

La circulaire du 14.3.1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale envisage une transformation du dispositif psychiatrique public. Le texte précise que, au niveau des interventions dans les structures sociales et médico-sociales, «*les équipes de secteur auront pris au moins un contact avec chaque établissement (...) susceptible d'accueillir des patients de leur secteur ou accueillant une population particulièrement exposée aux problèmes de santé mentale, dans le but, au minimum, de faire connaître le dispositif de santé mentale public et les prestations qu'il peut proposer et, à chaque fois qu'il est possible, d'établir des relations de concertation ou de services réciproques.*»

L'articulation entre le sanitaire et le social reste malgré tout souvent problématique. Par exemple, abordant la délicate question de la place institutionnelle des sujets présentant une arriération mentale profonde, M. Jaeger, G. Papanicolaou, A. Cornec et A. Braconnier³ écrivent très justement que la distinction entre le handicap mental et la maladie mentale constitue une « distinction qui ne recouvre pas toujours de manière simple celle que l'on peut faire entre un pôle de déficience intellectuelle et un pôle de trouble relationnel et affectif. »

La prévention et ses limites

La prévention, en santé mentale et plus généralement en santé publique, s'exerce en théorie aux trois niveaux préventifs classiques (primaire, secondaire et tertiaire⁴), et représente un des objectifs princeps de la « circulaire de 60 ». Cette politique de prévention s'exerce en pratique dans les centres médico-psychologiques (de psychiatrie infanto-juvénile, et de psychiatrie générale), les centres d'accueil et de traitement à temps partiel, les hôpitaux de jour, les hôpitaux de nuit, les ateliers thérapeutiques, les unités de soins en hospitalisation à domicile, les appartements thérapeutiques, les centres de crise, les centres de postcure, les unités de placements familiaux, les unités d'hospitalisation à temps plein, c'est-à-dire l'ensemble de la « panoplie sectorielle » actuelle, avec les avantages et les inconvénients inhérents à chacune de ces structures.

LES EXAMENS DE SANTÉ

Qu'il s'agisse d'enfants, d'adolescents ou d'adultes, le Code de la santé publique a mis en place un ensemble d'examens de santé, remboursés par les caisses, dans le cadre d'un vaste programme de prévention. Citons ici quelques visites médicales systémiques gratuites :

- les visites d'embauche, dans le cadre de la médecine du travail ;
- la visite prénuptiale, qui débouche sur la délivrance du « certificat prénuptial » ;
- les visites régulières effectuées lors de la grossesse et dans ses suites (consultations pré- et postnatales). Le diagnostic anténatal d'éventuelles anomalies chromosomiques, qui s'adresse principalement aux femmes ayant

3. JAEGER M., PAPANICOLAOU G., CORNEC A., BRACONNIER A. — « "L'arriération mentale profonde" aux frontières du sanitaire et du social », *L'Inform. Psy.*, 1992, 68, 5, 479-489.

4. La prévention dite primaire concerne l'action en amont de la maladie, c'est-à-dire l'ensemble des mesures de « prophylaxie mentale » ou d'« hygiène mentale », essentiellement liées au dépistage précoce et à une politique de minimisation des risques pathogènes. La prévention dite secondaire cible le développement des processus morbides, et la prévention dite tertiaire vise à la réinsertion sociale du patient. Selon l'optique dans laquelle on se place, il est possible de privilégier tel ou tel niveau, mais il est certain qu'en matière de handicap mental, c'est au niveau de la prévention tertiaire qu'agissent le mieux les institutions, puisque par définition, pour qu'un handicap mental soit considéré comme tel et pris en charge, il faut que déjà soient apparus des troubles, donc un processus ayant réussi à passer au travers des mailles des filets préventifs primaire et secondaire.

dépassé l'âge de trente huit ans ou aux couples ayant eu une anomalie chromosomique repérée, mais équilibrée, ou ayant déjà eu un enfant porteur d'une tare d'origine chromosomique. La circulaire DSS-4A-95-77 du 8.12.1992 statue sur le dispositif actuellement applicable aux examens médicaux obligatoires de la future mère et de l'enfant.

Ces examens débordent évidemment du cadre de la santé mentale, mais s'avèrent très intéressants pour dépister d'éventuels problèmes psychologiques ou psychiatriques; ils constituent en effet des points de repère existentiels, et l'abord d'un médecin omnipraticien, ou en tout cas non spécialiste en psychiatrie, peut parfois faciliter les confidences de patients qui ne se seraient jamais confiés de prime abord à un psychiatre.

LES STRUCTURES DE SURVEILLANCE ET DE PROTECTION

Pour ne citer qu'un seul exemple, mais le plus significatif, signalons le cas de la protection médico-sociale de la parturiente présentant des difficultés psychologiques, assurée par les services de PMI (protection maternelle et infantile), en liaison avec l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile.

Des consultations, gratuites, peuvent avoir lieu dans les centres, ou à domicile dans certains cas (problèmes psychiatriques, cas sociaux). Le dépistage précoce de troubles du développement psycho-affectif de l'enfant, le repérage rapide de familles maltraitantes (avec le cas particulier des abus sexuels à l'égard des mineurs), et d'une manière plus générale la guidance de parents en difficultés, constituent des actions prioritaires pour ces services.

La gestion associative du handicap mental

Il ne serait actuellement pas possible de gérer la multitude des problèmes soulevés par le handicap mental sans l'aide active du secteur associatif, lequel a d'ailleurs toujours été, depuis sa création, un partenaire de terrain, prioritaire et compétent, de la psychiatrie publique.

Pour ne citer que quelques exemples, mais ô combien significatifs, évoquons en effet le rôle joué par l'UNAFAM dans l'élaboration de la « loi de 75 » et de la fonction d'accueil des MAS, ainsi que celui des fédérations Croix-Marine dans l'élaboration de la « loi de 68 » sur les incapables majeurs.

Déjà, dans la période de l'entre-deux-guerres, quelques organismes associatifs importants s'étaient signalés, pour suppléer à une carence certaine des pouvoirs publics en matière de gestion du handicap. Le nom d'Édouard Toulouse est historiquement lié à la création, en 1920, de la Ligue de prophylaxie et d'hygiène mentales (devenue Ligue française d'hygiène mentale), secteur associatif particulièrement dynamique. En 1921 naîtront la Fédération des mutilés du travail, et en 1929 la Ligue pour l'adaptation des diminués physiques du travail.

Notons enfin, parmi ces quelques remarques introductives, l'importance concrète toute particulière de la loi du 1.7.1901, véritable assise juridique du

tissu associatif, qui a permis à une multitude d'associations de se créer relativement facilement, celles relatives au champ de la santé mentale ayant souvent été historiquement liées au secteur de l'enfance inadaptée; des parents, déçus de l'inertie et de la passivité des pouvoirs publics, se regroupaient et œuvraient pour créer des institutions pour leurs enfants, rejetés car présentant des signes de trisomie, d'autisme ou de déficience mentale. Il résultait de ce vaste mouvement d'entraide sociale, basé à l'origine sur une révolte et une convergence d'intérêts de particuliers, la création de nombreuses institutions privées ou semi-publiques se donnant pour tâche la gestion de ce qui allait devenir le handicap mental chez l'enfant⁵.

Ces associations ont donc un statut défini historiquement par la loi du 1.7.1901, texte complété par d'autres, dont la circulaire du 4.2.1958, la loi du 30.6.1975⁶, celle du 27.1.1987, la loi du 19.12.1989, la loi du 31.12.1991. De nombreuses associations sont régies par l'article L. 128 du Code du travail et assurent une embauche à durée déterminée.

En matière de gestion d'appartements thérapeutiques, le recours associatif a joué un rôle historique de premier plan, et continue à s'avérer particulièrement fructueux. Fort d'une longue expérience en ce domaine, Michel Goutal⁷ notait que, parmi les nombreux intérêts qu'il y avait en pratique à monter une association telle que l'APART (Association de promotion des appartements et rencontres thérapeutiques), celui d'une vision intersectorielle était primordial : « (...) l'Association, outre la souplesse et l'autonomie de gestion qu'elle représente par rapport à la lourdeur de l'administration hospitalière (surtout depuis que celle-ci gère le secteur) permet également de sortir du cadre sectoriel géographique proprement dit et de faire bénéficier les secteurs voisins des appartements thérapeutiques dont ils ne disposent pas. »

Il semble cependant que de nombreuses initiatives privées aient été dépassées par l'ampleur de la tâche à accomplir et qu'elles aient manqué de moyens financiers, à la hauteur des ambitions premières, qui leur eût pourtant été nécessaires à l'effort de modernisation souhaitée.

L'évolution des mœurs et attitudes sociales envers la maladie mentale a conduit certains organismes associatifs à revoir leurs intitulés officiels; ce fut le cas par exemple du CESAP qui, bien que réussissant à conserver son sigle, en a actualisé le sens : le Comité d'études et de soins aux arriérés profonds est ainsi devenu le Comité d'études et des soins aux polyhandicapés.

5. Mentionnons également l'importance historique de l'Association des centres psychopédagogiques des établissements d'enseignement, devenue par la suite l'AFCPP (Association française des centres psychopédagogiques).

6. Rappelons que la « loi de 75 » sur les institutions sociales et médico-sociales a séparé, de manière actuellement indélébile, le secteur sanitaire du secteur social, et a créé de fait d'inévitables conflits de pouvoir, car d'intérêts, déjà annoncés par la loi du 31.7.1970 portant réforme hospitalière, loi que certains considèrent comme étant historiquement à l'origine de cette séparation, actuellement si lourde de conséquences.

7. GOUTAL M. — « Éditorial » à « Les appartements thérapeutiques », *Act. Psy.*, 1988, 8, n° spécial.

Le CTNERHI

Le Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations⁸ a été créé en février 1975, sous l'impulsion de René Lenoir, et dans la mouvance du courant réformateur qui a conduit à l'élaboration des « lois de 75 » sur le handicap.

Une immense documentation, nationale et internationale, est rassemblée et régulièrement actualisée sur le sujet, comme pour un observatoire en sciences sociales. L'OMS, ainsi que tous les professionnels concernés, à quelque niveau qu'ils soient, peuvent trouver dans les publications du centre une mine irremplaçable de renseignements de toute nature, et des interlocuteurs entendus.

Les associations d'aide aux malades et handicapés mentaux

De nombreuses associations rassemblent des parents ou amis de malades ou handicapés mentaux, des enseignants, des bénévoles, et d'une manière générale toute personne intéressée par l'hygiène mentale, sous l'égide du Comité d'entente des associations représentatives de personnes handicapées et de parents d'enfants handicapés (lui-même en liaison avec le Conseil national consultatif des personnes handicapées).

En matière de santé mentale, les associations s'accordent généralement pour dénoncer les grandes failles du système actuel, à savoir le décalage souvent important entre les objectifs en matière d'aide aux personnes handicapées annoncés par l'État et les moyens réellement mis en œuvre sur le terrain, l'insuffisance du nombre de places dans les établissements spécialisés, les difficultés liées à la politique d'intégration scolaire, la revalorisation toujours insuffisante des allocations et des aides.

L'UNAFAM

L'Union nationale des amis et familles de malades mentaux, créée en 1963 et reconnue d'utilité publique cinq ans après, s'efforce principalement d'œuvrer dans le sens de la réinsertion des patients présentant des troubles de la série psychotique. Organisme associatif particulièrement actif, l'UNAFAM a récemment édité un guide didactique sur les troubles psychiques, destiné aux familles, et offrant donc des explications et des conseils en matière de soins et de prise en charge en matière de santé mentale⁹.

L'APAJH

L'Association pour adultes et jeunes handicapés¹⁰, créée en 1962, oriente son action vers l'intégration scolaire des mineurs, et gère diverses structures

8. Contact : CTNERHI, 236 bis rue de Tolbiac, 75013 Paris.

9. Contact : UNAFAM, 12 villa Compoin, 75017 Paris.

10. Contact : APAJH, 26 rue du Chemin Vert, 75011 Paris.

d'aide destinées à accueillir et prendre en charge des adultes en situation de handicap ainsi que des adultes plus jeunes et même des mineurs. L'association prend en charge de nombreuses formes de handicaps (sensoriels, polyhandicapés, etc.).

L'UNAPEI

L'Union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés¹¹, créée en 1960 et reconnue d'utilité publique trois ans après, gère plus de mille structures de type médico-pédagogique ou médico-professionnel, de foyers, de centres d'aide par le travail, etc. Il s'agit d'une association particulièrement active dans le champ de la santé mentale infanto-juvénile, et qui comprend de nombreux parents d'enfants trisomiques ou autistes.

LES AUTRES ASSOCIATIONS

De nombreuses autres associations, qu'il est bien sûr impossible de répertorier toutes ici, s'occupent très activement des personnes handicapées, ou de certaines d'entre elles (polyhandicapés, déficients mentaux, etc.), et soulagent finalement l'État et des collectivités locales d'une tâche tellement immense que ces derniers ne pourraient assumer seuls. Citons quelques organismes associatifs parmi les plus représentatifs :

- le Club ARIHM (Action et recherche, insertion et handicaps mentaux) ;
- l'association VIVRE, créée en 1942, s'occupe de personnes handicapées mentales et physiques ;
- l'association des familles et amis pour l'accueil, les soutiens, l'éducation et la recherche en faveur des personnes handicapées mentales (AFASER), s'occupe d'enfants, d'adolescents et d'adultes handicapés mentaux.

Certaines de ces associations mettent l'accent sur l'information et la sensibilisation du public à l'égard des personnes handicapées mentales (c'est le cas par exemple de la Fédération des sociétés de Croix-Marine, ou des Comités départementaux et régionaux d'éducation sanitaire), tandis que d'autres insistent sur la formation des personnels (par exemple les Centres d'entraînement aux méthodes d'éducation active ou CEMEA), d'autres enfin se spécialisent dans un groupe d'appartenance (par exemple les Alcooliques anonymes ou la Croix Bleue pour la lutte contre l'alcoolisme).

Les associations d'aide au travail

D'autres organismes associatifs ont centré leurs efforts non plus sur l'hygiène mentale en général, mais sur l'insertion socioprofessionnelle (sans se focaliser sur le problème du handicap mental). Citons, à titre d'exemples :

- les GIRPEH (Groupements interprofessionnels régionaux pour la promotion de l'emploi des handicapés) ;

11. Contact : UNAPEI, 15 rue de Coysevox, 75876 Paris.

- les associations du mouvement OHE (Opération handicap emploi);
- l'AGEFIPH (Association nationale pour la gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des handicapés), agréée par la tutelle.

L'Association nationale de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des handicapés, est un organisme associatif puissant, financé par les entreprises, qui a largement œuvré, à partir de 1987, dans le domaine qu'elle s'était fixé.

La médiatisation, parfois jugée excessive, de la prise en charge des malades sidéens ou myopathes a fait prendre conscience dernièrement à la communauté de la dimension véritablement « santé publique » de tels fléaux sociaux. Cependant l'intérêt des professionnels de la santé mentale n'est peut-être pas que l'on aborde leur champ d'action de la même façon, car les personnes en situation de handicap mental pourraient à terme se trouver gênées par un tel braquage de projecteurs sur leurs propres problèmes. Mais ne sommes-nous pas alors confrontés à un paradoxe? D'un côté, de nombreux efforts sont faits, au quotidien, pour gommer, ou tout au moins diminuer l'impact social d'une situation de handicap mental, et l'on parle largement d'intégration, d'insertion, de réinsertion, de réhabilitation (termes hélas trop souvent confondus), et d'un autre on explique que la mise en place de lois spécifiques aboutit à création de populations ou de groupes d'appartenance en proie à la relégation, car tributaires d'un statut juridique, et donc social, différent de celui de la majorité normative. Que faire dans un tel contexte? La solution réside peut-être dans la réponse fournie par le tissu associatif...

Conclusion

Si la législation du handicap mental apparaît complexe, c'est parce qu'elle représente le reflet d'une société elle-même fort complexe. Avec le recul de plus de vingt ans maintenant sur les « loi de 75 », un bilan peut être dressé, mais l'expérience montre que, pour être complet et surtout aborder le point de vue d'usagers et de professionnels, ce bilan doit nécessairement passer par une concertation, à plusieurs niveaux : celui des familles de personnes handicapées, celui des associations, celui des responsables et des commissions parlementaires, celui des fonctionnaires du corps des affaires sociales ou des finances.

Les critiques du système actuel conduiront vraisemblablement à une réforme en profondeur, à la fois des rouages et aussi des moyens mis à la disposition des professionnels pour faire tourner ce système. Nous assistons en effet actuellement à un encombrement inquiétant des CDES et COTOREP, à une répartition inégale des structures et des établissements, parfois enfin à d'importants dysfonctionnements liés à des difficultés de communication entre les services concernés, l'ensemble détournant le système de sa générosité initiale. Le passage à l'âge adulte des adolescents handicapés mentaux, pris initialement en charge dans les instituts médico-éducatifs, pour un relais en institutions pour adultes, continue à poser de sérieux problèmes, tant théoriques que pratiques. Le vieillissement de la population handicapée, toutes

catégories confondues, dont l'espérance de vie ne cesse de croître, posera dans les décennies à venir de graves problèmes de santé publique.

Cette situation, très préoccupante, ne doit cependant pas faire oublier les efforts des gouvernements successifs, en particulier en matière d'intégration scolaire des enfants handicapés, de création de prestations nouvelles (troisième catégorie de l'allocation d'éducation spéciale, complément de l'allocation aux adultes handicapés), ou de dépistage périnatal des handicaps.

La crise que traverse actuellement le système de soins français, en miroir avec la crise de l'emploi, justifie peut-être une politique de redéploiement des enveloppes budgétaires dans les domaines concernés, mais ne semble pas permettre, du moins à court terme, une réponse adaptée aux nouveaux besoins sociaux, des jeunes en particulier, mais aussi des personnes particulièrement démunies et en cours de marginalisation. Si les prestations et aides diverses destinées aux personnes handicapées mentales n'existaient pas, ce qui est hélas le cas dans plusieurs pays, ces personnes, en situation de vulnérabilité, rejoindraient très certainement les rangs des exclus. Dans le champ de la santé mentale en effet, l'expérience montre que les patients psychotiques au long cours et stabilisés, schizophrènes en particulier, se laissent facilement aller lorsqu'ils se trouvent insuffisamment stimulés ou pris en charge par les équipes de secteur, cette incurie et cette inertie faisant justement partie de leur problématique mentale. Les reconnaître en tant que handicapés mentaux permet de leur attribuer une allocation aux adultes handicapés et diverses prestations adjacentes, d'espérer les réinsérer socialement grâce à un centre d'aide par le travail, de mettre en place tout un réseau opérant de protections diverses, en particulier aux biens (allant de la sauvegarde de justice à la tutelle), et finalement leur permet d'accéder à une qualité de vie compatible avec une existence quasiment normale.

Mais le monde du handicap n'est absolument pas homogène. Le terme même de handicap consacre non une étiologie mais une conséquence, celle d'une difficulté d'adaptation par rapport à une situation que le sujet n'est pas, ou plus, en mesure de surmonter. Ce fourre-tout facile conduit cependant les professionnels concernés à s'interroger en profondeur sur leur identité propre, d'où le malaise ressenti actuellement, particulièrement au niveau des travailleurs sociaux, malaise qu'il convient de prendre très au sérieux car témoin de celui d'une grave crise de société.

De plus, il importe de considérer qu'une personne en situation de handicap n'est pas handicapée pour tout ! Son handicap évoluera lui-même en fonction du regard d'autrui. C'est pourquoi souvent cantonner les personnes handicapées mentales à des activités artisanales protégées mais stéréotypées d'emballage ou de façonnage de boîtes de conserves par exemple, revient en quelque sorte à les disqualifier plus qu'à véritablement les aider. Si le principe de la réinsertion par le travail n'est pas remis en cause, les pouvoirs publics, le secteur psychiatrique et le tissu associatif sont maintenant amenés à repenser en profondeur la question de la place sociale des personnes handicapées mentales dans une société elle-même en crise.

bibliographie générale de base

- ALBERNHE T., TYRODE Y. — *Législation en santé mentale*. Tome I (1993), Tome II (1993), Tome III (1994), Tome IV (1996), Sédip médical éd., Lyon. Les trois premiers tomes ont été réédités et réactualisés sous forme de l'ouvrage *Psychiatrie légale*, par Y. Tyrode et T. Albernhe, Ellipses éd., Paris, 1995.
- CASTEL R. — *Les métamorphoses de la question sociale*. Fayard éd., 1995.
- DREANO G., JAEGER M. (sous la dir. de) — *La législation en faveur des personnes handicapées. Actualité, perspective*. BUC Ressources éd., Buc, 1995.
- GOFFMAN E. — *Stigmate. Les usagers sociaux des handicaps*. Les Éditions de Minuit, 1985.
- LENOIR R. — *Les exclus*. Le Seuil éd., Paris, 1973.
- RÈVE J.-M. (sous la dir. de) — *Guide Nêret pour les handicapés*. Lamarre éd., Paris, 1995.
- VEIL C. — *Handicap et société*. Flammarion éd., Paris, 1968.

textes législatifs de référence

Lois

- Loi n° 68-5 du 3.1.1968 portant réforme du droit des incapables majeurs.
- Loi n° 75-534 du 30.6.1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.
- Loi n° 75-535 du 30.6.1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.
- Loi n° 75-620 du 11.7.1975 relative à l'éducation.
- Loi n° 87-517 du 10.7.1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés.
- Loi n° 89-18 du 13.1.1989 portant diverses mesures d'ordre social.
- Loi n° 89-486 du 10.7.1989 d'orientation sur l'éducation.
- Loi n° 90-527 du 27.6.1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.
- Loi n° 90-602 du 12.7.1990 relative à la protection des personnes contres les discriminations en raison de leur état de santé ou de leur handicap.
- Loi n° 91-663 du 13.7.1991 portant diverses mesures destinées à favoriser l'accessibilité des locaux d'habitation, des lieux de travail et des installations recevant du public.
- Loi n° 91-748 du 31.7.1991 portant réforme hospitalière.

Décrets

- Décret n° 46-2698 du 26.11.1946 portant modalités d'application de l'ordonnance n° 45-2407 du 18.10.1945 relative à la visite médicale d'incorporation scolaire.
- Décret n° 75-1166 du 15.12.1975 portant application de l'article 6 de la loi n° 75-534 du 30.6.1975 d'orientation en faveur des handicapés.
- Décret n° 76-389 du 15.4.1976 complétant le décret n° 56-284 du 9.3.1956 modifié fixant les conditions techniques d'agrément des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux par l'annexe XXXII bis concernant les conditions techniques d'agrément des centres d'action médico-sociale précoce.
- Décret n° 85-516 du 13.5.1985 portant intégration des infirmiers et infirmières et des assistantes et assistantes de service social du service de santé scolaire dans les corps correspondant relevant du ministère de l'Éducation nationale.
- Décret du 14.3.1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique.
- Décret n° 89-798 du 27.11.1989 remplaçant les annexes XXIV, XXIV bis et XXIV ter du décret du 9.3.1956 modifié fixant les conditions techniques d'agrément des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux, par trois annexes concernant, la première, les conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents présentant des déficiences intellectuelles ou inadaptés, la deuxième, les conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents présentant une difficulté motrice, la troisième, les conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents handicapés.

- Décret n° 90-788 du 6.9.1990 relatif à l'organisation et au fonctionnement des écoles maternelles et élémentaires.
- Décret du 31.12.1991 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaire.

Arrêtés

- Arrêté du 7.7.1957 fixant les conditions d'installation et de fonctionnement des établissements recevant des mineurs bénéficiaires du chapitre VI du titre III du Code de la famille et de l'aide sociale.
- Arrêté du 14.3.1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement.
- Arrêté du 11.2.1991 relatif aux indices de besoins concernant les équipements psychiatriques.
- Arrêté du 31.3.1992 portant définition du contenu obligatoire des schémas régionaux d'organisation sanitaire.

Circulaires

- Circulaire du 13.9.1961 concernant l'hospitalisation des enfants de moins de seize ans à l'hôpital psychiatrique.
- Circulaire n° 443 du 16.3.1972 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et adolescents.
- Circulaire du 9.5.1974 relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique infanto-juvénile.
- Circulaire n° 82-2 et n° 82-048 du 29.1.1982 relative à la mise en œuvre d'une politique d'intégration en faveur des enfants et adolescents handicapés.
- Circulaire n° 10-82/S et 82/256/EN du 15.6.1982 relative aux orientations et au fonctionnement du service de santé scolaire.
- Circulaire n° 83-4 du 29.1.1983 relative à la mise en place d'actions de soutien et de soins spécialisés en vue de l'intégration dans les établissements scolaires ordinaires des enfants et adolescents handicapés ou en difficulté en raison d'une maladie, de troubles de la personnalité ou de troubles graves du comportement.
- Circulaire du 29.11.1985 relative à la sensibilisation des personnels de maternité à l'accueil des enfants nés avec un handicap et de leur famille.
- Circulaire du 16.3.1988 relative à l'amélioration des conditions d'hospitalisation des adolescents.
- Circulaire du 14.3.1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale.
- Circulaire du 30.7.1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques.
- Circulaire n° 70 du 11.12.1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents.

Ordonnance

- Ordonnance n° 82-270 du 26.3.1982 relative à l'abaissement de l'âge de la retraite des assurés du régime général et du régime des assurances sociales agricoles.

glossaire des principaux termes techniques

Adaptation. – En matière de handicapologie, l'adaptation est définie comme un changement d'état relevant d'une technique.

Amendement Creton (art. 22, loi du 13.1.1989). – Amendement de la loi du 30.6.1975, obtenu grâce aux efforts de Michel Creton, dont la conséquence est de légaliser le maintien des personnes en situation de handicap, au-delà de l'âge de vingt ans, dans des établissements relevant de l'éducation spéciale. Une décision conjointe de la CDES et de la COTOREP est nécessaire pour officialiser ce maintien. Le principal argument anti-psychiatrique, à l'époque, était que l'engorgement des places en centres d'aide par le travail, ateliers protégés, etc., risquait d'obliger les familles des jeunes adultes handicapés mentaux à n'avoir pour seule solution d'attente que l'hospitalisation en service de psychiatrie, avec toutes les conséquences que cela pouvait comporter. Le recul donné par les années montre justement qu'au contraire, de nombreux adultes jeunes handicapés mentaux souffrent de sédimenter pendant des années dans des établissements initialement prévus pour des adolescents. Il aurait peut-être mieux valu augmenter le nombre de places en établissements pour adultes, réellement adaptés en vue d'une réinsertion sociale, et non orientés vers un souci capitaliste de rentabilité toujours accrue du travail fourni...

Autisme. – Ensemble de troubles graves, dont la prévalence varie, selon les auteurs, entre 4 à 10 pour 10 000 (soit environ 10 000 mineurs, en France), et qui se caractérise généralement par une série de dysfonctionnements psychoaffectifs et relationnels précoces (avant l'âge de 3 ans).

Déficiência. – Atteinte d'organe ou de fonction, responsable d'une gêne fonctionnelle. On parlera par exemple de déficiencia auditive. Le terme est souvent confondu, à tort, avec celui de handicap (lequel exprime ici la conséquence sociale de la déficiencia).

Désavantage social. – Expression galvaudée signifiant en général la restriction au libre exercice des rôles sociaux.

Handicap. – Pour de nombreux auteurs, francophones en particulier, le handicap représente l'ensemble des déficiencias, des incapacités et des désavantages sociaux. Il peut également représenter l'ensemble des difficultés personnelles, et venant de son propre fait, qu'éprouve un individu dans sa relation à la société.

Handicapologie. – Étude scientifique des handicaps.

Inadaptation. – François Bloch-Lainé (1969) définit les personnes inadaptées comme étant des enfants, des adolescents ou des adultes qui, pour des raisons plus ou moins graves, éprouvent des difficultés plus ou moins grandes à être et à agir comme les autres.

Incapacité. – Limitation d'activités rudimentaires de la quotidienneté. On parlera par exemple d'incapacité locomotrice. Le terme est trop souvent confondu avec celui de handicap, lequel désigne le cortège de conséquences sociales de l'incapacité.

Infirmes, infirmité. – Le terme de « infirmes » a été remplacé par celui de handicapé par la loi n° 57-1223 du 23.11.1957 ; dorénavant, il existe un droit au travail pour tous les travailleurs handicapés en état d'exercer une profession. La loi du 31.7.1963 relative aux « mineurs infirmes » fait référence, et inaugure une ère nouvelle, celle de la réadaptation, qui dépasse la dichotomie simpliste entre le curable et l'incurable.

Insertion. – En matière de handicapologie, l'insertion désigne une dynamique qui mobilise une politique, celle de conduire des individus aux potentialités différentes à s'accepter les uns les autres tels quels, sans s'agresser et avec le maximum de respect mutuel possible.

Lieu de vie. – « Structure d'accueil non traditionnelle », selon la terminologie consacrée, souvent installée en zone rurale, recevant quelques mineurs, ou majeurs, encadrés par un petit collectif thérapeutique de personnes fortement engagées dans l'action alternative à l'hospitalisation psychiatrique.

Minimum de ressources insaisissable. – Montant minimum de ressources laissé à un salarié dont la rémunération fait l'objet d'une saisie. Cette somme représente le montant du RMI pour une personne seule, sans majoration pour charge de famille (soit 2 374,50 F/mois au 1.1.1996).

Orthèse. – Appareil destiné à prévenir ou corriger des déformations ou suppléer des déficits fonctionnels articulaires.

Polyhandicap. – Situation d'un sujet présentant simultanément plusieurs handicaps. On parlera également de personne multihandicapée. La circulaire n° 86-13 du 6.3.1986 relative à l'accueil des enfants et des adolescents présentant des handicaps associés indique que le polyhandicap chez l'enfant correspond à un handicap grave, à expression multiple, chez lesquels la déficience mentale sévère est associée à des troubles moteurs, entraînant une restriction extrême de l'autonomie. Toutefois, il convient de différencier, avec E. Zucman et J. Spinga, les personnes ayant une expression multiple d'une même infirmité de celles présentant une association circonstancielle de handicaps par ailleurs indépendants les uns des autres.

Prothèse. – Appareil destiné à remplacer un organe ou un membre fonctionnellement déficients, en tout ou partie, en rendant les mêmes services, autant que faire se peut.

quelques conseils pratiques

Destinés aux non-professionnels, c'est-à-dire ici aux personnes handicapées elles-mêmes ou à leur entourage, ces conseils devraient guider toutes celles et ceux qui éprouvent des difficultés à se repérer dans des démarches médico-légales et administratives complexes, pourtant nécessaires pour obtenir le statut de « personne handicapée », ainsi que les prestations qui lui sont liées. Nous allons donc procéder ici de manière didactique, pas à pas, en fonction des principales questions qui peuvent se poser en pratique.

De quel type de handicap s'agit-il ?

Il est ici question de « handicap mental » évidemment, encore que, nous l'avons vu, il n'existe pas de définition précise de cette expression (nous renvoyons ici le lecteur au chapitre I).

Qui peut donc déterminer la nature du handicap dont il s'agit ? La réponse est simple : il existe deux commissions spécialisées compétentes, qui sont :

- pour les mineurs : les CDES,
- pour les majeurs : les COTOREP.

Il existe une CDES et une COTOREP par département, en général dans la ville où siège la préfecture, et c'est là, ou à la mairie, que l'on peut s'en procurer l'adresse (ou tout simplement dans l'annuaire téléphonique). Le mieux est alors de demander un rendez-vous au secrétariat de la commission technique intéressée, et de se faire expliquer les démarches nécessaires à la constitution d'un futur dossier.

Il est également possible d'avoir recours aux services d'une association (cf. chap. IX), mais il se peut qu'à ce stade du parcours, la personne en situation de handicap, ou ses proches, ne sachent pas exactement de quel type de handicap il s'agit, ou hésitent à contacter d'emblée un organisme associatif qui pourrait leur apparaître comme stigmatisant en quelque sorte leur entrée « officielle » dans un domaine qu'ils découvrent avec appréhension.

Des voies de recours sont possibles pour les familles qui contestent les décisions de la CDES ou de la COTOREP (cf. chapitres correspondants), mais le conseil d'un médecin, de préférence psychiatre, est recommandé pour mener à bien la démarche, ou tout au moins pour envisager les orientations possibles en fonction du handicap présenté.

Il faut savoir que, depuis quelques années, les places dites « alternatives à l'hospitalisation psychiatrique » se font de plus en plus rares ; les centres d'aide par le travail, par exemple, ont maintenant tendance à placer très haut la barre d'admission des patients, exigeant à la fois l'absence de trouble du comportement et l'existence de potentialités productives individuelles importantes.

Quels médecins contacter en pratique ?

La personne en situation de handicap a bien sûr le libre choix de son médecin traitant, qu'il soit d'exercice public ou privé. Pour un enfant, un

médecin exerçant dans un centre de PMI ou consultant dans un CMP aura un avis relativement « neutre », impartial, et pourra au besoin recevoir en consultation plusieurs membres de la famille pour avoir une vision d'ensemble du problème. Pour un adulte, le mieux est de rencontrer un praticien hospitalier exerçant en CMP. Le médecin généraliste peut également conseiller dans les démarches concrètes à effectuer. Le médecin du travail peut également utilement conseiller le travailleur handicapé en entreprise.

Tous ces praticiens sont de toutes façons tenus au secret professionnel et ne risqueront pas de divulguer à des tiers des informations confidentielles.

Comment déterminer le barème d'invalidité?

Il s'agit d'une question que se posent effectivement de nombreuses personnes percevant des prestations qu'elles estiment insuffisantes. La détermination du barème exact, du taux d'invalidité, de la consolidation, ou de tout autre évaluation médico-légale, ne peut légalement être que l'œuvre d'experts, qu'il n'est en général pas possible de joindre directement et qui, de toutes façons, de s'expliquent pas sur leurs conclusions. Tout au plus peut-on se procurer le « *Guide-Barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées* » auprès du CTNERHI (236 bis rue de Tolbiac, 75013 Paris), document pouvant donner une idée de la démarche barémologique en psychiatrie, mais document complexe pour un non initié.

Comment se faire aider pour gérer ses revenus?

La loi du 3.1.1968 envisage l'aide des personnes handicapées, par des tierces personnes dignes de confiance qui gèrent leurs biens à leur place, après décision du juge des tutelles (cf. chap. 7). Le conseil d'une assistante sociale est ici précieux pour indiquer la marche à suivre, et surtout expliquer les différences, aux conséquences pratiques très importantes, entre les différentes mesures de protection (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle).

Quelques modèles de correspondance administrative

Pour obtenir directement un rendez-vous avec un secrétaire de CDES ou de COTOREP, ou un médecin, il est préférable de téléphoner.

Pour solliciter une demande d'AES, il est possible de tourner la lettre au Directeur de la CDES de la façon suivante : « *Monsieur le Directeur, nous vous écrivons à propos de notre enfant (nom, prénom, sexe, âge, adresse, suivi par...) qui présente un handicap mental. Nous voudrions recevoir les formulaires à remplir pour obtenir le versement de l'allocation d'éducation spéciale. Nous restons à votre disposition pour toute information utile. Nous vous remercions d'avance, et vous prions de bien vouloir agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de nos meilleures salutations.* »

Pour solliciter une demande d'AAH, il est possible d'écrire ceci au Directeur de la COTOREP : « *Monsieur le Directeur, je vous écris pour solliciter l'attribution d'une allocation pour adulte handicapé, étant actuellement suivi par... Je reste à votre disposition, et vous remercie d'avance de bien vouloir m'indiquer la marche à suivre. Dans l'attente de votre réponse, je vous prie de bien vouloir agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes respectueuses salutations.* »

index alphabétique des matières

A

- AAH (allocation aux adultes handicapés), 143
- ACFP (allocation compensatrice pour frais professionnels), 149
- ACTP (allocation compensatrice pour tierce personne), 147
- AES (allocation d'éducation spéciale), 141
- AFASER (association des familles et amis pour l'accueil, les soutiens, l'éducation et la recherche en faveur des personnes handicapées mentales), 207
- AGEFIPH (association nationale pour la gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des handicapés), 74, 85, 208
- Aide ménagère, 150
- Aide sociale, 136
 - à l'enfance, 45
- AL (allocation logement), 139
- ALCF (allocation de logement à caractère familial), 139, 140
- ALCS (allocation de logement à caractère social), 139
- Aliénation, 177
- Allocation compensatrice, 137
 - différentielle, 137, 150
- Amendement Creton, 38
- Année internationale des personnes handicapées, 9
- AP, 76
- APAJH (association pour adultes et jeunes handicapés), 206
- APART (association de promotion des appartements et rencontres thérapeutiques), 205
- APF (association des paralysés de France), 56
- APL (aide personnalisée au logement), 138

- Appareillages, 133
- Apprentissage, 40
- Assistance aux mineurs handicapés, 27
- Association pour adultes et jeunes handicapés, 206
- Assurance maladie, 131
 - vieillesse, 135
- AVTS (allocation aux vieux travailleurs salariés), 144

B

- Barème(s), 178
 - d'évaluation des incapacités psychiatriques, 196
 - fonctionnel indicatif des incapacités en droit commun, 197
 - légaux, 183
- Barémologie, 177
- Bénéfices secondaires, 9

C

- CA (complément d'autonomie), 146
- CAMSP (centres d'action médico-sociale précoce), 55
- CAT (centre d'aide par le travail), 76, 126
- CATTP (centres d'accueil et de traitement à temps partiel), 42
- CCPE (commission de circonscription d'enseignement préscolaire et élémentaire), 34
- CCSD (commission de circonscription d'enseignement du second degré), 35
- CDES (commission départementale de l'éducation spéciale), 30
- CDTD (centre de distribution de travail à domicile), 76
- Centre(s) de consultation, 42
 - médico-psycho-pédagogiques, 22, 42
 - national d'enseignement à distance, 56

Centre(s) technique national d'études et de recherche, 206
 CESAP (comité d'études et des soins aux polyhandicapés), 205
 Chantiers école, 56
 CI (carte d'invalidité), 77
 CIDIH (classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps), 10, 11
 Classes d'intégration scolaire, 49, 50
 — de perfectionnement, 45
 CNIAE (conseil national de l'insertion par l'activité économique), 56
 Commissions de circonscription, 34
 Compétence territoriale, 72
 Contrat initiative-emploi, 99
 COTOREP (commission technique d'orientation et de reclassement professionnel), 32, 58, 66
 — composition, 67
 Croix-Rouge, 19
 Culturalisme, 22
 Curatelle, 157, 161
 — étendue, 164
 — restreinte, 164

D

DATAR, 63
 DDTMo (directeur départemental du Travail et de la main d'œuvre), 73
 Décentralisation, 86
 Déficience, 11
 Droits des patients hospitalisés, 154

E

Éducation surveillée, 45
 Éducatisme, 56
 Enfance handicapée, 9
 EPSR (équipe de préparation et de suite du reclassement), 74
 EPSR (équipes de préparation et de suite du reclassement professionnel), 100
 EPSR (équipes de préparation et de suite pour le reclassement des handicapés), 70
 Équipe pédagogique, 52
 EREA (établissements régionaux d'enseignement adapté), 55
 Établissements médico-éducatifs, 43
 Établissements régionaux d'enseignement adapté, 44

Évaluation médico-légale, 174
 Exclusion, 177
 — en milieu rural, 63
 — sociale des malades mentaux, 60

F

FNS (fond national de solidarité), 144
 Fondation santé des étudiants de France, 56
 Formation professionnelle, 92
 Foyers à double tarification, 80
 — d'hébergement, 88
 — simple non médicalisés, 81
 — occupationnels pour handicapés, 81

G

GIHP (groupement pour l'insertion des handicapés physiques), 56
 GIRPEH (groupements interprofessionnels régionaux pour la promotion de l'emploi des handicapés), 207
 Grand invalide civil, 23
 — de guerre, 23

H

Handicap mental, 9
 — — définition, 8
 — social, 21
 Handicapologie, 10, 17
 Handisport, 10
 HDT (hospitalisation sur demande d'un tiers), 153
 Hébergement, 87
 HO (hospitalisation d'office), 153
 Hôpitaux de jour, 42

I

Inadaptation, 177
 — sociale, 29
 Incapacité, 11
 Indemnisation, 188
 Indemnités journalières, 132
 Insertion, 12
 — professionnelle, 90, 97
 Inspecteur de l'Éducation nationale, 52
 Institutions pour mineurs handicapés mentaux, 37
 Instituts médico-éducatifs, 46
 Intégration, 12
 Intégration scolaire, 46

Intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile, 204

L

LEA (lycées d'enseignement adapté), 44
Législation, 14
— du handicap mental, 17
Lieux de vie, 83
Logement, 138
Loi Huriet, 152

M

Maintien à domicile, 87
MAS (maisons d'accueil spécialisées), 76, 78, 79
Mineurs autistes, 45

O

Obligations médico-légales, 102
OHE (opération handicap emploi), 208
OIP (organisme d'insertion professionnelle), 74

P

Pacte de relance pour la ville, 64
Paiement du forfait journalier, 134
PAIO (permanences d'accueil, d'information et d'orientation), 36
Placement familial pour adultes handicapés, 81
PMI (protection maternelle et infantile), 204
PNIU (programme national d'intégration urbaine), 64
Politichiatrie, 23
Polyhandicap, 9
Prêt à taux zéro, 138
Prévalence des handicaps, 86
Prévention, 36
Protection judiciaire de la jeunesse, 45
— juridique, 151
— maternelle et infantile, 32, 45
Psychiatrie infanto-juvénile, 46
Psychosyndrome traumatique, 184

Q

Qualité de vie, 12

R

Rapport Bloch-Lainé, 25
Réadaptation médicale, 17
Régimes d'assurance, 130
Règle de Balthazar, 195
Remboursement des frais de soins, 133
Réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté, 55
RMI, 143

S

Saisine de la commission, 72
Santé scolaire, 45
Sauvegarde de justice, 157
Secret professionnel, 72, 104
Secteur, 201
— de psychiatrie infanto-juvénile, 41, 53
Services d'AEMO, 45
— d'éducation spéciale et de soins à domicile, 44
SES (sections d'éducation spécialisée), 55
SESSAD (services d'éducation spéciale et de soins à domicile), 55
Sinistrose, 198
Situation de handicap, 12

T

Taux d'invalidité, 77
Télé-enseignement universitaire, 56
Temps partiel thérapeutique, 106
Tierce personne, 78
Tradition charitable, 18
Tutelle, 157, 165

U

UNAFAM (union nationale des amis et familles de malades mentaux), 204, 206
UNAPEI (union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés), 207
UNMLR (union nationale des missions locales rurales), 63

V

VIH, 194
Visite d'embauche, 102
— médicales périodiques, 103
— de pré-reprise, 103
— de reprise du travail, 103

COLLECTION

MÉDECINE ET PSYCHOTHÉRAPIE

- Abord psychosomatique des traumatisés crâniens**, par G. Ferrey.
- Activités d'enseignement pour enfants autistes**, sous la direction de E. Schopler, M. Lansing et L. Waters.
- Adolescences et dépressions**, par D. Marcelli et coll.
- Anorexie mentale et boulimie. Le poids des facteurs socioculturels**, par A. Guillemot et M. Laxenaire.
- Anthropologie psychiatrique. Études cliniques**, par J. Guyotat.
- Biofeedback: principes et applications. Potentiels de la rétroaction biologique**, par A. Rémond et A. Rémond.
- Choix de textes de Freud**, textes rassemblés par M.-T. Laveysièrre.
- Deuils et endeuillés**, par A. de Broca.
- Dépendance et conduites de dépendance**, sous la direction de D. Bailly et J.-L. Venisse.
- Diagnostic structurel chez l'enfant**, par F. Palacio-Espasa, R. Dufour.
- Dictionnaire taxinomique de psychiatrie**, par J. Garrabé.
- Dire: entre corps et langage. Autour de la clinique de l'enfant et de l'adolescent**, par B. Golse et B. Bursztejn.
- Échelles d'évaluation des états d'anxiété, de dépression, de manie, de schizophrénie. Correspondance avec les syndromes du DSM III**, par P. Bech, M. Kastrup et O.J. Rafaelsen.
- Facteurs humains et situations extrêmes**, par J. Rivolier.
- Gynécologie psychosomatique**, par R. Géraud.
- Initiation à la psychiatrie**, par L. Israël.
- L'angoisse de séparation**, par D. Bailly.
- L'approche thérapeutique de la famille**, par G. Salem.
- L'autisme de l'enfant**, par G. Lelord et D. Sauvage.
- L'ennui ou la douleur du temps**, par M. Huguet.
- L'état dangereux. Aspects sémiologiques et légaux**, par L.-P. Roure.
- L'expérience hallucinogène**, par J.-P. Valla.
- L'hystérie aujourd'hui**, par M. Escande.
- L'hystérique, le sexe et le médecin**, par L. Israël.
- La crise du milieu de la vie. Aspects psychopathologiques**, par M. Millet.
- La dépression. Études**, sous la direction de A. Féline, P. Hardy et M. de Bonis.
- La nourriture, la société et le médecin**, par M. Laxenaire.
- La place des parents dans la consultation pédopsychiatrique de l'enfant et de l'adolescent**, par M. Sanchez-Cardenas.
- La pratique de l'électroconvulsivothérapie. Recommandations pour l'utilisation thérapeutique**, par l'*American Psychiatric Association*.
- La psychologie d'Adler. Théorie et applications**, par H. Schaffer.
- La schizophrénie. Recherches actuelles et perspectives**, par J. Dalery et T. d'Amato.
- La thérapie psychomotrice**, par J. Richard et L. Rubio.
- Le comportement boulimique**, par M. Sanchez-Cardenas.
- Le couple malade**, par G. Maurey.
- Le déprimé et son lithium**, par H. Lôo, J.-P. Olié et C. Gay.
- Le développement affectif et intellectuel de l'enfant**, sous la direction de B. Golse.

COLLECTION

MÉDECINE ET PSYCHOTHÉRAPIE

- Le rêve et ses fonctions**, par J. Picat.
- Les états anxieux de l'enfant**, par I. Jalenques, C. Lachal et A.-J. Coudert.
- Les hallucinations**, par G. Lanteri Laura.
- Les hallucinations**, par G. Lazorthes
- Les incendiaires**, de M. Laxenaire et F. Kuntzburger.
- Les personnalités pathologiques. Approche cognitive et thérapeutique**, par Q. Debray et D. Nollet.
- Les phobies sociales**, par D. Servant et Ph.-J. Parquet.
- Les tentatives de suicide des adolescents**, par F. Ladame.
- Les thérapies comportementales et cognitives**, par J. Cottraux.
- Les thérapies cognitives des troubles de la personnalité**, par I.M. Blackburn et J. Cottraux.
- Les troubles bipolaires de l'humeur**, de M.L. Bourgeois et H. Verdoux.
- Logique du délire**, par J.-Cl. Maleval.
- Mensonge et simulation. Aspects psychiatriques et criminologiques de la sincérité**, par L.-P. Roure.
- Penser, parler, représenter : émergences chez l'enfant**, par B. Golse et B. Bursztejn.
- Pratique des traitements à la méthadone**, par G. Bertschy.
- Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie**, par M. Bouvard et J. Cottraux.
- Psychanalyse et psychopharmacologie. Essai de compréhension psychodynamique des effets des psychotropes dans les psychoses chroniques**, par P.A. Lambert.
- Psychiatrie d'urgence. Médecine de la crise**, sous la direction de M. Debout.
- Psychiatrie de liaison. Consultation psychiatrique à l'hôpital général**, par R. Zumbunnen.
- Psychiatrie et handicap**, par T. Albernhe.
- Psychogérontologie**, par J. Richard et E. Dirx.
- Psycho-oncologie**, par D. Razavi et N. Delvaux.
- Psychoses et autisme de l'enfant. Clinique et traitement**, par R. de Villard.
- « Psychosomatique » et médecine comportementale. Études de cas**, par J. Cottraux.
- Psychothérapie cognitive des psychoses chroniques**, par O. Chambon et M. Marie-Cardine.
- Psychothérapies médicales**, sous la direction de J. Guyotat.
- Tome 1.** — Aspects théoriques, techniques et de formation.
- Tome 2.** — Situations de pratique médicale.
- Stratégies éducatives de l'autisme et des autres troubles du développement**, par E. Schopler, R. Jay Reichler et M. Lansing.
- Stress, anxiété et pathologies médicales**, sous la direction de D. Servant et P.J. Parquet.
- Stress et cardiologie**, par O. Fontaine, H. Kulbertus et A.-M. Étienne.
- Thérapie cognitive de la dépression**, par I.M. Blackburn et J. Cottraux.
- Thérapies cognitives des troubles de la personnalité**, par J. Cottraux et I.M. Blackburn.
- Thérapies cognitivo-comportementales en psychiatrie infanto-juvénile**, par L. Vera et J. Leveau.
- Thérapies comportementales en psychiatrie**, par J. Leveau, E. Griez et J.-B. Mazel.
- Traitement comportemental et cognitif des difficultés sexuelles**, par F.-X. Poudat et J. Jarrousse.
- Troubles sexuels masculins, en consultation de psychologie médicale**, par J. Tignol.

