PRATIQUE & RECHERCHES

N°1

Bulletin de l'Association Croix-marine de Basse-Normandie

25f

Sommaire

Editorial ..... p. 3
L'hôpital de jour rural — CHS de Picauville ..... p. 5
La ferme thérapeutique de May-sur-Orne — CHS de Caen ..... p. 15
Le Centre technique agricole — CHS de Pontorson ..... p. 21
Page carrefour ..... p. 25

L'ASSOCIATION CROIXMARINE D'AIDE A LA SANTE MENTALE DE BASSE NORMANDIE
(extrait des statuts)

Article 2

Cette association a pour but de susciter et développer :
- les rencontres interprofessionnelles et pluridisciplinaires et la coopération entre tous les acteurs oeuvrant dans le champ de la santé mentale ;
- toutes les réalisations pratiques améliorant les systèmes de soins, de réinsertion, d'intégration aux malades et handicapés mentaux de tous âges, dans le refus des actions ségrégatives ;
- la circulation des échanges et des informations, la recherche, la formation, la vie associative dans le domaine de la santé mentale.

Article 3

Cette association a une vocation régionale en basse Normandie.

Siège social URIOPS : 1, place Villers, 14000 Caen.
Présidence et secrétariat : 121, rue d'Auge, 14300 Caen — Tél. : 31.34.65.43

Traitement de texte : ACT Texte — Caen — Tél. : 31.93.43.04.
Couverture et illustration : Philippe JAFFRE — Caen — Tél. : 31.50.01.54

Editorial

Pratique et Recherches : un titre doublement provocateur.

Pratique est écrit au singulier, et pourtant nous prétendons être le lieu carrefour des pratiques en santé mentale.

Certes, certes, cela est vrai, et en même temps, est-ce que nous ne revendiquons pas d'abord que LA PRATIQUE, c'est justement cela qui nous unit ? Issus du privé associatif ou du secteur public, professionnels ou acteurs pour des raisons personnelles, agissant auprès d'enfants comme auprès d'adultes, tous les participants à nos rencontres sont des des hommes et des femmes de terrain, des hommes et des femmes qui s'engagent. Cette journée rencontre, peut être encore plus que les autres, porte les marques de cet engagement.

Recherches est écrit au pluriel, et pourtant, nous prétendons être guidés par l'esprit de recherche, être un outil de recherche et d'étude.

Certes, certes, cela est vrai, et en même temps, est-ce que nous ne revendiquons pas d'abord LA RIGUEUR DE L'HONNETETE, et c'est cela qui exige la diversité. Ces mots, aujourd'hui, font ringard. Pourtant, ce sont les seuls qui permettent une pensée qui parte de l'expérience, qui parte du vécu humain, qui réfute le dogmatisme.

De ce doute naissent les tâtonnements, les recherches. Cela n'empêche pas à cette pensée d'être profonde. Ce qui s'exprime dans ces textes et dans les interventions qui suivront est marqué du sceau de l'authenticité, personnalisé, varié. Mais l'on peut aller plus loin.

Il y a dans ces textes une volonté de mettre en forme, une volonté théorique et l'on s'aperçoit bien vite que les modèles théoriques eux-mêmes sont fort variés. Or, il ressort de cette confrontation théorique, bien autre chose que cette diversité consensuelle molle qui règne dans certaines universités. **Cette plurivocité est toujours dans l'attente d'une meilleure compréhension des phénomènes humains**. Elle est toujours tendue dans l'écoute de l'autre et dans une volonté de modestie personnelle.

« La théorie c'est bien beau, c'est nécessaire, mais ça n'empêche pas d'exister. »

Le lecteur sera frappé par le caractère relativement brut des documents. Ceci est volontaire. Ces textes sont le support des exposés à nos rencontres, c'est ce qui leur donne parfois ce style télégraphique.

En les publiant, nous ne souhaitons pas substituer la revue au caractère ineffable des rencontres à ce « quelque chose » qui fait dans la rencontre, dans le fait d'« être ensemble », d'échanger.

Nous dotons simplement notre « auberge espagnole » d'un nouvel outil qui suscitera de nouvelles présences.

Enfin, nous ouvrons une page carrefour, page réservée pour ces informations, souvent « petites » et toujours si riches d'occasions : information sur ce que l'on fait (en quelques lignes), demande de service, annonce de telle ou telle manifestation, voire petite annonce.

Le Président

C. DEUTSCH

L'hôpital de jour rural

CHS de Picauville (Manche)
Dr J.-F. GOLSE

L'hôpital de jour rural du CHS de Picauville a ouvert au milieu de l'année 1986 ; l'hôpital de jour rural, c'est à la fois :

- avant tout un hôpital de jour, c'est-à-dire une structure de soins fonctionnant dans le cadre horaire particulier de ce type de structure ;
- une ferme importante, ce qu'illustrent bien ces quelques éléments :
  . 70 hectares cultivés ;
  . un troupeau de plus de cent bovins ;
  . une porcherie ;
  . un élevage de poulets ;
  . une production maraîchère diversifiée ;
  . un chiffre d'affaires approchant les trois millions de francs lourds.
- Le tout animé par une équipe associant :
  . deux psychiatres présents chacun deux demi-journées par semaine ;
  . quatre infirmiers ;
  . un temps de psychologue et d'assistante sociale ;
  . sept moniteurs agricoles sans formation psychiatrique particulière ;
  . un directeur technique agricole.
- Un fonctionnement institutionnel avec :
  . des ateliers agricoles sur lesquels je reviendrai, mais aussi des ateliers mieux connus tels que atelier-dessin, atelier-photo, atelier-cuisine, groupe de parole, mais aussi relaxation ;
  . de nombreuses réunions :
    - une fois par semaine, une réunion associe l'ensemble du personnel,
    - une fois par mois, une réunion a lieu avec les équipes des trois secteurs de Picauville,
    - des réunions d'atelier ont lieu toutes les deux semaines, associant l'ensemble des patients d'un atelier, le ou les moniteurs de cet atelier, l'infirmier référent, le directeur technique et le psychiatre,
    - une fois par mois, se rencontrent les psychiatres responsables, le directeur technique et le responsable administratif.

Au total, ce sont ainsi dix-neuf réunions qui ont lieu chaque mois à l'hôpital de jour rural, chacune de ces réunions concernant des partenaires différents et ayant un rôle bien spécifique.

LES ATELIERS AGRICOLES

Les activités agricoles étant le support du soin, l'atelier en est la cellule de base. Avant d'entrer dans les détails de chacun de ces cinq ateliers, je voudrais en définir quelques caractères communs.

Chaque atelier propose, chacun avec ses caractères propres, une activité concrète dont l'utilité est directement perceptible, avec ses exigences et ses finalités. C'est ainsi, par exemple, que les animaux doivent être nourris, les vaches traites, les fruits cueillis, et ainsi de suite, ces tâches restant inscrites dans le vaste cycle naturel qui nous dépasse tous.

Ces activités nécessitent une certaine technicité, mais à des degrés très variables. Elles s'exercent en commun, inscrivant le patient dans un groupe, mais un groupe restreint, ce qui favorise la relation interpersonnelle. Un des objectifs, au travers de ces activités, est de favoriser la relation à l'autre et il convient à ce propos de souligner le rôle capital du moniteur qui :

- doit pouvoir mener progressivement un patient vers une activité grâce à la relation qu'il aura su établir avec lui ;
- mais aussi amener tel autre patient de l'activité à la relation humaine.

Le moniteur doit toujours garder présent à l'esprit cette dynamique relationnelle en même temps que, il ne faut pas l'oublier, les exigences agricoles. C'est un rôle très complexe ; il lui faut en effet sans cesse s'adapter à chaque patient sans perdre de vue et en ayant le souci de la tâche à accomplir. La traite, par exemple, ne peut être en aucun cas remise au lendemain. Mais ces contraintes semblent plutôt favoriser le processus thérapeutique que lui nuire, sous réserve évidemment de maintenir la production agricole dans les limites du raisonnable.

L'activité agricole est donc le support du soin, mais elle ne résume pas le soin qui ne prend son sens que par la manière dont cette activité agricole est utilisée.

Pour éclairer d'autres aspects du travail en atelier, il convient de se remémorer le concept d'**analogon** développé par Sivadon ; sous ce terme, Sivadon entend désigner une situation qui renvoie :

- à la fois à elle-même par son caractère concret et immédiat ;
- mais aussi, par analogie, d'où le nom d'analogon, à une situation antérieure vécue, ou fantasmée, et fortement investie par le sujet.

L'analogon est un médiateur symbolique qui doit être à la fois bien présent dans le réel, mais aussi fortement évocateur d'un autre objet, d'une autre situation, pour mobiliser sur lui-même une partie des affects du sujet.

Ce concept, d'une portée générale, me semble particulièrement riche dans le domaine agricole. C'est ainsi que les jeunes animaux renvoient aux situations infantiles, les vêlages à la naissance, la mort des animaux à celle de nos proches et à la nôtre.

Au-delà de la dimension relationnelle du soin évoquée plus haut, nous abordons d'une façon particulière mais privilégiée tout le domaine psychodynamique individuel.

Chaque atelier, pour peu qu'on y soit attentif, renvoie chaque patient, mais aussi chaque soignant à un certain nombre de thèmes privilégiés.

Je vais vous dire maintenant quelques mots de chaque atelier pour mieux vous les situer.

1) L'atelier jardin

C'est un peu notre unité d'entrée du fait de la présence quasi-permanente de deux moniteurs et de sa proximité du bâtiment médico-administratif. La production maraîchère, très diversifiée, compte une quinzaine de produits différents, de manière à multiplier les possibilités d'intérêt et d'accrochage.

La vie, la mort y sont évoquées, certes, mais sous une forme végétale, moins directe et moins éprouvante, mais tout de même perceptible. C'est ainsi que la salle de forçage des endives suscite un engouement particulier, les endives y poussent en trois semaines dans un jaillissement vital étonnant.

2) L'atelier bovin

Avec deux équipes ayant un horaire différent : 7 heures/14 heures et 11 heures/19 heures. Il existe une production laitière avec, comme pour toutes les exploitations agricoles, un quota laitier qui est pour nous de 260 000 litres et une production de viande avec un élevage de taurillons. Il faut souligner les contraintes particulières de cet atelier, avec notamment la traite qui doit être effectuée matin et soir, 365 jours par an. La relation permanente à l'animal est une caractéristique de cet atelier et certains points méritent d'être soulignés :

a — Il est d'observation courante de constater que la manière de se conduire avec l'animal modifie le comportement de celui-ci. Et je ne parle pas seulement des attitudes conscientes mais de tout ce qui se passe à notre insu dans le ton de la voix, le tonus de posture ou autre. La vache réagit à ces messages, et peut même en révéler l'existence et leurs différentes nuances.

Le troupeau laitier, dans son ensemble cette fois-ci, peut se montrer plus ou moins nerveux, et il existe des indicateurs de cette nervosité : une vache « insécurisée » peut taper et doit être entravée pour être traite, ou a tendance à « bouser » (le terme est dans le dictionnaire) plus que d'habitude (ce qui est à rapprocher de la diarrhée motrice des anxieux).

Il s'ensuit certaines observations intéressantes :

- Lors du début de l'hôpital de jour rural, il existait, de la façon la plus normale, une certaine inquiétude ; tout le monde tâtonnait un peu et l'organisation laissait à désirer. Durant cette période, lors de la traite, il fallait entraver une dizaine de bêtes ; après

réaménagement institutionnel, ce nombre est descendu en quelques jours à trois. La nervosité du troupeau, avec indicateurs précis et mesurables, est un bon témoin d'un malaise du groupe et peut le révéler.

- Sur le plan individuel, la même vache ou le troupeau dans son ensemble peut manifester, au fil des mois, une évolution comportementale à l'égard d'un même patient, accompagnant ainsi et objectivant une évolution de celle-ci. On comprend bien à quel point ceci peut être utilisé sur le plan des soins, mais il nous faudrait, pour en tirer vraiment parti, accroître nos moyens d'observation. C'est ainsi que l'utilisation de la vidéo en salle de traite pourrait être particulièrement précieuse, la salle de traite constitue en effet un endroit privilégié d'observation où l'on retrouve d'ailleurs les trois unités de théâtre classique : unité de temps, unité de lieu, unité d'action.

Tout ceci a peut-être l'air un peu tiré par les cheveux, mais il faut savoir que ce thème de réflexion intéresse actuellement un certain nombre de chercheurs en agronomie, à l'INRA et ailleurs, dans une optique différente puisqu'il s'agit pour eux d'optimiser la production animalière. Des chercheurs anglais ont montré que, toutes choses égales par ailleurs, la production en lait et en viande dépend de la qualité relationnelle de l'éleveur.

Le domaine de la relation à l'animal est d'une extrême richesse et ne me semble pas avoir été jusqu'ici suffisamment utilisée en psychiatrie.

b — La vache laitière renvoie à l'image de la mère nourricière.

c — Les vêlages renvoient inéluctablement à la naissance et les jeunes veaux sont une image des bébés. Quand une jeune fille, après un an à l'hôpital de jour, vient me demander de s'occuper des veaux, je constate aussitôt qu'elle s'intéresse aux bébés ; mais je garde cette réflexion pour moi.

d — La mort ; nous avons constaté à l'hôpital de jour rural que nous parlions beaucoup plus facilement des vaches que des taurillons. Ces animaux sont élevés uniquement pour donner de la viande et donc pour mourir. Ils nous confrontent à notre propre angoisse de mort, à cet inéluctable que nous fuyons plus ou moins.

Mais d'autres raisons éloignent de nous ces animaux ; ils sont élevés par lots de quinze et vivent en groupe ; il n'y a pas de relation individualisée avec eux, comme avec la vache laitière en salle de traite par exemple ; en fait, tout se passe comme si les impératifs techniques créaient les conditions particulières d'un anonymat de l'animal. Cela limite l'attachement à l'animal et la souffrance devant sa mort.

Mais je me demande si, derrière ces impératifs techniques, on ne peut pas justement voir à l'oeuvre ces impératifs affectifs qui contribuent à imposer des techniques « désanimalisantes » (déshumanisantes) pour limiter la souffrance humaine.

La mort est donc très présente et cet atelier peut être utilisé pour aborder ce thème. Car ces taurillons qu'on abat sont une voie d'accès au frère décédé, à l'enfance perdue, aux parents disparus, à la mort qui nous attend. Mais somme toute, et c'est là tout l'intérêt de l'analogon, il ne s'agit que de taurillons.

3) L'atelier porc-poulet

La mort est présente là aussi, mais il faut souligner l'image particulière du porc dans notre culture, le porc qui est le bon objet qui nourrit la ferme, mais aussi et surtout le mauvais objet paré de tous nos défauts ou de ce que l'on redoute en nous-mêmes. Un grand nombre d'expressions en témoignent : « un caractère de cochon », « un cochon sommeille en tout homme », « yeux de cochon », je laisse à chacun le soin d'en trouver d'autres. On y retrouve notamment les thèmes de la sexualité et de l'agressivité, de ces pulsions plus ou moins bien maîtrisées et intégrées qui inquiètent et font peur.

Ce porc mauvais objet est donc un objet de répulsion à des degrés divers et c'est lui, de tous les animaux, qui est le plus facilement en butte à l'hostilité. Mais cet animal persécuté devient facilement persécuteur par un mécanisme de retournement de l'agressivité ; c'est ainsi qu'il suscite souvent de la crainte, crainte souvent focalisée sur le risque de morsure ; qui est réel mais volontiers surévalué.

En contrepartie, l'impact de la mort est plus nuancée car le porc est aussi cette victime expiatoire, ce bouc émissaire que les anciens envoyaient mourir dans le désert, chargé de tous les péchés de la communauté.

Sur le plan concret, le même moniteur s'occupe des porcs et des poulets, les deux ateliers étant très proches l'un de l'autre. Je n'ai pas grand chose à dire des poulets dont l'introduction à l'hôpital de jour rural est récente sinon rappeler qu'ils se situent plus loin de nous dans la hiérarchie du monde vivant.

4) L'atelier entretien extérieur

Deux moniteurs s'en occupent ; les tâches sont diversifiées : labourage, récolte, entretien des champs et des haies, tronçonnage, débroussaillage, etc.

Ces activités nécessitent souvent l'utilisation d'engins puissants : tracteurs, débroussailleuse, tronçonneuse qui ne peuvent être confiés à tout le monde.

La puissance de ces engins n'est pas sans retentir sur l'image de l'atelier, lui conférant une certaine image de force et de virilité, avec une référence paternelle évidente. On souligne que, traditionnellement, ces tâches, dans le monde agricole, restent dévolues à l'homme.

5) L'atelier entretien intérieur

Ce n'est pas vraiment un atelier agricole, mais un atelier de base animé par une monitrice infirmière.

La cuisine est un lieu chaleureux, de passage quasi-obligé du fait de la disposition des lieux, un lieu de rencontre.

Cet atelier est de référence féminine et maternelle et contraste avec la référence paternelle de l'atelier entretien extérieur, et chacun de nous connaît cette chanson enfantine :

« Maman est en haut qui fait des gâteaux,
« Papa est en bas qui casse du bois. »

Il y aurait évidemment beaucoup à dire encore à propos de ces ateliers ; j'espère également que ce rapide survol vous aura permis de sentir la richesse de ces ateliers et combien ces activités ainsi pensées peuvent aider au processus thérapeutique. Aider, car ces activités, aussi riches soient-elles, ne suffisent pas en elles-mêmes au soin. Et c'est là qu'il nous reste beaucoup à faire et cela dans deux directions :

• Il serait très souhaitable que la plupart de ces patients puissent réutiliser toute la richesse de ce matériel dans une relation durable d'ordre psychothérapique et une fréquence d'entretien de l'ordre d'une fois par semaine ne paraît pas trop ambitieuse. Mais c'est impossible actuellement, le temps médical (ni le temps de psychologue) ne pouvant y suffire. Il s'agit là d'ailleurs d'un problème qui concerne la plupart des hôpitaux psychiatriques. Faut-il s'orienter vers la systématisation, au moins partielle, d'une délégation de cette fonction aux infirmiers, sous contrôle, au sens analytique du terme,

du psychiatre ou psychologue ? C'est toute la question du statut de l'infirmier psychiatrique qui est ainsi posée.

• Cela dit, certains patients n'ont pas les capacités de verbalisation qui leur permettraient de tirer pleinement profit de cette méthode, ce qui ne veut pas dire qu'il faille s'en dispenser. Est-ce à dire que nous sommes réduits à l'impuissance ? Non, car je pense que le travail d'approfondissement, de réflexion, d'élaboration à propos de ces activités retentit de façon diffuse sur chacun de nos patients. L'équipe me semble fonctionner dans son ensemble comme un appareil à penser les pensées (Bion), tant au niveau individuel pour chacun des patients qu'à propos de l'activité en tant que telle. Et c'est le résultat de cette élaboration qui est transmise en permanence et par des canaux non verbaux le plus souvent à nos patients. Et ce sont là d'autres exigences de travail qui demandent ainsi du temps, mais moins que dans la démarche individuelle.

Je ne voudrais pas conclure sans au moins évoquer pèle-mêle un certain nombre de points, avec plus d'interrogation que de certitudes.

- Les indicateurs : l'hôpital de jour rural accueille principalement des patients ayant un long passé hospitalier. Plus de la moitié de nos patients (sur quarante places) ont plus de trois ans d'hôpital derrière eux ; pour certains, ce sont plus de dix années passées à l'hôpital. De ce fait, un certain nombre de patients sont à la fois en hôpital de jour à l'hôpital de jour rural et en hôpital de nuit au C.H.S. Cela dit, on constate qu'au cours du séjour à l'hôpital de jour rural, de nombreux patients ont pu quitter le C.H.S. pour aller vivre en appartement thérapeutique, en appartement associatif ou encore en logement individuel. L'hôpital de jour rural participe ainsi pleinement au travail de déchronicisation en cours.

Nous recevons ainsi des patients pour des courts séjours, au décours de la période aiguë.

Quant aux pathologies concernées, elles couvrent l'ensemble du champ de la pathologie psychiatrique dès lors qu'existe un minimum de stabilisation. L'hôpital de jour rural ne fonctionne donc pas, à quelques exception près, comme une unité d'entrée.

- L'hôpital de jour rural est intersectoriel, c'est-à-dire que, sous la responsabilité d'un seul secteur, pour des raisons de cohérence institutionnelle, il accueille des patients venant de trois secteurs du C.H.S. de Picauville. Très brièvement, on peut dire qu'il est prévu que chaque médecin de secteur qui nous adresse un patient reste le maître d'oeuvre du traitement dans sa globalité et dans sa trajectoire. Ceci a nécessité la mise en place d'un dispositif complexe mais qui reste insuffisant. Le souhait actuel serait de renforcer les liens avec les secteurs, le dispositif en place avec notamment la réunion mensuelle apparaissant progressivement comme trop léger.

Cette réflexion sur l'intersectorialité me semble, d'une façon plus générale, capitale pour l'avenir de la psychiatrie, car aucun secteur n'a les moyens à lui seul de proposer toute la gamme de structure qui est maintenant demandée et il nous faut inventer des modes de collaboration où l'on puisse être suffisamment à l'aise pour pouvoir déléguer certaines de nos fonctions sans avoir le sentiment d'un abandon. D'où la nécessité de poursuivre la réflexion institutionnelle dans ce domaine pour ne pas recourir systé-

matiquement à des intersecteurs qui me semblent une formule beaucoup trop lourde et rigide.

Je reviens au plan agricole pour souligner l'inscription de l'hôpital de jour rural dans le contexte agricole local. Les moyens de liaison sont nombreux et diversifiés, avec :

- de nombreux contacts avec le CASAM, coopérative agricole avec laquelle nous avons de nombreux échanges économiques ;
- un contrôleur laitier vient suivre le troupeau et prodiguer des conseils ;
- il en est de même pour les bêtes à viande ;
- une technicienne de la CASAM nous conseille pour les poulets ;
- l'hôpital de jour rural adhère au groupement de vulgarisation agricole ;
- les vétérinaires interviennent régulièrement ;
- les sorties d'atelier nous font visiter d'autres structures agricoles ou bien vendre des bêtes sur le marché ;
- les corvées d'ensilage réunissent les agriculteurs environnants, les moniteurs, certains patients et mobilisent une bonne partie de l'hôpital de jour rural ;
- enfin, notre directeur technique participe à une CUMA (association d'agriculteurs pour acheter en commun du gros matériel) dont il est un élément moteur. Certaines réunions ont eu lieu à l'hôpital de jour rural même.

Tout ceci contribue à décloisonner l'hôpital de jour rural et à le faire connaître et reconnaître.

Le pécule : il s'élève à 300 francs par mois. Il est de 200 francs à l'hôpital et il est question de le supprimer. On se demande s'il ne serait pas bon par la même occasion de le supprimer aussi à l'hôpital de jour rural. Ce serait une mesure radicale qui aurait le mérite de clarifier la situation.

En effet, le pécule est une survivance du passé où les patients n'avaient pas d'autres ressources, ce qui n'est plus le cas actuellement.

Et dans aucune autre discipline médicale on ne donne d'argent aux gens pour se soigner.

Le pécule, à l'origine du projet, devait s'élever progressivement jusqu'à 800 francs ; je l'ai bloqué rapidement à 300 francs, me rendant compte de l'aspect pervers d'un pécule élevé qui tirerait la structure vers un aspect C.A.T.

L'hôpital de jour rural est un hôpital et doit le rester.

Un pécule élevé augmente les bénéfices secondaires et me semble parallèlement diminuer la dimension thérapeutique avec pour corollaire l'inflation de la demande pour d'autres motifs que médicaux.

La réflexion se poursuit, mais la tendance actuelle va vers la suppression du pécule avec cependant certaines mesures d'accompagnement (prise en charge de sorties par exemple) pour tenir malgré tout compte du caractère particulier de l'hôpital de jour rural avec sa dimension productive.

Ce qui nous amène à la question économique avec deux manières de l'envisager :

- La critique nous a parfois été faite de gagner de l'argent avec le travail des malades ; d'une certaine façon, c'est complètement faux. Le chiffre d'affaires approche les trois millions de francs (ce ne sont évidemment que les « bénéfices », ce qui est tout autre chose) ; dans le monde rural actuelle, une entreprise agricole, pour un chiffre d'affaires analogue, emploie quatre ou peut-être cinq personnes ; ce qui revient à dire que la présence des malades, non seulement n'améliore pas le chiffre d'affaires, mais de plus nécessite une présence supplémentaire de personnel puisque le personnel agricole de l'hôpital de jour rural s'élève à huit personnes ; sous cet angle, la présence des malades diminue la productivité de l'entreprise.

- Mais il n'en demeure pas moins vrai que les patients fournissent une certaine quantité de travail, ce qui n'est pas contradictoire avec la démonstration précédente ; ceci vient du fait de la grande diversité des cultures. Une exploitation agricole normale aurait pour ce même chiffre d'affaires une activité beaucoup moins diversifiée. La présence des patients rend certaines cultures possibles, comme celle des fraises par exemple. Mais le caractère thérapeutique passe par là, à savoir une activité réelle qui ne soit pas un pâle faire semblant.

Il nous faut sans cesse garder l'équilibre entre ces deux analyses et ne pas basculer dans le sens d'une productivité trop importante (nous n'en sommes pas là), ni dans celui d'une activité trop faible pour être crédible (nous n'en sommes pas là non plus).

- Les sorties : depuis un peu plus de deux ans que nous fonctionnons, une quarantaine de patients sont sortis de l'hôpital de jour rural. Mais nous avons du mal à nous séparer de certains d'entre eux qui, il est vrai, ont le plus souvent dans ce cas dix ou vingt ans d'hôpital derrière eux. Ils ont suivi un long cheminement et ont considérablement progressé.

Jusqu'à quel point devons-nous poursuivre l'hospitalisation de jour ? C'est un débat qui concerne tous les hôpitaux de jour me semble-t-il. Nous en faisons certainement trop à certains moments.

Nous étudions en ce moment la possibilité de séjours chez des agriculteurs dans une perspective de découverte d'autres réalités et non dans une perspective de reclassement professionnel qui serait une vue trop étroite, trop partielle, ce qui, de plus, est manifestement irréaliste dans le contexte actuel.

En conclusion, des doutes, des interrogations, mais sur fond d'une certitude thérapeutique jamais définitive et toujours à conquérir. L'hôpital de jour rural doit continuer d'évoluer et pour cela réfléchir et se confronter à d'autres expériences, et c'est le mérite d'une réunion comme celle-ci que d'y contribuer.

La Ferme thérapeutique de May-sur-Orne (Calvados)

CHS Caen - Secteur Caen est
Service du Dr BLONDEL
Monique PILLET, Nicole LEFRANÇOIS,
Catherine GODEFROY, Philippe DEGOULET

Cette structure a vu le jour après un long travail de préparation, d'organisation et de réflexion de la part de l'équipe soignante d'un service de malades chroniques.

Elle a été ouverte en mars 1988.

HISTORIQUE

- Equipe habituée à la prise en charge d'entrants, avec pratiques extra-hospitalières (appartements thérapeutiques) et institutionnelles importantes.

- Mutation de cette équipe en 1984 dans un service de chroniques, dans des locaux vétustes, dont les pratiques de travail sont archaïques (exemple : douches collectives, repas bâclés, anonymat des vêtements, etc.). Certains soignants avaient déjà tenté de faire évoluer ces pratiques, mais se heurtaient à des oppositions farouches et largement majoritaires.

- L'arrivée de cette nouvelle équipe (douze personnes) a modifié l'organisation existante :

. réorganisation du quotidien (respect de l'individu) ;
. également du service (quarante patients) avec création d'un groupe « autonome », bénéficiant d'une prise en charge d'une individualisée basée sur l'acquisition de l'hygiène, etc.

Quelques difficultés persistèrent (locaux non adaptés et hétérogénéité de l'équipe dont les résistances furent continuelles).

- Changement de locaux en 1985, auquel s'est ajoutée une répartition sectorielle des patients dans un premier temps, puis l'apparition de la mixité.
Ce changement apportera un nouvel élan de dynamisme ; ce fut la constitution d'un groupe mixte de quinze patients (moyenne d'âge : 30-35 ans) avec des soignants référents (camps, activités, loisirs, etc.), des placements divers (familles d'accueil, CAT)

donnèrent peu de résultat (peu de places disponibles, manque d'information, niveau de certains patients). Ces échecs entraînèrent un sentiment d'asphyxie, malgré la découverte, au cours des camps, des potentiels « enfouis ».

- En 1987, l'équipe émit l'idée de créer un lieu proche de la nature permettant des activités diversifiées (élevage, potager). Cette idée fut cautionnée par les médecins, qui laissèrent alors toute liberté d'action à l'équipe soignante ; l'arrivée de trois nouveaux infirmiers intéressés par le projet confirma l'orientation prise.

• **Travail de réflexion** : la constitution d'un groupe de patients (vingt maximum), l'évaluation de chaque cas, les informations auprès des tuteurs, des familles, l'élaboration d'un projet.

• **Démarches administratives** : recherche de locaux (mairies, notaires, etc.).
Visites de fermes thérapeutiques existantes.
Recherches d'un budget, d'une subvention.
Appel aux aides privées (dons) : cent lettres ont été envoyées.

• **La constitution de l'équipe** : avant d'avoir trouvé les locaux, il nous fallait définir l'équipe qui y travaillerait dont l'objectif serait une prise en charge de jour.

Tous les soignants on pu s'inscrire dans ce projet (treize sur vingt-quatre, soit dix infirmiers et trois ASH). Sur les treize personnes inscrites, six ont été élues, d'où une grosse déception pour les rejetés. Ce vote fut suivi d'une période difficile à vivre, d'autant qu'il y avait un manque de soutien psychologique. En fait, dix personnes furent nommées par le médecin : un surveillant, huit infirmières, un ASH, puis, plus tard, un ergothérapeute, mais la prise en charge devait être totale en raison des problèmes d'effectifs dans l'intra-hospitalier.

L'équipe dut s'organiser en raison des problèmes d'effectifs, dans l'intra-hospitalier, pour la prise en charge du service et de la ferme de 7 heures à 21 heures 30.

L'ouverture de la ferme eut lieu en mars 1988, après les diverses démarches administratives, la direction de l'hôpital ayant décidé de payer la location.

PRESENTATION DE LA FERME - ACTIVITES - REALISATIONS

Il s'agit d'une habitation rurale dotée de dépendances et bâtiments agricoles, sur un terrain d'environ 1,5 hectares, située dans la commune de May-sur-Orne, à douze kilomètres du CHS.

L'association Entr'aide Caen-est a versé 15 000 francs pour l'équipement et le fonctionnement de la structure. Au départ, l'équipe prend en charge une dizaine de patients, transportés dans le bus de l'association, auquel s'ajoutent trois personnes hospitalisées de jour qui viennent avec les bus verts.

L'organisation des journées se fait en fonction d'un planning hebdomadaire proposé aux patients, qui inclut les tâches quotidiennes et les activités plus ponctuelles.

A l'ouverture, ce sont surtout des activités extérieures qui sont pratiquées : débroussaillage, réfection et création de clôtures, constitution d'une bergerie, d'un poulailler, etc.

Un mois plus tard, les animaux ont été achetés, des moutons (trois mères, six petits), cent vingt poulets, des dindes, des canards, des lapins.

Dans le même temps, intervient la création du potager (700 m^2) dans une partie du champ, mise en place d'une clôture, et gros travail de bêchage.

Toute la période d'été a été consacrée à l'entretien du jardin, au ramassage des récoltes, la préparation des commandes, l'organisation des livraisons, la préparation des affiches pour les ventes au personnel.

A l'automne, les activités ont été basées sur la préparation et la vente des volailles et la création d'une parcelle du champ destiné aux cultures fourragères.

Dans le même temps, ont débuté les travaux d'aménagement du rez-de-chaussée de la maison, notamment de la cuisine.

Parallèlement à ces activités, des loisirs se sont mis en place (cinéma, photos, gymnastique, sorties diverses) et un atelier de travaux manuels et de vannerie fonctionna dès le début.

L'EQUIPE

La période de mise en place a duré pendant six mois environ, au cours desquels l'équipe dut résoudre certains problèmes.

Il fallait organiser tout le travail à la ferme :
- planning des employés ;
- planning des malades ;
- travaux à entreprendre ;
- les tâches quotidiennes à organiser ;
- l'acceptation pour les soignants de travailler seuls dans le service le matin et le soir pour un groupe d'une quinzaine de patients.

Par ailleurs, le mode de prise en charge nouveau et les réactions diverses des patients nous ont amenés à nous interroger quant à l'attitude à adopter.

Dans le premier temps, dans la mesure de leurs capacités et de leurs aspirations, tous ont participé aux activités, de façon plus ou moins dynamique et continue. C'était un peu comme un camp.

Une partie du groupe s'est sentie valorisée par le fait qu'elle ait été incluse au projet, certains parce qu'ils ont pu montrer leurs capacités à effectuer un travail ou à aider à la construction d'abris indispensables pour les animaux.

Parallèlement, des malades, les femmes surtout, eurent des manifestations d'anxiété liées aux changements :
- nomination de l'équipe ferme ;

- inquiétudes par rapport à l'avenir (n'était-ce pas une étape vers autre chose ?) ;
- prise en charge plus intense ;
- activités demandées et obligations diverses.

Dans les mois qui suivirent, sont apparues des manifestations d'opposition liées à la participation aux tâches, mais aussi au fait de venir à la ferme.

Face à ces difficultés, l'équipe a commencé à s'interroger sur les objectifs de la ferme, voire à les reconsidérer :
- sur la façon de prendre en charge les malades (vers une autonomisation) ;
- l'aspect occupationnel ne prenait-il pas le pas sur l'aspect thérapeutique ?
- doit-il y avoir obligation de participer aux activités, tout en gardant la notion des impératifs ; soins aux animaux, livraison des commandes... ;
- devait-on imposer aux malades de venir ?
- les participants doivent-ils être gratifiés pour leurs efforts ?
- la ferme peut-elle devenir un lieu de résidence ?

L'équipe ne se donnait pas du temps pour réfléchir et prendre du recul, et demandait peu d'aide extérieure pour ce travail de réflexion.

En fin d'année, l'arrivée d'un médecin attitré a permis d'avoir une référence stable quant aux problèmes rencontrés avec les patients, d'organiser des réunions.

Chaque semaine, a lieu une synthèse avec le médecin référent, Madame Montaclair, et chaque mois une journée institutionnelle comprenant trois parties :
- réunion soignants-soignés ;
- analyse du fonctionnement et de la prise en charge avec le psychologue ;
- organisation de l'équipe.

Les difficultés rencontrées ont révélé les spécificités de chacun des soignants, et ont abouti à une meilleure acceptation des personnalités différentes.

L'EVOLUTION DES PATIENTS

• La structuration du temps est un facteur important de l'évolution (différence avec l'hôpital où les journées sont vides et similaires).

La journée se structure grâce à des activités quotidiennes de base telles que les soins aux animaux, la préparation des repas...

La semaine se structure grâce à des jours de présence à la ferme fixes. Par ailleurs, les week-ends sont distincts, ils n'ont pas l'obligation de travailler.

Le rythme des saisons devient une réalité : les patients son confrontés beaucoup plus aux changements météorologiques, aux activités saisonnières du potager, croissance des animaux.

• La notion d'espace s'est également modifiée. Pour la plupart, ils l'ont élargie. De même, ils investissent mieux les locaux de l'hôpital, en particulier leurs chambres.

• Pour plusieurs d'entre eux, nous avons constaté une nette amélioration du langage et du vocabulaire grâce à la mise en situation concrète. Ils acquièrent également une meilleure précision des gestes et une plus grande facilité à se déplacer. La concrétisation facilite la compréhension de la réalité quotidienne dans de nombreux domaines.

• Les relations entre eux et avec l'équipe deviennent prépondérantes. L'affectif tient une plus grande place ; ce type de relation passe parfois par le contact des animaux.

Nous constatons quotidiennement qu'ils sont plus attentifs à leurs camarades, sans doute plus attachés. Il existe un apprentissage du partage en même temps que le sentiment d'appartenir à un « groupe » presque privilégié distinct des autres hospitalisés. Les conflits entre eux ou avec l'équipe sont moins fréquents et plus faciles à résoudre.

Par ailleurs, il semble que les différences de niveaux ne soient pas des obstacles, en tout cas elles sont moins flagrantes et moins gênantes qu'auparavant. La compétition existe, mais elle n'est plus seulement qu'intellectuelle et chacun peut être valorisé dans une entreprise Le fait que chacun ait un rôle dans le fonctionnement entraîne des comportements plus responsables.

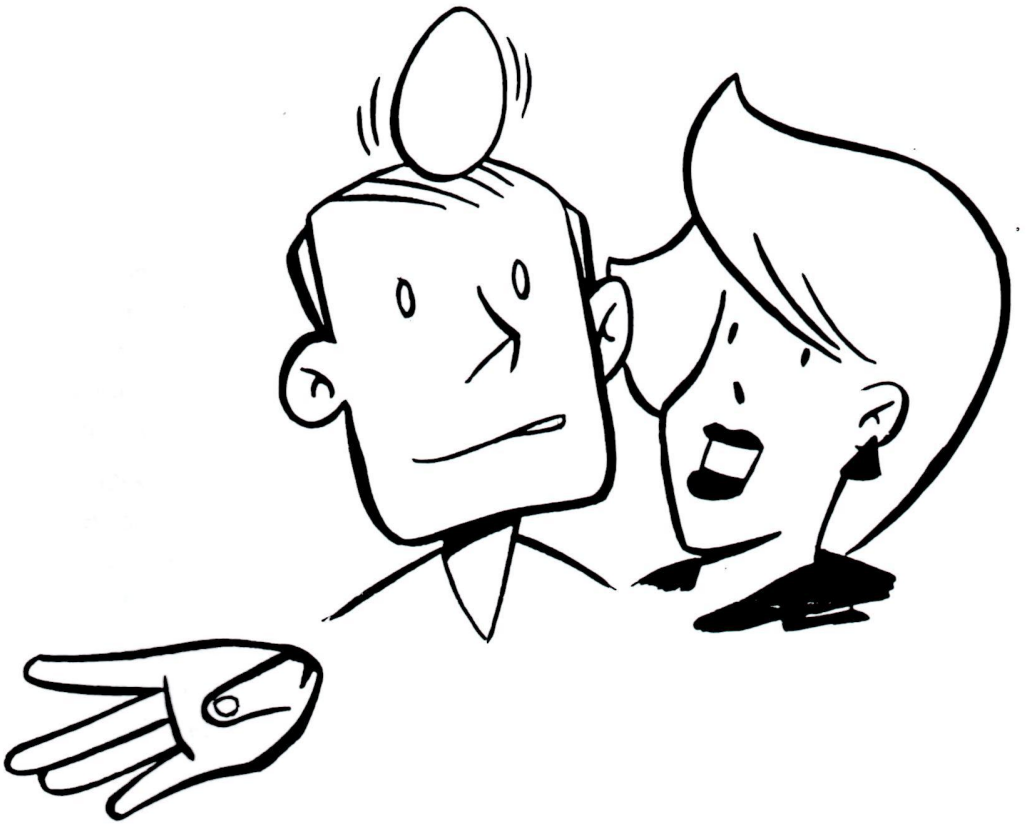
La relation avec l'équipe soignante s'est également modifiée : ils différencient mieux chacun des soignants avec sa personnalité, sa spécificité, son identité.

Pour une catégorie de patients (débiles surtout), l'aspect occupationnel est évidemment thérapeutique. Au travail s'ajoute le plaisir, d'autant plus que la prise en charge s'est accrue.

Pour les patients psychotiques, la situation est différente : il leur arrive de refuser l'activité pour raisons (évitement de la prise en charge individuelle, crainte de l'échec, d'une mobilisation vers un projet d'avenir, d'un refus à prendre du plaisir...). Cette attitude est parfois désarmante et c'est pourquoi nous introduisons progressivement des activités qui apportent d'autres possibilités d'expression (sport, photo...) ou d'ouverture sur l'extérieur (cinéma, sorties diverses).

LES OBJECTIFS A PLUS LONG TERME

Nous devons insister sur les activités éducatives, l'organisation des journées, l'éveil, les loisirs, car un bon nombre de malades peuvent acquérir l'idée qu'il existe d'autres modes de vie que l'H.P. Le but majeur reste l'hospitalisation de jour à la ferme ou dans d'autres structures d'accueil accompagnée d'un placement familial, d'un appartement protégé, etc. C'est pourquoi le groupe de patients ne reste pas figé. Il s'y intègre de nouvelles personnes venant de services intra-hospitaliers, dont les chances de « re-socialisation » sont importantes.



Le Centre technique agricole (CTA)

CHS de Pontorson
Service du Dr MORELON
Pierre COCHEREL
Annick SENECHAL

COMMENT EST NE LE C.T.A. ?

Dans le courant de l'année 1985, afin de provoquer un éclatement au sein de l'institution et permettre ainsi la pratique de méthodes nouvelles de travail, une équipe de soignants s'est penchée sur le problème et après l'ouverture d'une appartement protégé, est venue l'idée de mettre en place une structure pouvant accueillir des gens issus du milieu agricole afin de les réinsérer dans la société suite à un séjour plus ou moins long en institution.

Des locaux adaptés à cet effet, c'est-à-dire une ferme avec des bâtiments annexes, ont été recherchés dans la région de Pontorson. Parallèlement, une équipe s'est rendue en visite à la ferme de Soulles (Saint-Lô) pour glaner des informations sur le fonctionnement et l'organisation possible dans une telle structure.

Toutes les conditions étant réunies, la décision de tenter l'expérience et de bâtir le projet a été prise. Ce travail a été confié à une équipe composée de deux infirmiers et une infirmière et du surveillant responsable du service social.

Un mois environ a été nécessaire à l'élaboration du projet (je passe ici sur toutes les difficultés rencontrées de choix des résidents, divergences d'opinions sur les équipes du service, organisation intérieure du centre, rapports avec les médecins, etc.).

Je voudrais préciser une chose capitale : une structure telle que le C.T.A. ne peut avoir la chance de fonctionner avec le minimum de failles qu'avec une équipe soignante super-motivée et l'appui total des médecins qui doivent être impliqués dès le départ dans l'élaboration du projet.

Le C.T.A. a été ouvert le 1er avril 1986.

DESCRIPTION DU C.T.A. ET SON FONCTIONNEMENT

Il est composé d'une maison d'habitation, de bâtiments à usage agricole et d'un terrain de 3 hectares environ. Le tout est loué.

La capacité d'accueil du C.T.A. est de quatre résidents (personnes vivant au centre à temps complet) et de sept personnes venant dans la journée de différents services du C.H.S., et ceci par roulement.

L'équipe du C.T.A., composée actuellement de deux infirmières et de deux infirmiers, encadre les soignés dans diverses activités :
- 3 000 m² environ en légumier, avec serre et châssis ;
- élevage de poulets, lapins, canards, brebis ;
- tâches ménagères : préparation des repas en commun, ménage, entretien du linge, ravitaillement, etc. ;
- travaux extérieurs : chantiers thérapeutiques (ramassage de pommes, paille, foin, betteraves et chantiers de bois et jardins).

Il est à noter que ces travaux extérieurs sont très importants car c'est à cette occasion que nous notons les réactions et les comportements les plus vrais et que nous nous sentons le plus près de la vie de tous les jours. C'est à cette occasion que nous pouvons observer les gens de l'extérieur et la vue qu'ils ont de la psychiatrie en général. Les contacts sont en général très bons et très enrichissants.

Le C.T.A. fonctionne en régie avec un budget annuel de 45 000 F environ depuis le 1er janvier 1987 (la première année, le C.T.A. a fonctionné sur le plan financier avec une avance de 30 000 F concédée par l'association du service. Cet argent a été remboursé fin 1986).

L'équipe du C.T.A. gère ce budget de fonctionnement. Les achats sont faits dans les magasins à l'aide de bons. Un contrôle des ventes est effectué chaque jour par le C.T.A. et tous les mois par la régie de recettes. Le bilan des dépenses est effectué en fin d'année par un tableau comparatif entre le C.T.A. et les services économiques du C.H.S.

Trois des quatre résidents sont sous tutelle et disposent d'un budget de 2 000 F par mois chacun pour couvrir leurs frais de loyer, alimentation, etc. Cet argent fait l'objet d'une caisse commune et est géré en partie par le C.T.A., en partie par les résidents selon les capacités de chaque.

L'équipe du C.T.A. est présente de 9 heures à 17 heures tous les jours sauf les week-ends et jours fériés.

OBJECTIFS ET REALISATIONS

Nos objectifs de départ ont été de mettre en place une structure pouvant accueillir d'une part quatre résidents choisis en fonction de leurs origines rurales (anciens exploitants ou fils d'exploitants) et permettre ainsi leur réinsertion sociale ou professionnelle dans ce milieu, et d'autre part, accueillir quelques personnes venant du C.H.S. afin de les sensibiliser à une éventuelle sortie de l'hôpital par le biais du C.T.A.

La première année a été surtout employée à mettre en place cette structure sur le plan matériel.

La deuxième année, après avoir fait le point sur notre façon de travailler, nous nous sommes aperçus qu'il n'y avait pas vraiment de cohésion entre les médecins, les services et nous ; et nous avons commencé à nous remettre en question et chercher des solutions. Notre première démarche a été de casser l'isolement dont souffrait le C.T.A. par rapport aux médecins. Ceci a permis de mettre en place une façon de travailler totalement différente.

Une réunion a lieu au C.T.A. tous les mois (un mois pour les résidents, un mois pour les non-résidents avec la présence d'un représentant au moins des pavillons concernés).

Pour toute personnes susceptible de venir au C.T.A. dans la journée, une réunion a lieu au préalable avec l'équipe du pavillon, pour mettre au point les objectifs.

Tous les cas sont étudiés après concertation avec les médecins et les équipes des pavillons. Aucune décision n'est prise sans avoir entendu l'avis de tous les gens concernés.

Pour chaque cas : objectif de soins, contrat de soins.

RESULTATS OBTENUS

Les quatre résidents du départ avaient un passé psychiatrique en institution assez lourd.

- Jeannette : plus de vingt ans, épileptique caractérielle, 56 ans.
- Maurice : six ans, maniaco-dépressif, 62 ans.
- Victor : quatre ans, délirant mystique, 42 ans.
- Serge : dix ans, débile, 29 ans.

Il a fallu, dans un premier temps, les remettre en contact avec la vie extérieure et leur réapprendre certains réflexes perdus à l'institution (le travail, les courses, l'argent, les relations avec les voisins, le courrier, les démarches administratives, la prise de responsabilités simples, etc.).

Parallèlement, il a fallu atténuer cette appréhension de sortir s'expliquant par le nombre important d'années passées en institution, et préparer un retour à une vie tendant vers la normale sur le plan social et si possible professionnel.

Ceci a permis à trois résidents :
- Jeannette : appartement semi-protégé le 4 janvier 1988 ;
- Victor : chez lui le 1er avril 1987 ;
- Maurice : appartement protégé puis chez lui le 6 janvier 1988.

Actuellement, l'un des résidents est prévu pour un placement en E.T.P. ; l'autre pour un stage de réinsertion professionnelle A.F.P.A.

OBSERVATIONS

Quel est l'avenir du C.T.A. Tel que nous avons voulu qu'il soit de par notre projet de départ, c'est-à-dire une structure basée sur la réinsertion sociale et professionnelle et non pas une structure uniquement occupationnelle dans la mesure où les cas demandant une telle prise en charge sont de plus en plus rares dans le service ?

Une reconversion et un nouveau projet seront peut-être nécessaires un jour !

CREDIT COOPERATIF

Banque Française de Crédit Coopératif

Direction Régionale de Caen
10, place du Maréchal Foch
Adresse Postale : B.P. 59
14012 Caen cedex
Tél. : 31 86 60 00
Télex : copbank 171 843 F

Vous et le Crédit Coopératif pour entreprendre ensemble

■ **SERVICES BANCAIRES**

Prestations bancaires courantes, possibilité de comptes liés, gestion automatisée de virements et de prélèvements, opérations avec l'étranger ■

■ **CRÉDITS**

Un large choix d'options à court, moyen et long terme à taux fixe, taux variable, à durée ajustable ; crédits spéciaux pour les souscriptions de lits ; livret EPARGNE PLUS (épargne/crédit à taux réduit) ■

■ **PLACEMENTS**

Pour gérer votre trésorerie, une gamme de produits et services à la carte : Comptes d'épargne, SICAV, FCP, bons de caisse, certificats de dépôts négociables, mandats de gestion ■

■ **TÉLÉSERVICES**

Simples et pratiques : des services télématiques et informatiques performants, pour piloter à distance vos comptes et leurs mouvements (COOPATEL CC, CRÉDICOOP CC...), tenir votre comptabilité par minitel (COOPACOMPTA), organiser votre communication (PROCOOP) ■

POUR TOUS RENSEIGNEMENTS, ADRESSEZ VOUS A VOTRE AGENCE

Banque Française de Crédit Coopératif
Société anonyme coopérative à capital variable - RCS Nanterre B 349 974 931 - APE 8903
Siège social : Parc de la Défense, 33, rue des Trois-Fontanot - 92000 Nanterre
La BFCC est affiliée à la Caisse Centrale de Crédit Coopératif
Pour toute réclamation veuillez saisir l'Inspection générale