

PRATIQUE & RECHERCHES

*En Santé
Mentale*

N° 10

ISSN 1157-3155

JOURNÉES DE SAINT-LO



**REVUE DE L'ASSOCIATION
CROIX-MARINE
DE BASSE-NORMANDIE**

30 F

SOMMAIRE

- 1** EDITORIAL
- 2** UNE EXPÉRIENCE EN MAISON D'ACCUEIL SPÉCIALISÉE
par Alain REMMEAU
- 6** PROCHAINES JOURNÉES RENCONTRES
- 7** EN PASSANT PAR CROIX-MARINE ou DE LÉONE RICHEL A SABRINA
par Claude DEUTSCH
- 8** TRAJECTOIRE D'UNE AUTISTE
par Agnès DESHAYES
- 9** SABRINA, UNE HISTOIRE EN MAISON DE JOUR
par le Docteur Yves Da ROLD et Mme C. BRIENS
- 10** ON GARDE LE CAP
- 11** A PROPOS D'UN PROJET DE DESINSTITUTIONNALISATION
par le Docteur P. MARIE
- 16** RENDEZ-VOUS
- 17** BRÈVES

PRATIQUES ET RECHERCHES
REVUE DE L'ASSOCIATION
CROIX-MARINE BASSE-NORMANDIE

Fondation du Bon-Sauveur, 50360 PICAUVILLE
Tél. 33 41 01 07 (poste 466)

Directeur de la publication : Jean-François GOLSE
Responsable de la rédaction : Philippe LAMOTTE
Secrétaire de rédaction : Maryse CORBET
Comité de rédaction : J.-N. LETELLIER
J. ANDERSON,
M. PITON, D. CATHERINE,
G. BOITTIAUX, B. NOUHAUD

Composition et impression : LOCOMOTIVE
50190 ST-SÉBASTIEN-DE-RAIDS - Tél. : 33 07 54 09

Secrétariat : 33 41 01 07 (poste 466)

Dépot légal : 2^e trimestre 1995

Témoignage d'une expérience en Maison d'accueil spécialisée

par Alain REMMEAU

C'est sur l'invitation et l'insistance de Christian VAULTIER, ancien et nouveau responsable de la M.A.S. de PICAUVILLE, que j'ai accepté de venir ce jour vous parler de notre expérience que nous développons depuis près de 12 ans.

Je n'ai pas l'habitude d'intervenir dans de telles situations, aussi je réclame toute votre indulgence et votre compréhension n'ayant aucun talent de pédagogue.

Avant de présenter notre établissement, je tiens à rappeler que dès leurs créations la M.A.S. d'ELLON et la M.A.S. de PICAUVILLE ont très largement collaboré au groupe de travail mis en place par le C.R.E.A.I. et la D.R.A.S.S. qui a produit le document intitulé "UN POUR UN, TOUS POUR TOUS" et qui, à mon sens, reste encore d'actualité et un bon outil de réflexion.

Ensemble, nous avons également très largement participé à la mise en place de la formation d'Aide Médico-psychologique à l'I.F.T.S. de CAEN.

Depuis, il y a eu la création de l'Association A.D.I.R.M.A.S. qui est, là aussi, issue d'un souci commun à Christian VAULTIER et moi-même, de mettre en commun nos expériences et d'échanger nos points de vue à travers une convivialité

rendue nécessaire pour évaluer les difficultés que nous vivons quotidiennement.

C'est donc une nouvelle fois avec plaisir que j'accepte de partager notre expérience avec PICAUVILLE, grâce à l'intervention de Christian VAULTIER.

Directeur de la Maison d'Accueil Spécialisée d'ELLON depuis son ouverture en Juillet 1983, nous avons pu développer notre action en mettant en œuvre des projets quelque peu innovant malgré la rigueur budgétaire et les restrictions imposées par les autorités de tutelle.

Nous avons pu développer des projets innovant, malgré la rigueur budgétaire.

Le sujet qui nous rassemble ce jour se situe dans la prise en charge d'adultes psychotiques, mais je ne situerai pas la présentation de notre expérience par rapport à cette catégorie particulière que constituent les psychotiques mais par rapport à l'ensemble des populations accueillies tous types de handicaps confondus.

Là aussi et c'est peut être une des caractéristiques de l'établissement que je dirige, le



nombre de psychotiques accueillis est très important et le reste encore à ce jour ; pour exemple, il était de 16 jusqu'en 1993 et il est de 14 à ce jour sur 28 résidents accueillis.

Je tiens à préciser que je suis éducateur spécialisé de formation et que je ne suis pas un spécialiste de la psychose ; n'étant ni psychiatre, ni thérapeute, mais simplement un homme de terrain avec une expérience particulière comme chacun d'entre nous.

J'ai eu à connaître au cours de ma carrière professionnelle différentes approches, différents modes de pensée et d'intervention allant de la psychanalyse dans un contexte institutionnel très particulier où la règle, au nom d'une thérapie appliquée par de pseudothérapeutes, était le laisser faire et le laisser aller au nom de l'expression et de la communication.

Lorsque certains d'entre nous essayaient de développer des activités et de proposer quelque chose à ceux que

nous étions censés prendre en charge, nous nous faisons traiter d'affairistes ou d'activistes affirmant que nous nous réfugiions derrière nos propres angoisses...

A l'opposé, j'ai pu visiter l'établissement de MONTFAVET dans le Vaucluse où était menée une expérience sur une prise en charge comportementaliste. Même s'il est vrai qu'une telle thérapie obtienne des résultats, on ne peut toutefois manquer de s'interroger sur les conditions d'exercices de cette thérapie : sa rigueur, la manipulation et le conditionnement du sujet sont autant d'effets qui doivent nous interroger...

J'ai eu enfin à connaître l'internat classique traditionnel avec sa lourdeur et ses effets contraires où les objectifs sont souvent contradictoires de la réalité quotidienne, on prône l'autonomie (mot valise, concept où on y met tout, son contraire et n'importe quoi) et on pratique l'assistanat à outrance, les résultats sont bien connus mais les conditions sécurisent les soignants et les soignés pour reprendre une image hospitalière.

C'est de cet ensemble d'expériences, de constats, de concepts et de théorie, de modes aussi, qui se sont succédés dans notre secteur au cours de ces 20 dernières années que s'est forgée ma conception et une certaine philosophie sur le comment mettre en œuvre une pédagogie, un projet de prise en charge adaptée aux résidents que nous accueillons.

piscine, gymnastique, jeux d'intérieur, esthétique, équitation... et les autres spontanées: promenades, télévision, rangement, décoration...

Pour ces activités de vie sociale

Rapidement, nous avons mis en place des activités en atelier et des activités de vie sociale

Ouvert en Juillet

1983, nous avons fonctionné à plein régime (25 adultes handicapés pour 30,50 personnels temps plein) dès février 1984. Les 25 résidents, tous internes, étaient répartis dans 5 lieux de vie distincts géographiquement dans deux bâtiments séparés. Un personnel sur chaque lieu de vie assurait la prise en charge quotidienne de 4 à 6 résidents par groupe.

Rapidement, nous avons mis en place des ateliers, des activités en ateliers plus exactement et des activités de vie sociale recherchant à utiliser les équipements existants donc à sortir et à se confronter à l'environnement et à la vie ordinaire.

Les premières: "**les activités d'ateliers**" ont un caractère obligatoire, les résidents ont le droit de choisir entre les 7 ateliers qui fonctionnent encore à ce jour. L'objectif de ces ateliers n'est pas la production et encore moins la rentabilité, mais simplement l'expression, la participation, la communication en essayant, pour chacun des animateurs, d'y développer de la vie, du mouvement.

Pour les secondes: "**les activités de vie sociale**", elles sont pour les unes structurées:

le, la participation n'est pas obligatoire l'inscription y est libre sachant que le rôle des différents A.M.P. est d'être une force de propositions, d'explicitations des activités proposées: où, avec qui, avec quels moyens...

Pour les séjours de vacances, nous avons très rapidement opté pour organiser des séjours courants (7 jours) avec des petits groupes (5 à 7 résidents) en louant des gîtes ruraux, c'est-à-dire en essayant d'organiser des vacances qui ressemblent à celles de Monsieur-tout-le-monde...

D'emblée à quelques uns nous avons refusé de faire des échanges de résidents entre plusieurs M.A.S., ce qui ne correspond pas à notre philosophie et à notre manière de faire en général.

Lors des bilans, des évaluations faites au retour de ces séjours de vacances un constat des différentes observations relevées par les personnels a laissé apparaître que la participation de nos résidents à l'organisation de la vie quotidienne en séjour de vacances était plus aisée, beaucoup plus spontanée, plus facile à obtenir et à organiser...

De là est née une réflexion

collective que nous avons aussitôt exploitée en terme de projet en se posant une question essentielle qu'était de savoir comment mieux développer les potentialités existantes chez nos résidents pour les amener vers une meilleure autonomie.

Comme beaucoup de concepts, l'autonomie ne doit pas être un objectif banal, flou, trop global mais doit se traduire dans l'action par une mise en conformité de ce qui est annoncé; c'est-à-dire se donner les moyens de mettre en œuvre une véritable pédagogie qui permette l'émergence d'une réelle participation des usagers, donc une véritable éclosion de leurs potentialités en créant les conditions nécessaires à travers un projet éducatif cohérent.

Nous avons pu constater que bien souvent les conditions d'accueil et de prise en charge

allaient à l'encontre de ce que j'annonce ci-dessus, renforçant les phénomènes bien connus de l'assistanat là où beaucoup et, nous les premiers, dans certains cas, parlons d'autonomie.

Je ne vais pas polémiquer sur cette idée qui m'est très chère mais qui n'est pas notre propos de ce jour. Toutefois, cela mériterait d'y réfléchir et de s'interroger car cela est déterminant dans notre action de tous les jours.

J'en reviens à notre projet... partant donc du constat relevé lors des séjours de vacances sur la participation des résidents à leur propre vie, avec l'impulsion de notre Association (A.C.S.E.A.) et de sa Direction Générale, nous avons mis en place un groupe de réflexion, réunissant un Inspecteur D.D.A.S.S., un Inspecteur D.R.A.S.S., un Collègue d'une Association Tutélaire (A.T.C.) qui suit la

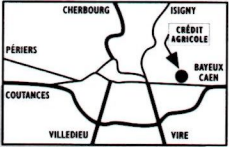
RENCONTRES

CROIX-MARINE

de BASSE-NORMANDIE

LUNDI 27 MARS 1995 **SAINT-LO**
de 10 h 00 à 17 h 00

TRAJECTOIRES d'AUTISTES



- **PRISE EN CHARGE EN M.A.S.**
par M. Alain REMMEAU de la Maison d'Accueil Spécialisée d'ELLON.
- **"EST-CE S ?" - PARCOURS D'UNE PENSIONNAIRE
DU FOYER LÉONE-RICHET**
en collaboration avec l'Intersecteur Infanto-Juvenile de Caen
et l'Institut C.-Blaisot.
- **A PROPOS DE LA PRISE EN CHARGE
D'ENFANTS AUTISTES**
par le Docteur VENIARD du C.H.S. Bon-Sauveur Picauville
- **A PROPOS D'UN PROJET DE
DÉSINSTITUTIONNALISATION**
par le Docteur ALARY du C.H.S. Bon-Sauveur Saint-Lô

Salle de Conférence de la Caisse Régionale du CRÉDIT AGRICOLE
route de Bayeux - 50000 SAINT-LO

ENTREE et REPAS : 100 F
Inscription auprès de : Mme Marie-Céline LEFEVRE
C.H.S. Bon-Sauveur - 50000 SAINT-LO - Tél. : 33 77 77 77
chèque à l'ordre de l'Association Croix-Marine de Basse-Normandie
Date de Clôture des Inscriptions :
20 mars 1995

**ASSOCIATION CROIX MARINE
DE BASSE-NORMANDIE**
Fondation du Bon-Sauveur
50360 PICAUVILLE
Tél. : 33 41 01 01 poste 466

majeure partie de nos résidents, le Psychiatre de l'établissement, le Chef de service, 2 A.M.P. de la M.A.S. et moi-même.
D'emblée nous avons conve-

nu que notre groupe de travail s'inscrivait dans une recherche ACTION devant déboucher sur des propositions concrètes dont l'objectif était:

"LA DIVERSIFICATION DES MODES DE PRISE EN CHARGE EN MAISON D'ACCUEIL SPÉCIALISÉE"

Ce groupe a fonctionné de 1985 à la fin 1986 et a débouché sur 3 projets:

- 1 - Faire vivre certains de nos résidents en appartement autonome en ville.
- 2 - Développer un mini-service de placement familial.
- 3 - Créer un accueil de semi-internat pour 3 places en plus de l'internat.

Après un accord de principe (non écrit) de la D.D.A.S.S. et après de simples démarches fructueuses nous avons pu dès le 1^{er} Janvier 1987:

- . Louer un appartement à l'O.P.A.C. pour y faire vivre 5 résidents avec un A.M.P.
- . Trouver 2 familles d'accueil pour accueillir 2 résidents qui n'avaient plus de famille pour les accueillir les week-ends et pendant les vacances.

Il faut dire que la D.D.A.S.S. était d'accord pour l'expérience à condition qu'elle n'engendre aucun coût supplémentaire bien évidemment.

Le principe de fonctionnement de cet appartement de semaine (du lundi au Vendredi) est basé sur un rythme biologique:

- . la journée on va au "travail" à la M.A.S. - le soir on rentre chez soi et le week-end en famille... C'est ce qui s'est passé pendant 6 ans et demi car depuis Avril 1993 cet appartement fonctionne les week-ends.

Ainsi 5 résidents qui vivaient à ELLON sont partis vivre avec le personnel qui travaillait à la M.A.S., dans un appartement en plein centre ville à BAYEUX...

Les conditions sont: pas de cuisinier, pas de femme de ménage mais au contraire une prise en charge globale, une autonomie totale... Ils établissent les menus de la semaine, ils font leurs courses, leurs repas, la vaisselle, le ménage... et ils gèrent leur budget, leur temps, leurs activités, le tout

sous couvert et avec une régulation hebdomadaire avec le chef du service éducatif.

Privilégier les repères

Les effets escomptés de ce nouveau mode d'hébergement se sont confirmés et l'expérience a pu continuer et continue encore à ce jour. Cette expérience a ainsi ren-

forcé notre projet qui se traduit par une constante, s'inscrivant dans une dynamique systémique, de toujours privilégier les repères: repères dans le temps, de lieu, de personne et surtout d'attitudes, d'activités mais aussi d'organisation du fonctionnement et de la vie des résidents.

La mise en situation, en confrontation des résidents avec le milieu ordinaire produit ses effets et nous pouvons affirmer que beaucoup de comportements se sont estompés, voire ont disparu...

Je dois ajouter là qu'en ce qui concerne les personnels, les conditions de travail apparaissent riches d'expériences au niveau du contact et des conditions de prise en charge bien sûr mais, surtout, aussi de l'investissement nécessaire, voire obligatoire compte tenu du travail à réaliser.

La motivation, pour tenir de tels postes, est donc de rigueur. Le contre-coup, l'inconvénient majeur que nous pourrions toutefois relever porte sur la solitude, l'A.M.P. se retrouvant seul avec un groupe de 5 résidents...

A l'appartement, il faut faire face, il faut prendre ses responsabilités, la décision impose, il n'est pas question de se reposer sur le collectif comme à l'internat; il faut faire tout et tout seul, la fuite n'est plus possible; il faut assumer... et rendre compte, partager les informations du vécu...; en bref, être professionnel et s'ins-

crire dans un travail d'équipe!...

Parallèlement à cette expérience, nous avons donc placé en famille d'accueil 2 ou 3 des

résidents vivant dans cet appartement, les week-ends et pendant les vacances: là aussi, ce qui pour certains était impensable a pu se mettre en œuvre et s'est traduit dans la majeure partie des cas comme un plus dans la pres-

Prendre ses responsabilités

tation offerte avec tous les aléas de la vie et ses répercussions:

- pour certains A.M.P.: les résidents placés en famille d'accueil "allaient mal" compte tenu de leurs manifestations,
- pour les familles d'accueil: c'était le contraire, les A.M.P. faisaient mal leur boulot (le résident revenait sale ou énervé ou trop endormi...)

Difficile pour des professionnels de concevoir et surtout d'accepter que de tels placements puissent apporter un plus dans le bien-être du sujet, voire même être d'une qualité supérieure à la prise en charge en internat classique...

Je ne porte pas ici un jugement sur la qualité du travail des uns et des autres, je pense plutôt que ce sont les synergies, les conditions de vie, les mises en situation qui modifient les comportements.

Certes, cela modifie le contexte habituel, cela dérange même parfois... mais n'est-ce pas cela qui forge et qui doit ou devrait perfectionner notre fonctionnement et nos projets!...

Le troisième et dernier élément concerne la création d'une petite unité de 3 semi-internes qui nous a été accordée, là aussi, pour le 1^{er} janvier 1987 en même temps



Les psychotiques n'en demeurent pas moins des personnes à part entière

que l'ouverture de l'appartement.

Il nous a fallu pour ces 3 externes adapter notre fonctionnement pour pouvoir les accueillir dès 9 h 00 chaque matin; les unités de vie à l'internat étant à cette heure là aux toilettes et aux petits déjeuners, nous avons dû dégager un A.M.P. pour les prendre en charge et développer avec eux des activités spécifiques le matin. L'après-midi, ils sont répartis avec l'ensemble des résidents dans les 7 ateliers existants.

La diversification des modes de prise en charge et d'hébergement est donc intégralement en marche depuis janvier 1987 et n'a pas dévié d'un pouce de sa trajectoire; ce qui était tenté à titre expérimental s'est donc inscrit en terme de projet de vie et perdure depuis cette date...

Nous avons essayé vainement d'aller plus loin mais, malgré un accord CRISMS très favorable, les énarques du ministère ont rejeté le projet: pour eux, il est impensable de faire vivre des résidents de M.A. S. en appartement et encore moins en famille d'accueil...

De ces constats, de cette philosophie et des effets produits, nous en avons construit une



prolongation, une suite qui nous est apparue non seulement comme nécessaire compte tenu des besoins mais surtout aller de soi... peut-être aussi avons-nous besoin de vérifier ce que pour certains encore malheureusement, certains modes de prise en charge restent une ineptie hors du champ médico-social classique...

Une nouvelle structure

C'est ainsi qu'après avoir mené un projet de FOYER OCCUPATIONNEL POUR ADULTES depuis 1988/1989, nous avons enfin pu créer une nouvelle structure en avril 1993, en accueillant 24 nouveaux résidents dont 8 de la M.A.S. (1/3 de l'effectif) en utilisant tous les modes d'accueil:

- la journée: 24 résidents répartis dans 3 ateliers (cuisine - jardin - élevage)
- le soir:

- 10 internes répartis dans 2 hébergements de 5 résidents chacun (1 pavillon comme Monsieur-tout-le-monde en plein centre ville et un hébergement à côté des ateliers)
- 14 semi-internes dont 6 qui rentrent dans leur famille et 8 en placement familial qui repartent chaque soir, tous les week-ends et toutes les vacances.

Cela a permis la création de 11 postes équivalents temps pleins répartis sur 19 personnes.

Il serait trop long et peut-être trop fastidieux de parler plus longuement des conditions de fonctionnement de la vie des résidents, des conditions de travail des personnels et leur engagement dans le projet; aussi je me bornerai à en rester là dans la description de notre projet.

Je terminerai cependant en abordant enfin le thème qui nous réunit ce jour et portant sur l'autisme. J'ai le sentiment

à la fois d'en avoir peu parlé et à la fois d'avoir dit beaucoup de choses, non pas sur les symptômes car ce n'est pas de ma compétence directe, mais bien plus sur les conditions de prise en charge des psychotiques.

Pour nous les psychotiques, même s'ils demandent une approche, une écoute et une attention particulière, n'en demeurent pas moins des personnes à part entière avec leurs différences et leurs manifestations qui leur sont propres... Ils ont besoin d'être constamment sécurisés, protégés contre eux et contre l'extérieur mais surtout, comme tout un chacun, d'être aimés, soignés, considérés, bref d'être reconnus à travers leurs différences, leurs souffrances et leurs plaisirs en permettant une expression la plus large possible en confrontation permanente avec le milieu ordinaire pour une réelle autonomie.

Je vous remercie de votre attention et reste à votre disposition pour toutes questions que vous souhaiteriez nous poser, à mes collègues ici présents et à moi-même.

A. REMMEAU

Prochaines Journées Rencontres

Caen

RENCONTRE SUR L'AUTISME

31 MAI 1995 à l'I.U.F.M. de CAEN

Organisée par l'U.R.A.P.E.I.
et l'Inspection Académique
en direction des Instituteurs

9 h 00

- **OUVERTURE DE LA JOURNÉE**
par Madame la Présidente de L'U.R.A.P.E.I.
et Monsieur l'Inspecteur d'Académie

9 h 30

- **QU'EST-CE QUE L'AUTISME?**
LE POINT SUR LES CONNAISSANCES
DU SYNDROME AUTISTIQUE
Docteur C. MILCENT, Psychiatre
E.P. S. Charcot - PLAISIR
- **DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE L'AUTISME INFANTILE**
Docteur MAIRIN, CHU - CAEN
- **ACTUALITÉS DE LA RECHERCHE BIOCLINIQUE**
Docteur GARREAU, CHU Bretonneau - TOURS

11 h 45

- **INTERRUPTION**

Flers

RENCONTRES CROIX-MARINE

de BASSE-NORMANDIE

LUNDI 12 JUIN 1995
de 9 h 30 à 17 h 00 à **FLERS**

Quels regards et quels intervenants sur les
Dépendances Alcooliques
et Toxicomanies



- Matin**
- **L'évolution des concepts** Dr OURY et J.L. MACHAVOINE, Flers
 - **Table ronde sur l'interface entre le judiciaire et la santé**
- Rappel du cadre législatif et de son évolution M. J. CREVEL
Procureur de la république d'Argentan
- L'injonction thérapeutique M. VENEGUÉS et Mme LECLERC
Service d'application des peines d'Argentan
- D'une concertation possible à un fantôme de départ Dr G. BOITTIAUX, Cherbourg
 - **Processus de changement et incarcération**
Mme CALINE, Drog - Aide 61
- Après midi**
- **L'hospitalisation, une étape possible ?** par l'équipe du C.H. de Flers
 - **Prise en charge de la toxicomanie en centre urbain**
par Mme LEVERRIER du centre de toxicomanie de Caen
 - **La place du médecin généraliste**
par le Dr LEROY Champsecret
 - **Enquête sur l'alcoolisme en centre Manche**
A. MIALON Service d'alcoolologie St-Lô

Entrée conférence :
adhérent : gratuit
non adhérent : 30 F

Salle Madeleine Douantier, Square Delaunay
61100 FLERS

Possibilité de REPAS : 80 F

Inscription auprès de : Mmes BUYSENS et FABAS
C.M.P. de Flers - Tél.: 33.64.44.61

chèque à l'ordre de l'Association Croix-Marine de Basse-Normandie

Date de Clôture des Inscriptions :
31 Mai 1995

ASSOCIATION CROIX MARINE

DE BASSE-NORMANDIE

Fondation du Bon-Sauveur

50360 PICAUVILLE

Tél. : 33 41 01 07 poste 466

LOCOMOTIVE 2137148

13 h 30

- **LA PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT AUTISTIQUE**
"LE DÉFI ÉDUCATIF"
- **HOPITAL DE JOUR**
Docteur FRANKO, Pédo-psychiatre - CHERBOURG
- **LE S.E.S.S.A.D.**
Mme BELZA - FALAISE
- **LA CLASSE "T.E.A.C.C.H."**
M. PICHARD Directeur IME - AVRANCHES

15 h 00

- **LA CLASSE INTÉGRÉE**
M. MAIRE, Instituteur à GRAND-QUEVILLY
Mlle MACHELOT, Institutrice
École J.-Jaurès - CHATENAY-MALABRY
Mme PALUQUI, Inspecteur de l'Education Nationale
Mme PHILIP, Formatrice - Centre National d'Etudes et
de Formation pour l'Enfance Inadaptée - SURESNES

17 h 30

- **CONCLUSION**
par Madame la Présidente de L'U.R.A.P.E.I.
et Monsieur l'Inspecteur d'Académie



En passant par Croix-Marine ou de Léone Richet à Sabrina

par Claude DEUTSCH

Lorsque Jean-François GOLSE m'a proposé d'intervenir dans le cadre de cette journée sur l'autisme, j'ai accepté sans hésiter, bien que ce ne soit pas la "Spécialité" du Foyer que je dirige.

Celui-ci reçoit des jeunes adultes inscrits dans une problématique psychotique et, parmi eux, des jeunes qui viennent d'I.M.P., d'I.M.Pro, d'H.P., qui ont souffert de carences affectives, de troubles abandonniques et parfois sont sortis de l'autisme; mais il ne faudrait pas penser que c'est là, notre spécificité et nous recevons beaucoup de jeunes adultes étiquetés schizo-phrènes.

J'ai pensé que Jean-François GOLSE avait pensé à nous parce que notre établissement s'appelle le Foyer Léone-Richet, et que le Docteur Léone Richet, elle, avait décidé de consacrer sa vie à la communication avec les enfants autistes, qu'elle chérissait après les avoir découverts aux côtés de Françoise DOLTO.

Léone Richet a marqué de son empreinte ceux qui l'ont rencontrée. Elle était psychiatre, psychanalyste-analyste, membre de l'École Freudienne de Paris, disciple de Jacques LACAN. Les enfants dont je parle, elle les rencontrait sur les lieux de son travail où elle exerçait dans le

cadre de l'équipe technique itinérante du C.R.E.A.I.: le Centre de Guidance Infantile, les Papillons Blancs, l'Espoir de Bayeux.

Léone et moi, nous nous étions rencontrés dans une même sympathie pour le mouvement de psychothérapie institutionnelle, pour les écrits de ces personnages qui ont marqué notre époque et qu'elle connaissait bien, je veux parler et citer tout particulièrement Maud MANNONI et Jean OURY.

La rencontre de Léone Richet avec la mouvance Croix-Marine remonte quand à elle au tout début de sa carrière, puisqu'elle fut interne d'Elisabeth JACOB (qui fut une des fondatrices de la Fédération) à Clermont-de-l'Oise. On connaît en Léone Richet plus souvent la psychanalyste que la psychiatre, mais il faut rappeler qu'elle était médecin chef de l'inter-secteur de pédopsychiatrie de l'Oise détachée au C.R.E.A.I. de Basse-Normandie; c'est dans le cadre de ce travail dans l'Oise qu'elle fut amenée à exercer dans le cadre de l'Association l'Arche à Trosly-Breuil et il faut souligner combien sa rencontre avec Jean VANIER a pu la marquer.

Pour terminer, j'aimerais évoquer un exemple qu'elle aimait donner pour signifier le manque de prise en compte

de la dimension symbolique dans la psychose. Elle aimait raconter cette histoire où, à l'issue d'une séance avec un enfant à la guidance, elle lui avait dit:

- "Si tu veux que l'on se revoit, tu peux me donner un coup de téléphone pour prendre rendez-vous".

L'autre prit le téléphone et lui assena un coup.

J'aime conclure sur cet exemple qui illustre l'impossibilité d'inscription dans l'ordre symbolique, tant la question du langage et de l'inscription est au cœur de cette question de la psychose et de l'autisme.

Quand j'ai choisi de répondre à cette invitation, j'ai pensé

Je suis heureux de présenter ici un exemple réussi de coordination.

que nous pourrions présenter l'histoire d'une jeune femme dont le prénom commence par un S. Nous lui donnerons, par commodité, le pseudonyme de Sabrina. Lorsque nous avons connu cette jeune, elle ne s'exprimait pratiquement pas en entretien. J'ai pensé que le parcours de cette jeune femme était

exemplaire du soin dont elle a été entourée et du relais qui a pu s'opérer avec bonheur entre un service de pédopsychiatrie publique (la Maison de jour animée par le Docteur Y. Da ROLD), un établissement de l'enfance inadaptée privé associatif (l'Institut Camille-Blaisot dépendant de la Sauvegarde), une alternative de psychiatrie publique adulte (le Méli-mélo) et un établissement de santé mentale adulte de structure privée (notre établissement).

Quand j'ai fondé cette Association Croix-Marine de Basse-Normandie, mon vœux le plus cher était que cette Association soit le lieu de rencontre entre secteur adulte et secteur enfant, logique publique et action privée.

Je suis heureux de présenter ici un exemple réussi de coordination.

Vont donc intervenir maintenant pour la maison de jour: le Docteur Yves Da ROLD et Claudine BRIENS. Pour le Méli-mélo: Agnès DESHAYES. (L'équipe de Camille-Blaisot n'a pu venir) et pour le Foyer Léone-Richet: Madame Françoise THOMAS, infirmière.

Je leur cède la parole.

Claude DEUTSCH

Trajectoire d'une autiste...

par Agnès DESHAYES

INTERVENTION CROIX-MARINE du 27/03/1995

Cafétéria MÉLI-MÉLO

Sabrina était à l'Institut Camille-Blaisot lorsqu'elle a émis le désir de travailler à la Cafétéria MÉLI-MÉLO. son passage parmi nous a duré de février 1992 à juin 1995.

Sabrina a travaillé trois fois par semaine, matin et après-midi. Les tâches principales consistaient en préparations culinaires le matin et ménage l'après-midi. Le travail effectué était de bonne qualité.

L'après-midi, Sabrina se trouvait plus facilement énervée par les clients qui la "dérangeaient" pour faire son travail. Elle a toujours eu peur de ne pas finir en temps.

Durant son passage à MÉLI-MÉLO, Sabrina a fait des progrès évidents, tant sur le plan professionnel que personnel: meilleur self-control, amélioration des relations avec son entourage, beaucoup plus autonome.

Suite à l'intervention du Docteur DAROLD, qui a reçu Sabrina enfant il y a une quinzaine d'années, nous allons tenter de donner des images actuelles de Sabrina. La description qui vient d'être faite est un peu difficile à entendre.

Ceci me ramène aux réticences de l'équipe du Foyer Léone-Richet quant à notre participation à cette rencontre; celle-ci pourrait être l'occasion d'apprendre trop de choses du passé de Sabrina: elle est récemment arrivée au foyer; nous la laissons venir vers nous, nous nous découvrons progressivement, nous tenons à laisser cet espace de rencontre libre et vivant.

Certes nous la reconnaissons bien dans cette description, il reste une présentation et des signes évoquant une personnalité psychotique (mimiques renfrognées, attitudes de retrait, tapotements...) mais ces mots cristallisent et nous font faire une lecture en négatif (même si il faut en tenir compte) qui nous empêcherait éventuellement de voir une jeune femme désireuse de vivre normalement, qui commence à rire et à sourire.

Elle est très coquette et s'occupe de ses vêtements.

Elle dose sa participation aux tâches ménagères.

Sabrina est très autonome, elle utilise les bus pour se rendre aux activités qu'elle a choisies et qu'elle suit

de gauche à droite:

Docteur Yves DAROLD, Claudine BRIENS,

Françoise THOMAS, Agnès DESHAYES, Claude DEUTSCH



Sabrina, une Histoire en Maison de jour

par le Docteur Yves Da ROLD et Mme C.BRIENS

assidûment (radio, yoga, peinture...). Son inscription à la cafétéria se fait de plus en plus fréquente. Ce qui frappe chez Sabrina, c'est sa détermination à vouloir, elle fait preuve d'une grande force de caractère.

A travers les stigmates d'un passé difficile, émerge une forte personnalité, très sensorielle, qui a peut-être mis en place la non-communication pour se défendre.

L'intérêt que nous portons à cette rencontre est à l'endroit du trajet d'une personne psychotique à travers les institutions dans l'axe passé/présent/futur.

Nous nous situons donc en fin de parcours parmi les institutions fréquentées et, des questions nous viennent :

- Les équipes qui ont accueilli Sabrina pouvaient-elles présager de l'autonomie actuelle de Sabrina?
- Qu'est-ce qui est prévalant dans ce parcours, l'institution dans son apport thérapeutique ou/et la force de caractère de Sabrina?

Ceci doit nous amener à être humble dans l'évaluation de la réussite des institutions.

Nous offrons un espace de vie encadré par des acteurs normalement préparés pour accueillir des personnes en souffrance. Le reste appartient à Sabrina, nous suggérons seulement le désir.

En dehors d'une rencontre comme celle d'aujourd'hui, qui se situe sur un plan théorique, existe-t-il (et est-ce nécessaire?) des rencontres qui signifieraient une collaboration, un entourage pour Sabrina?

Que va-t-elle faire de ses rencontres avec les institutions?

Françoise THOMAS
Infirmière psychiatrique

Tout d'abord en réponse à ce terme d'autisme j'énoncerais que nous avons situé la symptomatologie présentée par Sabrina dans le cadre d'une disharmonie psychotique car elle n'apparaît pas avoir présenté l'autisme de Kanner avec le retrait profond que cela implique. Néanmoins de nombreux éléments psychotiques étaient patents.

Sabrina est née en 1973. Sa mère prend contact avec la consultation du 2^e Intersecteur Infanto-juvénile à CAEN alors qu'elle a 3 ans et demi.

En voici quelque peu les termes: "pose des problèmes depuis sa naissance, crises de nerfs, semble être dans son monde, ne joue pas comme les autres enfants, perturbée quand elle revient de la maternelle, a peur des autres enfants, dort très peu, semble être sur le qui vive".

Lors de la première consultation la mère de Sabrina était en instance de divorce (mari alcoolique et violent).

Le langage de Sabrina est de type psychotique, écholalie, soliloque autistique, mais avec bonne organisation de la phrase, mais sans mode relationnel.

- elle touche à tout,
- n'est pas acceptée à l'école, une jeune fille la garde à la maison (la maman étant aide

soignante), les nourrices ne supportant plus le jeu.

- nombreuses activités stéréotypées, contact très fuyant, attitude figée, serre les mains devant elle, ne regarde pas l'interlocuteur.

L'orientation va se faire vers la seule prise en charge possible à cette époque. "Les Ateliers Thérapeutiques" à raison de deux demi-journées par semaine dans un groupe de quatre enfants présentant tous des troubles psychotiques. Il n'était pas question de l'accueillir dans le cadre du service à temps plein la pathologie y étant plus "lourde" et surtout quelque peu chronisée.

Ces "ateliers thérapeutiques" par ailleurs furent l'embryon de l'Hôpital de jour (Maison de Jour).

Aussi fut-elle admise l'année suivante, à temps plein, à l'Hôpital de jour avec mise en place d'une psychothérapie analytique.

L'on peut relater quelques moments anecdotiques mais cruciaux tel ce jour, alors qu'elle était dans un refus absolu de contact avec les hommes, elle accepta la main d'un soignant masculin pour passer une poutre dans un jeu de parcours d'équilibre et d'orientation.

Autre moment fortement inscrit dans nos mémoires et tra-

duisant à la fois l'angoisse morcellante et la prégnance de l'image: la panique de Sabrina alors qu'elle se regardait dans une glace déformante et y voyait sa robe déformée et comme déchirée en deux morceaux. Cette vision eut plus de force que la vérification de sa robe intègre (mais un de ses comportements fréquents, en présence de sa mère, était de déchirer ses vêtements).

Le travail thérapeutique dans le cadre de la Maison de Jour au travers de divers temps d'activité, de non activité, du repas s'élabore principalement autour de la notion d'aire transitionnelle, non pas comme devant leur en constituer une toute faite mais en tant que création d'un espace permettant à l'enfant de se la constituer.

L'évolution quelque peu positive permet de réinscrire Sabrina dans une école à temps partiel en classe de perfectionnement puis par la suite

à l'école autonome de perfectionnement de Caen, elle avait alors 14 ans. La fermeture de cette dernière alors que Sabrina y était à temps plein entraîna une certaine vacuité dans la prise en charge jusqu'à son admission à l'Institut Camille Blaisot.

Néanmoins au cours de cette période elle avait d'elle même renoué avec sa psychothérapie au C.M.P.

Sabrina était chez une nourrice à Colombelles cette personne la battait, aussi lorsque nous allions à la piscine de Colombelles Sabrina disait "Colombelles puni".

A la même période lorsqu'elle mettait des tennis, elle disait "j'ai mis mes chaussures qui courent vite".

Elle avait peur des hommes (très probablement eu égard à l'attitude de son père qui l'enfermait lorsqu'il était censé la garder) et disait pourquoi tu me fais tout ça.

Certains de ses comportements et réflexions nous laissaient dans la perplexité:

- elle voulait manger les cheminées,
- elle léchait les jeux rouges (fraise),
- elle léchait les jeux verts (menthe),
- elle avait peur du flipper noir,
- elle questionnait beaucoup autour de la mort. Elle voulait voir dans les cimetières les dames figées,
- angoissée devant les photos parce que les personnages ne bougent pas,
- parle de la mort de Balavoine.

Par contre, elle avait des activités plus adaptées; aussi, vers 12 ans, elle prenait le bus seule pour aller à l'école.

Elle ne supportait pas qu'on l'empêche de faire le ménage, cette activité prenait des allures obsessionnelles.

Docteur Yves Da ROLD
Mme Claudine BRIENS - Surveillante.

On garde le Cap !

Compte-rendu de l'Assemblée Générale
du 20 janvier 1995

L'Assemblée Générale de l'Association Croix-Narine Basse-Normandie s'est tenue le vendredi 20 janvier 1995 à la M.J.C., la Prairie à Caen.

"1994 fût une année satisfaisante. On suit le cheminement prévu". C'est en ces termes que le président J.F. Golse a ouvert la réunion en présentant son rapport moral. Il a notamment dressé un bilan positif grâce aux trois rencontres qui se sont déroulées à Bayeux, Caen et Graignes les 21 mars, 30 mai et 4 octobre. La qualité des débats, l'affluence importante des participants et la manifestation d'une décentralisation réussie ont été des motifs de satisfaction.

La revue a connu une montée en puissance en 94 avec deux numéros diffusés à 400 exemplaires sur la région. Un outil pour mieux se faire connaître qui représente le poste de dépenses le plus lourd de l'association avec un budget annuel de 24 000 F. Pour le Président: "on garde le cap" avec pour objectif cette année, la sortie de trois numéros avec l'espoir que la publication favorise la remontée des informations des trois départements Bas-Normands.

Jean-Louis Foucault, trésorier de l'A.C.M.B.M., a vu son rapport financier entériné à l'unanimité (ainsi que le rapport moral du président) en précisant que les finances restent saines pour une bonne part grâce au soutien de la C.R.A.M..

Il a été procédé à l'élection du tiers sortant des administrateurs et nous notons l'arrivée au Conseil d'Administration de Mme Annick GOURDIER du C.H.S. de Pontorson et de Mme Marie-Céline LEFEBVRE du C.H.S. de Saint-Lô.

Le Conseil d'Administration s'est ensuite réuni pour l'élection du bureau. Mme Paule Mondoloni, Vice-présidente, ayant souhaité pour des raisons de disponibilité personnelles quitter son poste tout en demeurant au Conseil d'Administration a été remplacée par M. Claude Deutsch, élu à l'unanimité.

Président: Jean-François GOLSE
Vice-président: Claude DEUSTCH
Trésorier: Jean-Louis FOUCAULT
Trésorière adjointe: Annick GOURDIER
Secrétaire: Bernard NOUHAUD
Secrétaire adjoint: Daniel CATHERINE



A propos d'un Projet de Desinstitutionnalisation

par le Docteur Patrick MARIE

Le pavillon Provence est un service fermé qui accueille actuellement en hospitalisation temps plein 9 patients de 23 à 38 ans (8 hommes et 1 femme) autistes pour la plupart. A l'exception de l'un d'eux, venant de sa famille, tous ont un lourd passé institutionnel et sont arrivés au C.H.S. de Saint-Lô à l'âge de 17 ans, venant des services d'enfants. Ils furent accueillis dans un service de patients chroniques et de personnes âgées. Rapidement, les troubles du comportement de ces jeunes (agitation, turbulence, agressivité...) nous amenèrent à restructurer le service qui devint, à l'époque, le pavillon des "psychotiques". En raison de l'agitation et des impulsions, le mobilier était réduit au strict minimum et la vaisselle en plastique.

Certains supportaient difficilement les vêtements (ils les déchiraient) et encore moins les chaussures. Dans la journée, les jeunes déambulaient dans le service extrêmement bruyant, dans la cour ou bénéficiaient de promenades à pieds. Des sorties en minibus: pique-niques en forêt ou à la mer furent organisés. Par la suite, deux patients encadrés par deux soignants passaient une journée par semaine à la ferme thérapeutique, l'un participait à de menus travaux, l'autre nous suivait, les repas

étaient pris en commun avec les résidents. Cela s'avérait positif et nous amena à tenter des "séjours de rupture": séjour d'une semaine pour 4 ou 5 patients (expérience renouvelée les années suivantes) avec promenades à la mer, équitation, promenade en carriole, courses au supermarché... A l'exception de la cuisine, toutes les pièces étaient accessibles de jour comme de nuit sans que cela n'entraîne de problèmes particuliers (détérioration de mobilier, carreaux cassés...). Les patients participaient à de petites tâches: nous aidaient à mettre la table, à essuyer la vaisselle...

L'intérêt du petit groupe apparaissait évident: diminution du bruit générateur de tensions, et surtout prise en charge individuelle plus facile. Les observations faites pendant le séjour furent ramenées à l'équipe et discutées. Une modification du fonctionnement et, par la même, de la prise en charge, s'en suivit. Progressivement, on meubla les salles et les chambres furent dotées d'armoires. Au niveau vestimentaire, les vêtements de l'hôpital, "le commun" furent remplacés par des vêtements personnels achetés avec l'argent de l'A.A.H. en accord avec les familles, tutrices, pour la majorité. Des rencontres avec des équipes ayant en charge des patients présentant des pathologies similaires et des visites

de structures furent organisées. Cela nous conforta dans l'idée que ce service fermé de l'hôpital n'était pas adapté. Quatre soignants de l'équipe partagèrent pendant une semaine, l'expérience d'une équipe italienne de Trieste, accueillant cinq patients dans un grand appartement et travaillant sur la réhabilitation.

Le projet de sortie de l'hôpital faisait son chemin en même temps que se confirmait la nécessité d'une prise en charge individualisée.

Nous avons donc essayé de repérer, chez chacun, des capacités, si infimes soient-elles, et de travailler à partir

la psychologue suivirent le stage théorique "Autisme et stratégies éducatives" puis, ensuite, trois soignants le stage A.A.P.E.P. (évaluations). Un travail de réflexion de l'équipe, en collaboration avec le médecin et la psychologue fut ensuite nécessaire afin d'adapter cette méthode aux exigences du service (matériel, locaux, budget...).

Au fil des mois, les grandes lignes du projet que nous avons commencé à élaborer se sont précisées.

Les grands axes du projet sont présentés par le Docteur MARIE:

Une prise en charge individualisée

de cela. Ce fut souvent décevant car nous surestimions ces capacités.

Il y a deux ans, deux soignants et la psychologue qui interviennent dans le service, assisteront à une journée présidée par "Autisme France" sur le thème Autisme et Éducation en Europe et dans le monde. Cette approche basée sur la prise en charge éducative (T.E.A.C.C.H.), appliquée depuis plus de 20 ans en Caroline du Nord, nous intéressa. Six soignants ainsi que

Pour résumer très schématiquement, il s'agit de désinstitutionnaliser les patients gravement handicapés, autistes pour la plupart, de ce pavillon, par la création

d'une structure extérieure à l'Hôpital et le plus possible intégrée dans la communauté.

Il est prévu que cette structure comprenne deux lieux de vie distincts, dont les patients seront locataires.

S'y ajoute la création d'un lieu d'activités, lieu tiers, où seront mises en place les activités de soin, éducatives, psychomotrices ou autres.

L'axe principal de ce projet

est de pouvoir réaliser une prise en charge thérapeutique et éducative individualisée avec fonctionnement clairement défini et structuré, tant dans le temps que dans l'espace, afin d'essayer d'être structurant pour ces patients.

hétérogénéité entre ces patients, argument plaidant en faveur d'une prise en charge personnalisée, adaptée aux besoins et compétences de chacun d'entre-eux.

S'ils possèdent ainsi la marche,

Il est prévu un redéploiement intégral sur ce programme de l'ensemble du personnel affecté actuellement à ce service soit, outre la surveillante, 6 postes infirmiers (le 6^e ayant été attribué à partir du 1^{er} octobre 1994), 3 aides-soignants et 3 agents. Avant d'évoquer les principaux objectifs que nous nous sommes fixés ainsi que les grands axes de la prise en charge, je souhaite rappeler qu'il existe une importante

Réaliser une prise en charge thérapeutique et éducative

deux seulement ont un langage plus ou moins élaboré et l'on constate d'importantes différences d'un sujet à l'autre dans de nombreux domaines tels que celui de la coordination motrice, des capacités de compréhension ou de la propreté par exemple.

QUELS SONT LES PRINCIPAUX OBJECTIFS DE CE PROJET ?

Sortir ces neuf adultes lourdement handicapés d'un service fermé d'hôpital psychiatrique ne prend un sens véritable, en fait, que dans le cadre de la mise en œuvre d'un programme de développement individuel visant à assurer le meilleur épanouissement possible de chacun d'entre-eux.

Notre objectif est donc de leur permettre de développer leur potentiel relationnel et instrumental dans un contexte réel et stimulant - contexte favorisant aussi plus facilement l'implication des familles.

Aider chacun de ces adultes à accéder à un mieux être dans les secteurs essentiels de la vie de tous les jours et tenter d'optimiser la qualité de la relation avec son environnement implique que la prise en charge thérapeutique et éducative qui sera définie pour chaque patient s'attache plus

particulièrement à développer ses possibilités de communication, d'autonomie et de socialisation.

■ Essayer de développer la communication est fondamental car ces troubles sont particulièrement importants chez ces patients.

Il est pourtant essentiel pour chacun de pouvoir communiquer avec son entourage, que ce soit par la parole, les gestes, les images par exemple - ce qui implique la nécessité d'aider ces adultes à développer le ou les modes de communication les plus adaptés à leurs compétences individuelles, tant dans un but relationnel que d'autonomisation.

■ L'apprentissage d'une plus grande autonomie dans les domaines courants de la vie tels que l'hygiène, l'alimentation ou les repérages par

exemple, est également essentiel chez ces patients extrêmement dépendants.

Il s'agit pour chacun et après évaluation individuelle, de lui proposer les outils les plus adaptés à ses besoins et possibilités propres, en sachant que les éventuels progrès ne pourront s'observer et s'évaluer qu'après un recul suffisamment prolongé.

Améliorer les capacités de socialisation

■ Tenter d'améliorer les capacités de socialisation de ces patients fait également partie des objectifs de notre projet même s'il convient, encore une fois, d'être réaliste et modeste et d'avoir en particulier bien conscience de la nécessité pour eux d'être pris

en charge et de vivre dans un environnement protégé, du fait de leurs très faibles capacités d'autonomie.

Il s'agit de développer ou, le plus souvent, de tenter de faire acquérir l'intérêt des relations interpersonnelles et leur fonctionnement, l'intérêt des relations intersociales et la reconnaissance de l'autre.

Les relations se joueront en premier lieu au niveau des ces futurs lieux de vie ou d'activités (dont l'implantation hors C.H.S. ne pourra que faciliter la socialisation des patients); mais aussi, elles se joueront en utilisant les ressources du secteur tels que les ateliers, ou groupe d'activités ainsi que les divers équipements accessibles à tous (équitation, piscine, cinéma,...).

de gauche à droite :

Annick FINEL, psychologue

Pascal LEBEURRIER, infirmier

Andrée DUGUEY, surveillante





Docteur P. ALARY



QUELLES SONT LES PRINCIPALES ORIENTATIONS DE LA PRISE EN CHARGE ?

A. Principes généraux de cette Prise en charge :

Il s'agit d'une prise en charge individualisée et globale de la Personne déterminée en fonction du projet la concernant - projet établi et rédigé après évaluation de ses capacités et besoins personnels et en étroite collaboration avec la famille.

Dans cette optique globale, les prises en charges thérapeutiques et éducatives sont étroitement liées l'une à l'autre et complémentaires.

■ La prise en charge thérapeutique et relationnelle se fera dans tous les moments d'échanges. Elle est vécue dans toute inter-relation et donne un sens à celle-ci, que ces relations soient duelles ou collectives, au sein des lieux de vie ou ailleurs, qu'elles aient ou non des médiations pour support.

■ La prise en charge éducative se réfère en grande partie aux principes développés dans le programme TEACCH (traitement et éducation des enfants atteints d'autisme et de troubles apparentés de la communication), c'est à dire aux règles éducatives adaptées aux déficits de socialisation, de communication et d'apprentissage spécifiques de l'autisme. Le temps et l'espace y sont très structurés et les activités concrètes.

Cette prise en charge devra donc nécessairement être structurée afin de pallier un profond manque interne de cohésion et d'organisation de ces patients, qui éprouvent en outre presque tous de grandes difficultés dans le traitement des informations (auditives notamment), dans la généralisation des compé-

tences acquises et qui supportent mal les changements.

La structuration du temps et de l'espace n'est pas un but en soi, mais un moyen offert au patient pour l'aider à fonctionner de façon plus autonome, à mieux se repérer et espérer pouvoir réduire ses troubles du comportement (stéréotypies, auto-mutilations, agressivité par exemple...), troubles liés souvent à l'anxiété destructurante et au désarroi que peuvent, par exemple, entraîner de longues heures d'inactivité.

Structurer le temps et l'espace signifie non seulement différencier clairement les lieux

selon les contenus de la prise en charge (en différenciant notamment les lieux de vie des lieux de prise en charge spécifiques) mais aussi s'efforcer de définir tout aussi clairement le fonctionnement de la journée et de la semaine.

Ce « schéma d'organisation » de la structure doit donc être élaboré et rédigé en fonction des projets individuels des patients et tendre à respecter le maximum de stabilité possible, tant au niveau des horaires, avec, si possible, les mêmes horaires quotidiennes et/ou les mêmes jours de la semaine selon chaque type de prise en charge.

B. La Prise en charge individuelle

1) Le projet thérapeutique et relationnel intéresse la personne dans sa globalité. Tout doit concourir à l'enrichissement de la relation, à donner du sens au vécu.

■ Dans chacun des deux lieux de vie, la vie du groupe, de par son organisation et son fonctionnement, définit des règles (respect d'autrui, horaires des repas,...) où chacun sera aidé pour trouver sa place par rapport à celles-ci.

Le travail thérapeutique visera donc à favoriser pour chacun des patients de ces petits groupes - 4 adultes dans l'un, 5 dans l'autre - et à partir de situations concrètes de la vie de tous les jours telles que l'habillage, la toilette, ou l'alimentation, l'apparition des conditions propices à un échange relationnel et social.

Pour y parvenir, ne serait-ce que tenter de capter l'attention ou même simplement le regard du patient, le soignant pourra recourir à l'utilisation

de diverses médiations en tant que support relationnel privilégié.

■ Les médiations et activités utilisées seront déterminées en fonction des capacités et besoins de chacun des patients, des intérêts et désirs également lorsque ceux-ci auront pu être exprimés ou repérés.

Aucune médiation n'est donc à éliminer de principe, que ce soit le dessin, le peinture, le collage, le sport, la musique, la relaxation, les promenades, bains,...

Si un certain nombre de médiations - notamment celles en rapport avec les nécessités quotidiennes d'alimentation, d'hygiène ou d'habillage - auront nécessairement pour cadre les lieux de vie, rappelons l'importance de veiller à bien différencier les espaces selon ce qui s'y fait ou s'y vit.

D'autres activités seront réalisées dans le lieu dit d'activités

de la structure - tel par exemple l'atelier éducatif T.E.A.C.C.H. - ou à l'extérieur même de la structure, ainsi que cela se fait déjà.

2) Le Projet éducatif individualisé est quant à lui déterminé à partir d'une évaluation individuelle précise, effectuée par la psychologue et les soignants utilisant le test A.A.P.E.P. (Profil Psycho-éducateur pour Adolescents et Adultes), test adapté à des sujets autistes ou présentant des troubles de la communication qui, auparavant, étaient considérés intes-

tables. Ce projet éducatif pourra par la suite être modifié et ajusté en fonction de l'évolution de chacun et pour tout motif le justifiant.

Pour des raisons évidentes de structuration de la prise en charge, il apparaît important que cet atelier éducatif puisse fonctionner tous les jours du lundi au vendredi, avec le maximum de stabilité possible des horaires, des lieux et des personnels.

Evaluation et observation

Durant les week-ends, la prise en charge sera axée sur les activités de groupe de type sorties, marché,...

Outre la psychologue, la plupart des soignants tous déjà formés ou en cours de formation à cette méthode.

Deux notions sont particulièrement importantes dans le cadre de cette prise en charge thérapeutique et éducative, ce sont l'évaluation et l'observation, avec consignation écrite régulière des résultats



dans chacun des dossiers individuels.

Ainsi, d'emblée et pour chaque patient, est constitué un dossier comportant des fiches d'évaluation (avec pour base de départ l'évaluation initiale) et d'observation, ainsi que le projet individuel rédigé après échanges et concertation (incluant la famille) sur les objectifs à tenter d'atteindre.

De la régularité et de l'objectivité de ces évaluations et observations découlera, pour une bonne part, la qualité de la prise en charge. Il convient cependant d'être réaliste et d'avoir bien conscience, du fait de la lourdeur des handicaps et aussi parce que ces patients sont adultes - donc encore bien plus difficilement mobilisables que des enfants - que les progrès, escomptés ou non, s'ils apparaissent, demanderont un recul d'au moins un an entre deux évaluations de type A.A.P.E.P.

Un facteur également important est l'implication des familles, interlocuteurs privilégiés associés dès le début du projet, rencontrées indivi-

Une assistance attentive

duellement à l'occasion de l'évaluation, puis de l'élaboration du projet concernant leur enfant.

Par la suite, les familles seront associées à la prise en charge avec instauration de temps de rencontre avec l'équipe soignante incluant le médecin. Pourront également s'organiser des réunions regroupant toute l'équipe et l'ensemble des parents.

La création d'une association type loi 1901 est envisagée. Elle aurait l'intérêt de renforcer non seulement cette implication des familles mais aussi la

Enfin, malgré l'inadéquation actuelle des lieux, et dans l'attente de pouvoir réaliser ce projet, l'équipe a modifié son fonc-

tionnement dès le mois de novembre dernier, avec création de deux groupes au sein du service et prise en charge se rapprochant au maximum de celle définie par le projet. (Fin de l'intervention du Dr MARIE).

L'équipe soignante a souhaité expérimenter ce projet dans le service afin de s'assurer de sa faisabilité et d'avoir un certain recul par rapport à ce nouveau fonctionnement.

En mai nous avons commencé les évaluations A.A.P.E.P.

En novembre 1994, quelques travaux ont permis d'aménager dans le service deux lieux de vie autonomes et des salles d'activités. - un lieu de vie au rez-de-chaussée pour cinq patients - un lieu de vie à l'étage pour quatre patients.

Les groupes de patients ont été formés en tenant compte principalement des relations interpersonnelles.

Lieux de vie autonomes et salles d'activité

responsabilité, même indirecte des patients dans la gestion de leur quotidien, leurs parents étant généralement aussi leurs tuteurs.

Chaque soignant est référent des patients d'un lieu de vie mais aussi d'une ou plusieurs activités incluant des patients des deux groupes. Deux soignants ont été détachés pour les activités avec l'horaire 8 h 30 - 16 h 30 (temps fort de la journée). Nous essayons de leur donner le maximum de repères dans l'espace: différencier les lieux (lieux de vie, de travail et de loisirs), des repères dans le temps, à l'aide de plannings avec des pictogrammes pour ceux qui peuvent les comprendre.

La prise en charge commence le matin avec le lever vers 8 heures: petit déjeuner suivi de la toilette. L'aide apportée à la toilette est fonction de l'autonomie de chacun (simple surveillance, guidance physique). L'important est de prendre le temps nécessaire (ne pas faire à leur place, même si cela va plus vite).

9 h 30 - 12 h: ce sont les activités en salle d'apprentissage ou en ateliers ou promenades avec à 10 h 30 une pause pour les patients, utilisée à la fois comme support relationnel et éducatif (socialisation).

12 h: repas, au rez-de-chaussée, deux soignants prennent leur repas avec les patients; deux apprécient particulièrement ce moment propice à la relation et support éducatif, comme la pause du matin.

14 h - 16 h: activités ou promenades avec pause à 16 heures.

Quelles sont ces activités?

■ Les activités "éducatives" ou exercices d'apprentissage se font dans une salle aménagée spécialement pour cela (chaque patient a son coin de travail personnel (actuellement

cinq patients). Chaque lundi on établit avec deux patients leur planning individuel de la semaine avec représentation des temps forts de chaque journée au moyen de pictogrammes et chaque matin un planning journalier, toujours avec ces supports visuels. Ils bénéficient avec trois autres patients d'activités éducatives adaptées à leur profil, ceci afin de ne pas les mettre en échec d'emblée. La durée de l'activité, de quelques minutes à 1/2 heure, voire plus, est fonction de chaque patient mais aussi du moment. Notre difficulté est de trouver pour ces patients une activité suffisamment simple capable de les mobiliser, de même qu'il faut, sans cesse, imaginer, rechercher de nouveaux exercices afin d'éviter l'usure, le désintérêt, la démobilité du patient.

■ Au niveau du service, nous avons également un atelier peinture, un atelier bois, un atelier démontage de composants électroniques (triage). Ces ateliers servent à la relation mais permettent aussi aux patients de travailler leur dextérité.

■ Activité "pâtisserie" une fois par semaine avec achats d'ingrédients au supermarché.

■ Promenades à pied une ou deux fois par jour pour les plus déficitaires (très demandeurs).

■ Le sport une fois par semaine au gymnase de l'hôpital avec deux soignants et le moniteur de sport.

■ L'équitation dans un centre équestre pour trois patients, une fois par semaine.

■ La piscine-relaxation pour un patient dans un cabinet de kinésithérapeute en ville avec des patients d'autres services.

■ L'atelier "expression" à l'Hôpital de jour: découpage dans des revues et collage pour un patient, afin de tester sa capacité d'intégration dans un groupe.

■ Sorties en vélo et tandem pour trois patients avec, au retour, arrêt dans un café pour prendre "un pot".

Activités diversifiées

■ Activité "musique" pour un patient en individuel, avec le musicothérapeute du C.H.S..

■ Les achats de vêtements, excepté pour trois, se font avec les patients. Nous essayons de les associer autant que possible à des actes qui les concerne.

■ Coiffeur en ville pour trois patients, accompagnés par un soignant.

■ Marché le samedi, pour 2-3 patients, chaque fois que l'effectif le permet, avec achat de gaufres ou de crêpes.

■ Football le dimanche après-

midi pour un patient (en tant que supporter, accompagné d'un soignant).

■ Visites dans leur famille: hebdomadaires pour un patient, à la demande pour un autre accompagnés d'un soignant.

■ Un patient passe un week-end sur deux dans sa famille; pour un autre patient, c'est un dimanche par mois.

Quelques observations après six mois de ce projet:

■ Diminution du bruit qui a eu pour conséquence une diminution des tensions et de l'agressivité.

■ Intérêt du petit groupe qui favorise l'observation et la prise en charge individuelle.

■ Les familles ont apprécié la mise en place de ces deux lieux de vie: lieux plus agréables (cadres sur les murs, plantes vertes) et "calme" nous ont-elles dit.

Les bénéfices de ce fonctionnement sont tels que l'équipe, bien qu'en effectif réduit le week-end, continue de fonctionner en deux groupes.

Tandis que se poursuit le projet intra-muros, l'équipe peaufine son projet extra-muros tout en développant un partenariat avec les familles.

Du 19 au 21 Mai 1995

EXPOSITION BOTANIQUE

à la salle des fêtes de Pontorson,
place de la Mairie.



Une exposition organisée par
les Associations et les Ateliers Thérapeutiques
du Centre Hospitalier Spécialisé de Pontorson.

Horaires d'ouverture :

Vendredi 19 : 10 h 00 à 19 h 00

Samedi 20 et Dimanche 21 : 9 h 00 à 19 h 00

Entrée gratuite

L'exposition botanique présente toutes les variétés que l'on trouve dans le Sud Manche mais aussi, les organisateurs proposent un coin jardin

Cette manifestation est le fruit de la collaboration des associations et ateliers thérapeutiques du centre hospitalier spécialisé de Pontorson avec, notamment, les deux centres thérapeutiques agricoles de l'établissement.

Pontorson

Rendez-vous

St-Lô



organisé par :

Le Conseil Régional
de Prévention de l'Alcoolisme
de Haute et Basse Normandies

Secteur de Santé Mentale de
Saint-Lô
86, rue de Baltimore,
50008 SAINT-LO Cedex
Tél.: 33 77 77 59

ALCOOL & EXCLUSION(S)

24 Juin 1995 de 9 h 00 à 18 h 00

Maison du Département à SAINT-LO

BREVES

ARC-en-CIEL en VERSICOLOR

Arc-en-ciel a présenté du 20 février au 3 mars au centre culturel Hippolyte-Mars d'Equeurdreville, puis du 6 au 28 mars au B.J.T. Le Roc de Granville, son exposition annuelle intitulée VERSICOLOR. Une quarantaine d'oeuvres, peintures, collages et sculptures ont garni les murs de ces hauts lieux de la culture départementale. Le succès rencontré par Versicolor inscrit désormais Arc-en-ciel de plein pied dans le paysage associatif du Nord-Cotentin. Cette association qui est née de la Santé Mentale regroupe une soixantaine d'adhérents.

AMARRAGE AU FORUM

L'association Amarrage a tenu un stand au forum des associations qui s'est déroulé les 28 et 29 janvier derniers au complexe sportif Chantereyne de Cherbourg. Cette manifestation a permis aux amoureux des vieux gréements de mieux se faire connaître et de montrer que la restauration et la pratique de la voile à "l'ancienne" sont à la portée de tous. Située au centre Colbert d'Equeurdreville, Amarrage ne cesse de s'ouvrir des horizons avec l'Angélus, vaquelotte du Cotentin qui navigue depuis plus de deux ans, mais aussi avec le Saint-Edouard, le Pamam et le René-Jean, trois navires en cours de restauration. Le forum a été aussi l'occasion de présenter le projet "gabarre", où Amarrage est l'un des partenaires essentiels pour voir bientôt les rives de la Douve reprendre vie au coeur du "Parc des Marais" dans le centre Manche.

VOTRE COURRIER

Adressez les nouvelles que vous souhaitez voir apparaître :

- soit directement à Madame Maryse CORBET, secrétaire de rédaction A.C.M.B.N., Secrétariat du Docteur GOLSE, 50360 Picauville,
- soit au Docteur PITON, correspondant de la revue pour le département du Calvados,
- ou au Docteur ANDERSON, correspondant pour le département de l'Orne.

QUELQUES CHIFFRES

CONVENTIONS COLLECTIVE valeurs du point

CC 1951	(1/03/95)	25,59 F
	(1/11/95)	25,95 F
CC 1961	(1/03/95)	21,48 F
	(1/11/95)	21,79 F

Tarifs Médico-sociaux 1995

Service de soins	184,40 F
Care Médicale	151,85 F
Forfait Soins	18,80 F

Indemnités kilométriques au 1er janvier 95

CC 1951	5 CV et moins	2,24 F
	6 CV et plus	2,67 F
CC 1966	5 CV et moins	2,08 F
	6 CV et plus	2,48 F

BREVES

CITE et SANTÉ MENTALE

L'association Prisme organise son colloque 1995 à Cherbourg les 30 novembre et 1^{er} décembre avec la participation de Croix-Marine dans les locaux de l'I.U.T. sur le thème de Cité et Santé Mentale. Les responsables des deux associations se sont rencontrés au centre Esquirol de Caen le 13 mars dernier pour définir les grandes lignes de cette manifestation.

Au programme, six ateliers :

1. Ruralité et Santé Mentale
2. Urbanisme et Santé Mentale
3. Adolescent dans la cité
4. Insertion : jusqu'où devons-nous aller ?
5. Les usagers dans et hors de la cité
6. De la pratique Infirmière en extra-hospitalier...
au diagnostic infirmier en Santé Mentale

Deux journées de préparation les 23 mai et 3 octobre sont prévues à l'Institut de Formation du CHS de Caen. Pour toutes informations contacter Mme M.-J. PONT, Tel: 31.30.50.50.