

PRATIQUE & RECHERCHES

En Santé Mentale

N° 2

LES
APPARTEMENTS
THERAPEUTIQUES,
FAISONS LE POINT!...



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

ASSOCIATION CROIX-MARINE D'AIDE A LA SANTE MENTALE DE BASSE-NORMANDIE

ADRESSE : 1, place Villers - 14000 Caen - Tél. : 31.50.01.04

BUT DE L'ASSOCIATION (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 ségréguatives ;
- 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.

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Président : Monsieur DEUTSCH C., Foyer de Cluny, 121, rue d'Auge, Caen.
Vice-président : Monsieur le docteur GOLSE J.F., CHS Picauville, 50360.
Secrétaire général : Monsieur DOBENESQUE R., CHS, 93, rue Caponière, Caen.
Trésorier : Monsieur DUBOIS J.-M., hôpital Saint-Louis, 61300 L'Aigle.
Secrétaire g^{le} adjointe : Madame HERBERT C., CHS, 93, rue Caponière, Caen.
Trésorière adjointe : Madame DUTEIL F., hôpital Saint-Louis, 61300 L'Aigle.

MEMBRES

Madame le docteur FILI, Bayeux.
Madame MONDOLONI P., UNAFAM, Caen.
Madame PERNOT F., CHRS l'Abri, Caen.
Madame LESENECHAL A., Pontorson.
Monsieur ALCAINA, Ass. « La Clé des champs », CHS, Caen.
Monsieur COCHEREL, Pontorson.
Monsieur le docteur DAVY, Bayeux.
Monsieur le docteur HAIZE, Picauville.
Monsieur NOUAU, Picauville.
Monsieur LEGAL, Foyer Espérance, Valognes.

Sommaire n° 2

| | |
|--|-------|
| Editorial - Compagnonnage..... | p. 5 |
| L'expérience des appartements thérapeutiques du centre Esquirol..... | p. 7 |
| Point de vue des parents..... | p. 15 |
| Santé mentale et vieillissement en institution..... | p. 19 |
| L'Escale, « lieu d'écoute » | p. 25 |

Editorial

Compagnonnage

Voilà maintenant deux ans et demi que notre association existe. Il convient de dire ici que nous avons tenu notre contrat : trois rencontres par an, réunissant à chaque fois plus de cent personnes et de nos deux assemblées générales, prétextes à des échanges avec Roger Gentis puis avec Roger Mises. C'est rendre justice aux intervenants aux rencontres que de saluer la très grande qualité de leurs exposés. Qui sont-ils ? Après les équipes de Picauville, Pontorson et Caen-Est qui étaient intervenues sur le thème des fermes thérapeutiques, nous avons entendu successivement :

- les équipes du centre Esquirol et du service de pédopsychiatrie de la Glacerie, ainsi que la présidente de l'Unafam sur le thème des appartements thérapeutiques ;
- les équipes de l'Orne (Alençon, Flers, L'Aigle) sur le thème « lieux d'accueil, lieux d'écoute » ;
- les équipes de Picauville (Cherbourg, Valogne, Carentan) sur le thème « vieillissement et santé mentale » ;
- les équipes de l'antenne psychiatrique de Bayeux, de Coutance, de Cluny-Bellengreville sur le thème de l'aventure ;
- les équipes de pédopsychiatrie de Caen, de l'association « Les Arts », de l'Association du cerf-volant sur le thème des activités d'expression ;
- les équipes du Centre de la rue de Bretagne, des foyers psychothérapeutiques de Lehueur Le Lièvre, de l'Abri sur le thème des marginalités.

Dieu, quelle richesse dans la diversité des thèmes et des intervenants ! A ce sujet, il y a encore beaucoup à dire. Il faudrait dire les noms de tous ceux qui, de Patrick Arz et madame Allain à Isabelle Bertelier, en passant par Didier Alcaïna par exemple, se cachent derrière la curieuse litanie « les équipes d'ici ou là ».

Dire « les équipes de » ou citer les noms des personnes intervenantes ? Cette question me rappelle le débat qui eut lieu à la fondation de l'association. Association de personnes morales ou de personnes physiques ? Les personnes physiques sont inscrites dans des collectifs de travail et de pensée. Les personnes morales sont faites de personnes de chair et d'os, qui s'engagent, qui prennent le risque de la parole. Mais il faut maintenant évoquer les autres. Ceux qui sont venus, non pas en auditeurs passifs, mais en acteurs prêts à en débattre. Ceux qui étaient invités comme le docteur Alix (de la Charité) et madame Louatron (de la Croix rouge), mais aussi tous les autres. Ceux qui posent des questions ou qui portent témoignage du fait qu'eux aussi, avec Untel, ils ont vécu, tel jour telle peine, telle joie, telle angoisse.

Ce besoin d'en parler n'est pas seulement naturel, il est vital. Dans ce sens, nos rencontres ne seront, je l'espère, jamais des grand-messes. Aucun d'entre nous n'a jamais revendiqué détenir une vérité transcendante.

Il n'y a là aucune humilité. Bien de la fierté au contraire à faire part de son action, comme l'artisan à montrer son oeuvre.

Ce numéro réunit des textes de trois rencontres différentes : la deuxième, la troisième et la quatrième.

Nous n'avons pas réussi à réunir dans l'après-coup tous les textes des interventions à ces rencontres. Nous avons donc choisi de publier ceux que nous avons, avec l'idée de permettre la publication des interventions à venir dans les trois mois ou les six mois qui les suivent.

Nous souhaitons aussi publier toute sorte d'articles écrits par « quelqu'un d'une équipe d'ici ou là » et qui a tant à dire.

Mais de ça, on en reparlera la prochaine fois.

A bientôt.

Le Président

C. DEUTSCH

L'expérience des appartements thérapeutiques du centre Esquirol

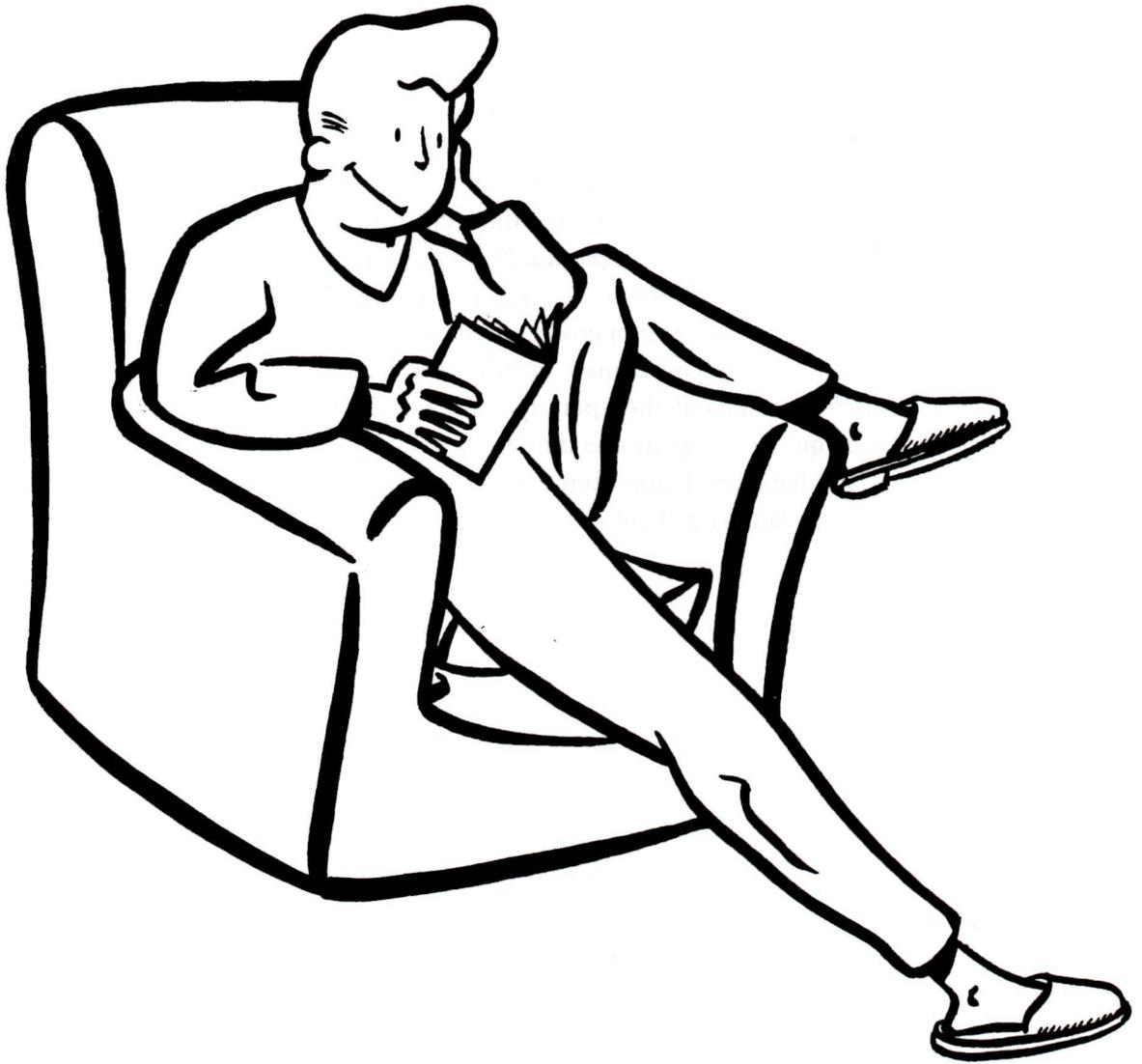
Centre Esquirol (CHU Caen)
M^{me} ALLAIN - M. ARZ

Notre réflexion a démarré en 1982. Deux groupes de travail se sont constitués : l'un sur l'hôpital de jour, l'autre sur les appartements thérapeutiques. C'est cette dernière expérience que nous allons relater. Les membres de chaque groupe se sont déterminés volontairement. Ils appartenaient aux différentes unités de soins (4). Toutes les catégories de personnel étaient participantes. Nous partions du constat qu'un groupe de patients jeunes tendait à se chroniciser, à nouer des liens de dépendance avec le service, allant de pair avec une désocialisation croissante. Nous étions confrontés à des réhospitalisations fréquentes, témoignant d'une « marche trop haute » à franchir à la sortie du service. L'idée de l'appartement thérapeutique est alors apparue comme une réponse plus adaptée, parce qu'elle intégrait une dimension sociale non prise en compte dans le projet thérapeutique habituel. L'appartement représentait une transition nous permettant d'aborder le sujet dans sa globalité.

PREMIERE EXPERIENCE

Chacune des quatre unités du service a proposé au groupe de travail une liste de patients susceptibles de bénéficier de cette prise en charge. Le nombre de candidats potentiels (11) dépassant le nombre de places (4) dont nous disposerions, le groupe de travail a d'emblée été confronté à la difficulté d'opérer un choix parmi les patients. Des critères tendant à refléter une capacité de vie collective en appartement ont donc été définis (par exemple : absence d'agressivité, autonomie ménagère, relations avec les autres). Ces critères nous ont permis de retenir seulement deux propositions de candidatures pour l'ouverture de l'appartement.

Pascal, 26 ans, et **Michel**, 28 ans, qui se connaissaient bien et appréciaient leur compagnie mutuelle, ont été intéressés par notre projet. Nous avons établi un contrat avec eux, précisant la durée du séjour (six mois renouvelable une fois) et des règles de cohabitation. A tour de rôle, deux membres de l'équipe se rendaient deux fois par semaine à l'appartement pour rencontrer les résidents. Des visites improvisées avaient lieu à leur demande. Une réunion avec les résidents et les soignants tous les mois permettait de faire le point.



- Aujourd'hui, Pascal vit dans sa famille avec une relative autonomie qui lui permet de trouver des emplois temporaires. Il est toujours sous tutelle UDAF.

- Michel vit seul dans son appartement depuis trois ou quatre ans. Il participe à des actions de bénévolat (ATD Quart monde) et a su construire à l'extérieur un cercle de relations. Il n'est plus suivi médicalement par le service mais garde des contacts réguliers avec la psychologue et l'assistante sociale, qui ont auprès de lui un rôle de guidance et ont une fonction d'écoute.

En tout, sept patients ont vécu dans ce premier appartement (un F 5) entre 1984 et 1986.

- Nous allons exposer le cas de **Jean-Hugues** :

Présentation de Jean-Hugues

Patient pris en charge à l'appartement thérapeutique rue Galmanche, de 1985 à 1986 (pendant un an).

Jean-Hugues est célibataire, et titulaire d'un CAP de coiffeur. Il a exercé sa profession pendant quelques années avant d'être mis en invalidité.

Il a vingt-deux ans lorsqu'il entre pour la première fois dans notre service après une défenestration lors d'une bouffée délirante.

Pendant les dix années qui suivent, Jean-Hugues subit de nombreuses hospitalisations, que ce soit dans notre service ou dans la région parisienne, avec une symptomatologie qui associe :

- un délire très riche ;
- des troubles dysthymiques.

Le retentissement social de ses troubles évolue vers une désinsertion professionnelle, puis, plus globalement, sociale :

- dépendance totale vis-à-vis de sa famille ;
- rétrécissement de son cercle relationnel.

A ce moment, tout projet thérapeutique se heurte autant à sa désocialisation qu'à sa pathologie. Le passage en appartement thérapeutique devait permettre de prendre en compte l'ensemble de la situation.

Jean-Hugues accepte la proposition d'appartement thérapeutique sans grand enthousiasme, comme alternative :

- à une hospitalisation qui se prolonge ;
- à une ambiance familiale où les rapports se dégradent ;
- faute de perspectives d'avenir plus réalistes.

Manifestement, pour lui, vivre en appartement ne le renvoie à aucune expérience connue. Il a une relation symbiotique avec sa mère, celle-ci anticipe tous ses besoins (tels garde-robe fournie, parfums...).

Dans l'entrée de Jean-Hugues à l'appartement, va se jouer aussi son individuation par rapport à sa mère.

Les réalités pratiques sont difficiles à appréhender, citons par exemple :

- payer son loyer ;*
- mettre de l'argent dans la caisse commune du groupe et le réserver pour les frais domestiques ;*
- faire les achats avec mesure.*

Rapidement, Jean-Hugues a été mis sous tutelle. Le tuteur est extérieur à la famille, à notre demande.

Progressivement, Jean-Hugues apprend à prendre en considération les autres (moins monopoliser le téléphone qu'il avait installé dans sa chambre, participer aux tâches domestiques...). Nous découvrons à cet égard qu'il est un fin cuisinier et qu'il sait élaborer des menus.

Les relations familiales au fil des mois deviennent plus harmonieuses. La mère est toujours présente et prévenante, mais leur relation est moins fusionnelle, l'appartement semblant jouer un rôle tiers ou médiateur.

Son mode de vie à l'appartement

Jean-Hugues se lève très tard, passe beaucoup de temps à sa toilette, sort dans les bars tous les soirs. Souvent insomniaque, il téléphone très longtemps au personnel de nuit au centre Esquirol.

Ses relations avec l'équipe

Au cours des visites, Jean-Hugues se montrait toujours très accueillant, monopolisant rapidement l'attention en déversant de multiples plaintes, ou en faisant part de ses projets grandioses (devenir un grand coiffeur de Paris, mannequin, modèle de photos...), Jean-Hugues exprimant souvent sa nostalgie de la vie parisienne qu'il a connue dans le passé.

Ses relations avec les autres patients dans l'appartement

Jean-Hugues s'est rapidement montré « le maître de maison » dans l'appartement. Volontiers « râleur », il est chaleureux et attentionné envers les autres.

Ses relations avec le voisinage

Jean-Hugues avait des rapports cordiaux, mais distants avec le voisinage. La concierge, qui fut une alliée dans les moments difficiles, le juge très poli « mais pas très bavard ».

L'après appartement pour Jean-Hugues

Jean-Hugues a été le dernier à quitter cet appartement. Il a trouvé un appartement personnel tout près de l'appartement thérapeutique. Il y habite toujours, garde des contacts réguliers, mais plus distants avec l'institution. Pour exemple, il n'a jamais souhaité de visites à domicile chez lui, et il n'y en a jamais eu.

Sur le plan fonctionnel, il n'y a pas eu de réinsertion, malgré un dossier COTOREP, Jean-Hugues se débrouille, coiffe des personnes à domicile, clients qu'il se trouve par relation.

Sur le plan affectif, il a une relation homosexuelle suivie.

Il suit régulièrement une psychothérapie. Il vient très récemment d'être hospitalisé, c'est la première fois depuis 1985, c'est-à-dire depuis son entrée à l'appartement thérapeutique.

• **Mr B** a été pris en charge dans une famille d'accueil près du C.A.T. où il était intégré depuis de nombreuses années. Son insertion s'y est parfaitement réalisée.

• **Gérard S.** a regagné l'institution. Il supportait mal la cohabitation et se manifestait par des passages à l'acte violents et auto-agressifs. Un essai d'appartement individuel avec un soutien important a été mis en place. L'expérience s'est également soldée par un échec. Il vit actuellement dans une maison de retraite.

• **Richard S.** vit dans son appartement personnel, très soutenu par sa famille. Il fréquente régulièrement notre centre de jour.

L'évolution des résidents de cette première expérience a été sensiblement la même, c'est-à-dire vers l'acquisition d'une autonomie qui reste relative. Les uns et les autres ont soit un tuteur, soit une famille qui assure ce rôle. A côté du strict aspect de la réinsertion sociale, leur vie affective et sentimentale s'est enrichie. Monsieur R., par exemple, a renoué avec sa mère et a vécu quelques temps avec une compagne.

DEUXIEME EXPERIENCE

Fort de cette première expérience, l'appartement thérapeutique apparaissait comme une alternative valable à l'hospitalisation. Son utilisation faisait maintenant partie d'une logique institutionnelle. Nous nous sommes donc engagés dans la location d'un appartement F4 destiné à ne recevoir que trois résidents. Mais les patients que nous y avons installés ne répondaient pas aux critères qui avaient procédé à l'ouverture du premier appartement. Il s'agissait de patients jeunes qui avaient tous un passé institutionnel lourd et leur hospitalisation répondait à leur fin de prise en charge dans les structures pour enfants ou adolescents. L'absence de structures adaptées à leur situation déterminait d'emblée l'hospitalisation en psychiatrie à n'être qu'un pis-aller.

Cette seconde expérience, entre 1986 et 1988, s'est avérée difficile. L'inadaptation des résidents se traduisait par des passages à l'acte multiples, une incurie, une sociabilité défaillante, qui nécessitaient de notre part une médiation constante et des interventions dans l'urgence. Malgré les vicissitudes souvent douloureuses de cette seconde expérience, elle fut en partie positive pour deux des résidents.

- Pour **Michel**, cela a permis à sa famille de constater qu'il lui était possible de vivre en dehors de l'hôpital. Il vit aujourd'hui dans une petite structure de type lieu de vie.

- **Jean-François** est maintenant externe au foyer de Cluny, où il bénéficie d'une prise en charge active.

- **Denis**, aujourd'hui, vit seul dans un appartement loué par l'association. Les difficultés rencontrées sont considérables. Denis nécessite une assistance permanente dans tous les actes de la vie quotidienne (l'équipe lave son linge, fait ses courses, etc.). Il n'a noué aucun lien avec l'extérieur. L'équipe a un rôle important de médiateur avec le voisinage qui le tolère difficilement. Elle intervient aussi pour rompre sa solitude. Par contre, les expériences communautaires (séjours au Pain de vie, séjours de vacances) ont toujours été bénéfiques.

EN CONCLUSION

Ces deux expériences si différentes l'une de l'autre nous ont permis d'acquérir des points de repères importants dans notre pratique de soignants :

- La nécessité d'avoir un projet réfléchi et adapté en fonction de chaque patient afin de ne pas se laisser entraîner dans une logique institutionnelle qui nous détournerait de nos objectifs premiers ;
- un projet établi en pensant à certains patients n'est pas nécessairement reproductible pour d'autres.

Pour poursuivre ce que nous venons déjà de dire, il nous semble que le fonctionnement institutionnel tend à la répétition ou à des actions stéréotypées qui perdent l'âme du projet initial.

Actuellement, nous n'avons plus d'appartement thérapeutique. Notre pratique s'est orientée vers des projets beaucoup plus individualisés. Nous travaillons avec des patients en appartements individuels protégés.

Il peut sembler plus simple de prendre en compte un sujet plutôt qu'un groupe, d'autant qu'on peut y voir un aspect plus personnalisé dans la relation. Cependant, la vie de groupe, comme dans la première expérience, apportait une qualité de vie et contenait une dynamique propre qui, selon nous, a été pour beaucoup dans l'évolution de chacun des résidents.

Points de vue de parents

M^{me} Paule MONDOLONI
Présidente UNAFAM Calvados

Lorsque les maladies mentales atteignent le ou les membres d'une famille, de nombreux et douloureux problèmes, auxquels on n'avait jamais pensé, se dressent alors de toutes parts : incompréhensions, souffrance, isolement, inquiétude devenant angoisse, calomnies !...

Le malade, quel est-il ? C'est d'abord un homme ou une femme qui souffre. **C'est un grand souffrant !** et son entourage souffre **avec lui** et à **cause de lui**.

Ce fléau frappe tous les milieux sociaux, et atteint aussi bien l'analphabète que le sujet le plus brillant et, comme a pu l'écrire l'éditorialiste d'un grand quotidien : « Nous sommes tous des handicapés en puissance et des vieillards en devenir ».

A une certaine époque, encore assez proche, il fallait détruire la famille, cette moralisatrice de « mauvais aloi » et c'est ainsi qu'au cours de la formation des futurs psychiatres, on leur répétait jusqu'à « satiété » : « c'est de la faute des familles s'il y a un malade mental ».

Un philosophe a complété la destruction en déclarant : « l'enfant n'appartient ni à sa famille, ni à la société, ni à Dieu, il appartient à lui-même », et c'est ainsi que des enfants de treize-quatorze ans (livrés à eux-mêmes) se sont suicidés, et j'en connais...

Je sais très bien que les familles ne sont pas irréprochables, il y en a de déconcertantes, même à l'U.N.A.F.A.M., mais accuser d'emblée, quelle analyse simpliste et stupide !...

A partir de là, sont nés des conflits, assez graves parfois : entre parents et enfants, parents et soignants, médecins, infirmiers, travailleurs sociaux. **Conflits entre soignants au détriment des malades**, et des malades envers leurs soignants ; des faits, que j'ai toujours présents à l'esprit, en sont la preuve.

Inquiétude des parents à la suite de la déclaration d'une psychiatre : « Votre fille est libre de son corps ! » Sans doute ! Mais vu l'état de santé de la malade à l'époque, cela demandait un peu plus d'analyse, de réflexion. Le résultat : **trois enfants et bien sûr pas du même père !** Impossibilité pour la patiente de s'en occuper. Les parents fatigués, comme tout un chacun, par une vie de labeur, ont actuellement la charge de ces gosses. Après la disparition des grand-parents, que deviendront-ils ?... La drogue, la délinquance, ou peut-être un coup de chance !...

Pendant ce temps, d'un « pied léger », cette aimable psychiatre continuera de propager ses théories.

Toujours inquiétude. Quelques jours avant une sortie d'hôpital, dix minutes d'entretien, **pas plus**, le psychiatre disant : « Vous ne vous entendez pas avec votre fille, elle ira dans tel foyer ou dans tel appartement... » **La fille encore bien atteinte**, coupure totale... avec les siens. Mais huit jours après, l'équipe savait bien entrer en contact avec ces derniers **pour avoir du « fric »**, en fixant la somme, sans chercher à savoir si les revenus parfois modestes le pouvaient.

Les événements ont donné raison à la famille. La patiente est retournée à l'hôpital, **après maintes aventures**, sans qu'aucune piste de progrès n'apparaisse, après quelques années.

Il y a également des familles qui nient la maladie. « Il n'y a qu'à le ou la secouer, lui "botter les fesses", c'est un ou une paresseuse ». Des parents viennent me trouver pour un travail, un emploi, « tout de go » comme si le miracle existait, surtout en ces périodes de chômage.

Il y a des pères, des mères, qui partent, maternent, devenant esclaves de leurs enfants, les enfonçant de plus en plus dans la maladie...

Il y a les reproches mutuels du père, de la mère : « **ton** fils, **ta** fille... est fou, je ne veux plus le voir », oubliant qu'ils étaient deux à procréer. Il y a toute la fratrie qui rejette...

Mais à travers beaucoup d'événements négatifs (la vie est ainsi faite), il y a heureusement **évolution de la psychiatrie, évolution des mentalités**. Je retiens ici ce qu'a dit, entre autres, Claude Deutsch, président des Croix marines de basse Normandie, le mot « cloisonnement »... éviter le cloisonnement. « Il faut que la parole circule ».

Quand la famille peut s'occuper du malade, il faut tout supporter, savoir notamment discerner la part de chantage, qui devient un jeu, se transformant en esprit de contradiction chronique. La famille doit apprendre, au fil des jours, à se changer elle-même, pour qu'un dialogue, si possible, puisse un jour s'instaurer pendant les moments de détente, savoir se taire pendant les crises, **encourager dès le moindre effort**.

Après tout ce long préambule s'intitulant : « point de vue de parents », voici maintenant la question qui m'est posée au cours de cette rencontre :

La cohabitation est-elle souhaitable ?

Si la famille peut, à la fois, être souple et ferme, qu'elle réalise qu'il y aura de bons moments et de « fichus quarts d'heure », en un mot qu'elle sache, à travers les peines et les joies, rester forte, alors oui, la cohabitation est **souhaitable**, je ne dis pas qu'elle doit être « durable », mais qu'elle serve de relais, de tremplin, pour qu'un jour, que nul ne peut fixer à l'avance, le patient puisse jouir d'une certaine liberté.

La famille se doit de comprendre les désirs d'indépendance de son malade, c'est naturel, c'est légitime... Elle aurait bien voulu, cette famille, voir son enfant s'intégrer dans la société, comme tous les autres, **mais la réalité est là, elle ne peut être niée...**

Oui, possibilité après une bonne préparation de vivre en studio, appartements, sans rompre les liens : famille, patients, soignants.

Qui de nous peut se vanter de vivre sans un lien d'amitié, en totale solitude ?
Personne je pense !

Je sais que des familles, malgré une apparente liberté donnée à leurs patients dans des studios, iront journallement, continueront de paterner, de materner... Alors, à leur tour, un certain déséquilibre les guette... C'est pourquoi, je pense, que l'U.N.A.F.A.M. a été créée, non pas pour trouver des solutions (il n'y en a pas), mais pour, ensemble, chercher des pistes...



Richard
T. Kelly

Santé mentale et vieillissement en institution

(maisons de retraite, foyers, résidence, etc.)

CHS de Picauville
Secteur de Valognes
par Roland HAIZE

Je vais parler de gens que j'aime beaucoup qui vivent dans un univers où résident des personnes le plus souvent très âgées et qui viennent à la rencontre de la mort.

Pénétrer dans cet univers trop souvent marginalisé signifie parfois un choix motivé par une vie de solitude que l'on ne veut plus connaître pour ses derniers jours. La politique psychiatrique nouvelle a aussi fourni un contingent non négligeable de résidents, notamment en maison de retraite.

D'autres arrivent là à force de handicaps, après parfois un long et difficile chemin dans le maintien à domicile ou dans le maintien dans le milieu familial et souvent alors dans un contexte difficile de conflits liés à l'épuisement de l'environnement avec une douloureuse séparation de la famille et du lieu de vie avec un deuil progressif ou brutal de ce qui a été le passé vers un avenir mortel.

D'autres arrivent brutalement quand le conjoint vient à décéder ou quand l'un des deux est touché par la maladie ou le handicap ajoutant aux deuils précédents le deuil brutal ou progressif du compagnon.

Ou plus brutalement encore arrive parfois la personne dont personne ne veut plus, que personne ne revendique plus et c'est peut-être le plus terrible que de ne plus pouvoir se réclamer de quiconque.

C'est intentionnellement que je parlais d'univers marginalisé car les circuits d'admission placent ces lieux en espace d'exclusion et de retrait du monde social et c'est peut-être une raison pour laquelle la psychiatrie, outre qu'elle a confié une partie de ses propres exclus à ces structures, se sent une solidarité et une interrogation.

Nous sommes en effet invités à intervenir en ces lieux comme spécialistes de la relation, ce qui pose la question du pourquoi de cette intervention et de la demande qui nous est adressée.

Pourquoi intervenir ?

Nous sommes dans une société qui a été capable de prolonger la vie de ses membres, mais où l'évolution se fait vers une intolérance croissante aux sujets vieillissants et ce n'est pas le moindre paradoxe que de poser simultanément deux questions :

- Comment combattre la ségrégation ?
- Comment organiser la ségrégation ?

Cette contradiction intéresse au plus haut point la psychiatrie et nous interroge même sur notre rôle de soignants psychiatriques, nous qui avons assumé dans des lieux asilaires une autre forme d'exclusion sociale et nous posons toujours la question de quelle exclusion nous pouvons procéder.

Il nous appartient à tous de concevoir des systèmes d'adaptation au vieillissement au même titre que tous les participants de l'économie sociale. Notre place est modeste dans cette lourde tâche mais nous nous devons d'être très vigilants dans un système qui tend à développer si l'on n'y prend garde, un même discours d'exclusion pour le fou, pour les vieux, etc., où l'on supporte sans douleur que des adolescents meurent de leur manque d'avenir.

Il est par ailleurs hors de question de voir les services psychiatriques s'ériger en institutions d'accueil du vieillissement ; l'accepter constituerait une imposture car elle obligerait les soignants à s'épuiser dans des tâches utiles certes mais extérieures à leur compétence et à la spécificité psychiatrique, n'ayant plus de temps pour faire de la psychiatrie. Il est absolument nécessaire que les rôles de chacun soient clairement définis.

Que nous demande-t-on ?

C'est la question fondamentale. Notre histoire avec les institutions d'accueil pour personnes âgées n'est pas nouvelle.

Au début, ce fut un simple suivi post-hospitalier avec visites infirmières au lieu de résidence et consultations psychiatriques. Ce fut une première approche qui nous permit de mieux connaître nos partenaires et les problèmes qu'ils affrontent. Apparurent ensuite des clubs mensuels dans les maisons de retraite destinés aux anciens hospitalisés puis, peu à peu, est apparue une demande pour d'autres personnes. Une question s'est rapidement posée : la réponse stéréotypée que nous apportions, même si elle nous donnait un accès à la connaissance du milieu, de la personne âgée et des interrelations — en respectant, ce qui est très important, le rôle des autres intervenants — donc cette réponse ne tenait pas compte des différents lieux d'accueil et il faut dire que notre secteur, rien qu'en maisons de retraite ou équivalents, possède quinze lieux d'appel ; d'où l'idée de proposer pour chaque lieu une réponse spécifique, fonction de la demande de l'institution et nous avons perçu que certains lieux ne nécessitent qu'une intervention à la demande souvent émanant du médecin généraliste ou de la maison de retraite.

D'autres souhaitent des consultations régulières et un suivi de visite à domicile infirmières.

Par contre, des réunions se font plus fréquentes avec le personnel soignant qui s'avèrent d'une grande richesse et chacun apporte à l'autre une connaissance nouvelle.

Des clubs hebdomadaires ciblés sur une population problème ont été mis en place dans les deux maisons de retraite les plus importantes du secteur.

Ces clubs, où une équipe infirmière du secteur prend en charge cette population le plus souvent actuellement au travers d'une animation, devraient évoluer vers une ambition plus grande visant à faire circuler la parole au sein de l'institution.

Des infirmiers s'incluent en collaboration dans des projets ou de maintien à domicile ou de maintien dans les lieux de vie qui paraissent les plus adaptés.

Par ailleurs, nous avons mis en place à titre expérimental un appartement pour états confuso-déméntiels dont le but est de former les équipes psychiatriques à la perspective de petites structures de prise en charge car il est permis de penser que nous verrons se développer à l'avenir de petites structures émanant tant de collectivités locales que de maisons de retraite où le secteur psychiatrique devrait pouvoir apporter sa compétence.

Cette tentative de réponse est une ébauche qui va se poursuivre et s'accompagne d'interrogations que nous voulons en commun avec les divers intervenants, chacun apportant son expérience.

Ce qu'il faut ajouter, c'est que nos lieux d'intervention actuels ont été conçus à travers une idéologie sécuritaire :

- sécurité de survie avec apport d'un toit, d'une alimentation, d'une sécurité domestique ;
 - sécurité médicale,
- idéologie sécuritaire qui vise à une protection de la personne qui, par là même, devient désignée comme personne handicapée ou personne souffrante.

Trop souvent, l'investissement de la parole et de la pensée y est laissée pour compte, même s'il ne faut pas généraliser. Il faut souligner dans ce propos la grande richesse relationnelle du personnel qui, bien souvent, vient compenser, mais seulement en partie il est vrai, ce manque.

Dans l'impossibilité dans laquelle est réduite la personne âgée de jouer un rôle social, elle risque fort de régresser, voire de mourir.

Ces propos mettent l'accent sur l'un des rôles essentiels que devrait avoir le secteur psychiatrique en tant que technicien de la relation :

- rétablir la parole des personnes âgées, leur histoire, leur famille ;
- participer à une formation plus grande du personnel.

Dans l'institution où nous sommes invités à intervenir, trois types d'actions vont être menées, quel que soit le mode d'intervention :

- près de la personne âgée, parfois aussi son environnement familial ;
- près du personnel ;
- près de l'institution,

en réponse à des demandes qui émanent ou du médecin, ou du directeur, ou de l'infirmière, ou de la famille, ou de la personne âgée elle-même.

Souvent sont mis en avant :

- une pathologie psychiatrique avérée et plus souvent une perte de l'élan vital ;
- un changement de comportement (agitation, attitude inhabituelle) ;
- une opposition aux soins, voire un conflit ouvert avec l'équipe ou un conflit avec la famille.

Les solutions portent souvent sur les trois aspects avec un aspect important qui est la souffrance du personnel.

Travailler avec les personnes âgées est difficile et ce peut être une souffrance permanente :

- confrontation à une image déçue de l'être humain ;
- confrontation permanente à la mort encore plus importante actuellement vu l'âge d'entrée en maison de retraite ;
- divergence de vue avec l'environnement familial. Cette souffrance risque d'être à l'origine d'une agressivité qui enferme chacun dans l'incompréhension.

Face à la mort, chacun va devoir se forger un mode d'approche leur permettant de cohabiter plus ou moins bien.

Je ne vais pas m'étendre plus avant pour ne pas être trop long, mais je voudrais souligner l'importance pour nous tous de nous inclure dans une coopération constructive qui seule permettra d'élaborer des lieux de vie pour ces personnes qui vont mourir.

Je ne pense pas qu'existe une réponse univoque et je ne voulais pas apporter une recette que je n'ai pas mais plutôt ouvrir une réflexion sur nos pratiques.

Associations

Vous et le Crédit Coopératif pour entreprendre ensemble

- SERVICES BANCAIRES ET OPÉRATIONS SUR L'ÉTRANGER ■ CRÉDITS SPÉCIAUX
- PLACEMENTS ■ TÉLÉSERVICES ■ INGÉNIERIE FINANCIÈRE

 **CREDIT
COOPÉRATIF**
UNE BANQUE POUR ENTREPRENDRE ENSEMBLE

10 place du Maréchal Foch - BP 59 - 14012 Caen cedex - Tél. 31.86.60.00 - Sur minitel : 3614 COOPA

L'Escale, « Lieu d'écoute »

Centre d'accueil Alençon

I – Présentation

- Intervenante « au lieu d'Ecoute », l'Escale, situé en centre ville d'Alençon. Ce lieu est ouvert depuis trois ans.

II – Objectifs

- L'Escale a pour objectif de départ le soutien des personnes vivant chez elles, suivies en psychiatrie pour un maintien dans la vie urbaine.

- A notre disposition, différents moyens : une écoute, une disponibilité, une stimulation de contacts relationnels.

III – Population

- L'Escale accueille principalement des psychotiques stabilisés vivant chez eux, ayant un suivi psychiatrique (consultation externe, CMP, hôpital de jour à temps partiel).

Depuis peu, accueil de personnes n'ayant pas de suivi en psychiatrie.

IV – Les locaux

- Deux grandes pièces meublées en salon dont une avec coin cuisine. Un petit bureau.

V – Fonctionnement

- Deux infirmières :

- . 1 temps plein : 9 h - 17 h ;
- . 1 mi-temps : 14 h - 17 h, sauf jeudi : 9 h - 17 h.

- Heures d'ouverture :

- . 10 h - 17 h du lundi au vendredi, sauf jeudi : 14 h - 17.

Le jeudi matin consacré aux réunions :

- 2 fois par mois, psychologue (M. Berson) ;
- 1 fois par mois, psychiatre (Dr Anderson),

et aux temps de travail : les écrits, les statistiques, diverses tâches administratives et matérielles (9 h - 10 h : ménage - courrier).

- Ces horaires font suite à plusieurs essais dus à la fréquentation des personnes.

VI – Critères de fonctionnement

- Pour fonctionner, nous nous basons sur quelques critères.

1/ Etre **non médicalisé** = seules intervenantes dans les lieux.

2/ Ensuite, un **soutien psychologique**

- Nos premiers **contacts** sont destinés à faire connaissance et à laisser s'exprimer éventuellement un désir, un malaise, une demande.

- Nous devons **préserver** la spontanéité de la personne en étant le moins possible dirigiste sans jugement de valeur avec la possibilité de dire ou ne pas dire.

- A nous de faciliter la parole par la mise en confiance et une écoute attentive.

- Souvent le **matin est utilisé** pour évoquer des problèmes plus personnels ou pour d'autres lever les difficultés d'être en groupe. L'après-midi étant plus fréquentée.

- L'Escale est utilisée comme lieu de « décharge » avec la possibilité de reprendre ou non **avec nous** ce qui s'est dit.

Il est **important que ce qui est dit** à l'Escale **reste à l'Escale**.

Le secret doit être préservé sauf en cas de **danger vital**.

La façon de vivre et les valeurs de la personne, compatibles avec la réalité, doivent être respectées.

- Nous tentons de stimuler les **initiatives** et les **décisions** au niveau des contacts sociaux — par un accompagnement verbal dans leur démarche — (aclin emploi).

- Et aussi les contacts entre eux : rencontre, discussion. Alors nous limitons notre intervention dans le groupe.

Evidemment les demandes d'argent et passages à l'acte violents ne sont pas acceptés.

3/ Au niveau du **soutien matériel**, il reste sporadique (quelques conseils de tricots, cuisine).

Pour les demandes **administratives**, nous les orientons vers les personnes compétentes.

- Bien sûr, ces quelques principes ne sont qu'une base puisque nous rencontrons des situations différentes chaque jour.

VII – les difficultés que nous avons rencontrées :

- La fluctuation des visites à laquelle nous sommes soumis (ni rendez-vous, ni durée).

- La **disponibilité** doit être constante malgré le fait que certaines relations soient peu motivantes.

- la **non-intervention** dans le groupe mais aussi dans le vécu de la personne (ne pas interférer dans les valeurs de la personne).

- La **chronicisation**. Nous tentons d'éviter le surinvestissement à l'Escale en ne favorisant pas les visites trop répétées. Reste la possibilité de venir fréquemment lors de passage difficiles.

Suite aux difficultés rencontrées, la nécessité d'une formation s'est fait ressentir.

Pour l'instant, nous avons eu une approche des différentes techniques relationnelles et une formation en A sur deux ans.

Nos désirs : formation à l'entretien non directif et une approche de l'adolescence, de la toxicomanie, de l'alcoolisme.

Enfin, notre action doit être différenciée de l'hôpital de jour et du CMP.

- Notre accompagnement n'est que **verbal** et non **physique**.

- Nous n'avons pas d'activités soutenues comme un CMP ou hôpital de jour en réadaptation de la vie quotidienne.

- A l'Escale, les visites restent à **l'initiative** de la personne et ne sont pas incluses dans un suivi (pas de contraintes, pas de sanctions).

- Il n'y a pas **d'actes médicaux**.

Notre fonction reste avant tout

l'Ecoute.

En conclusion

- Les statistiques montrent que nous sommes passés de 29 visites par mois en 1987 à une moyenne de 75 visites par mois début 1990.

- La moyenne d'âge a baissé depuis la plus grande ouverture sur la ville.

Notre avenir est lié à l'existence de la demande. Quelle sera-t-elle ?

La fréquentation jouera-t-elle sur la qualité de l'écoute, de l'accueil personnalisé ?

"PRATIQUE ET RECHERCHES"

Revue de l'Association
Croix-Marine de Basse-Normandie
1, place Villers - CAEN - Tél. 31.50.01.04

Directeur de la publication : Claude DEUTSCH

Dessins : Philippe JAFFRE

ISSN 1157-3155

Dépôt légal 3^e trimestre 1991