

30 f.

ARRIERATION MENTALE PROFONDE

Compte-rendu de la rencontre d'Avril 1992

et

Le colloque Art, Culture et Psychiatrie de St Lô

La réforme des études infirmières



**PRATIQUÉ &
RECHERCHES**

*En Santé
mentale*

N° 6



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

Sommaire N° 6

Editorial	p. 3
Arriération profonde à Bayeux, les pavillons jaune et vert par D. DESSE	p. 5
La M.A.S. de Picauville par C. RENARD, C. LAIR, L. MAUGER, X. POIGNANT	p. 9
Lectures par J.N. LETELLIER	p.16
A propos de la réforme des études infirmières par D. CATHERINE	p.17
Actualités régionales	p.18 et 19
Colloque Art et Culture et Psychiatrie de St Lô (mai 1992) Compte-rendu : G. BOITTIAUX	p.20
Autre regard : M. EUSTACHE	p.21

“PRATIQUES 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 DEUTCH.
Responsable de la Rédaction : Jean-François GOLSE.
Responsable technique : Rémy DOBENESQUE.
Dessins : Philippe JAFFRE.
Maquette & traitement de texte : Nathalie LEBELHOMME.
Conception technique : Chantal HERBERT,
Nathalie LEBELHOMME.
Secrétariat : Nathalie LEBELHOMME.
Imprimerie : N II - Caen.
ISSN 1157.3155
Dépôt légal 1er trimestre 1992.

Editorial

S'il est vrai que l'on dit qu'un pays se juge au sort qu'il réserve à ses minorités ou à ses citoyens les plus défavorisés, alors il y a quelque chose de réconfortant à avoir entendu lors de notre journée d'avril ou à lire dans ce numéro les compte-rendus d'expériences des équipes du secteur de Bayeux ou de la MAS de Picauville.

Ces deux équipes de statut différent (hôpital et MAS) de moyens différents mais partageant une même philosophie ont su nous faire sentir l'intensité de leur engagement dans le soin (dans les deux sens du terme) de ces personnes présentant une arriération mentale profonde généralement associée à des troubles sévères de la série psychotique.

Un seul regret, ne pas avoir pu comme nous l'aurions souhaité entendre un intervenant nous parler du suivi ambulatoire de ces personnes car nombre d'entre elles vivent en famille que ce soit dans leur famille naturelle ou en famille d'accueil.

Outre les rubriques habituelles (et nous aimerions à ce propos plus d'informations à diffuser dans notre rubrique actualités régionales), vous trouverez dans ce numéro quelques lignes à propos de la coordination régionale Croix-Marine qui vient de se créer et un texte sur la réforme des études d'infirmières, une manière d'introduire notre prochaine rencontre qui aura lieu le 28 septembre prochain sur le thème de la formation.

Et puis nous ne pouvions passer sous silence l'élément majeur qu'a constitué la colloque "Art, Psychiatrie et Culture" organisé par le docteur GUIBERT et son équipe dans le cadre prestigieux du Conseil Général. Une réussite qu'il convenait de saluer. Après le point de vue du Docteur BOITIAUX il nous a paru intéressant de donner le parole à un artiste, Marc EUSTACHE, qui se trouvait dans la salle et qui nous livre sa vision quelque peu ironique, décapante et dérangeante de l'évènement. Mais n'est-ce pas là le privilège de l'artiste ?

J.-F. GOLSE



Arriération profonde : A Bayeux, les pavillons Jaune et Vert.

D.DESSE

(Faisant Fonction d'Interne).

ORGANIGRAMME DES PAVILLONS "VERT" ET "JAUNE"

I. LES PATIENTS

Les pavillons "Vert" et "Jaune" reçoivent actuellement 31 pensionnaires

- Pavillon "Vert" : 16
- Pavillon "Jaune" : 15

Les pensionnaires sont âgés de 19 à 36 ans. Ils bénéficient, pour la moitié d'une A.A.H. (Allocation Adulte Handicapé) et mis sous tutelle et, pour l'autre moitié sous tutelle de leurs parents.

Les pathologies présentées sont les suivantes :

- Psychose infantile à expression déficitaire ;
- Trisomie 21 ;
- Encéphalopathie néonatale par anorexie ;
- Encéphalopathie par alcoolisme parental
- Encéphalopathie post-vaccinale ;
- Epilepsie.

Tous les pensionnaires présentent un niveau d'arriération mentale profonde et nécessitent auprès d'eux d'importants soins de nursing. Il est à noter que le handicap des pensionnaires du pavillon vert est encore plus lourd qu'au jaune ; certains patients sont alités en permanence, et tous sauf une, ne possèdent pas ou seulement partiellement la station debout et la marche.

II. LE PERSONNEL

Le Service comprend :

- un surveillant ;
- 4 infirmières dont :
2 plein temps ;
1 à 80 % ;
1 à 50 %.

basées au Pavillon "Jaune" et intervenant au "Vert".

- au pavillon "Vert":
 - * 10 A.S.H ;
 - * 5 Aides - soignantes dont 3 à 80 % ;
 - * 1 A.M.P.
- Au pavillon "Jaune" :
 - * 11 A.S.H.
 - * 1 Aide-soignante
 - * 3 A.M.P.
 - * 1 remplaçante contractuelle A.S.H.

Le travail comporte :

- Des soins médicaux : assurés par 1 F.F.I. rattaché(e) à la PSYCHIATRIE ADULTES.

- Des soins infirmiers :

- Distribution de médicaments ;
- Prises de sang ;
- Injections ;
- Soins d'escarres.

- Des soins de nursing pratiqués par toute l'Equipe :

- lever - coucher ;
- toilette - habillage ;
- changes ;
- repas (surtout au pavillon "Vert" où tous les pensionnaires ne peuvent se nourrir seuls).

- Des Activités et Ateliers : animés par toute l'Equipe.

III. ACTIVITES ET ATELIERS

1) Activités et Ateliers actuellement mis en place :

a) Promenades en forêt, à la mer et à la campagne en camionnette "Trafic" et à pied ;

. BUT : sortir du lieu d'hospitalisation, faire marcher les patients, les familiariser au contact avec l'environnement.

Activité indispensable : constat d'une plus grande nervosité lorsqu'ils ne peuvent pas sortir.

b) Atelier BOIS :

BUT THERAPEUTIQUE :

familiariser le malade avec la matière, développer le sens du toucher, appréciation de la mise en forme au fur et à mesure de l'élaboration de l'objet.

BUT LUCRATIF : création d'objets vendus au personnel afin d'améliorer le quotidien des pensionnaires :

- * Achat de friandises pour le goûter ;
- * Achat de matériel pour les autres ateliers : disques, cassettes, platine laser, produits esthétiques.

ATELIER AUTONOME financièrement depuis sa création, il nécessiterait néanmoins une aide afin d'acheter du gros matériel pour améliorer ses performances.

c) Atelier COUTURE :

BUT THERAPEUTIQUE :

appréciation des matières, participation des pensionnaires à l'amélioration de l'habitat par la confection de coussins, de jouets en tissu pour divers aménagements intérieurs : club de danse, salle de télévision, salle de jeux.

d) Club DANSE :

Le club DANSE ou Activité Corporelle fonctionne tous les jours de la semaine de 10 heures à 12 heures.

L'activité se déroule à l'extérieur des pavillons, dans un bâtiment avoisinant.

BUT THERAPEUTIQUE :

entretien du physique au travers :

- * de la danse : mouvements - connaissance de leur corps ;
- * du rythme : à travers des enregistrements sonores ;
- * des étirements ;
- * de la respiration ;
- * de la découverte et de l'acceptation de leur corps par le regard et le toucher ;
- * de l'endurance : une certaine musculation, surtout dans la pratique du vélo et du rameur.

A ces fins, la salle a récemment été repeinte et aménagée, elle est actuellement pourvue :

- * d'une grande glace (renvoi de l'image corporelle),
- * d'un petit tapis de gymnastique sur lequel les enfants font des roulades,
- * d'un rameur ;
- * d'un vélo d'appartement ;
- * d'une chaîne HI-FI cassette, stéréo.

Le projet pour le club DANSE est une amélioration du confort par l'achat d'un second tapis (déjà commandé), de just-au-corps pour les patients, de cassettes, de coussins, de posters et de matériel de percussion.

e) Activité PISCINE :

Pratiquée à raison d'une heure par semaine : le lundi matin, avec un petit groupe de patients en nombre égal au nombre d'accompagnants.

BUT THERAPEUTIQUE :

contact avec l'élément liquidien ; rééducation motrice

des patients, échange avec les accompagnants par le jeu, le contact physique.

f) Club ESTHETIQUE :

BUT THERAPEUTIQUE :

on fait appel à la sollicitation de plusieurs sens:

- * le toucher : prise de conscience du corps ; sensations agréables par des caresses en passant les onguents ;
- * l'olfaction : odeur des produits et des parfums associée à la notion de plaisir ;
- * la vision : renvoi d'une image transformée et plus agréable dans le miroir ;
- * l'audition : à une vision agréable s'associent des compliments.

Bon support relationnel car le jeune handicapé, avec une image de soi valorisée, va établir une meilleure communication avec autrui et améliorer son intégration vers l'extérieur.

Le matériel comprend :

- * des onguents : crèmes adoucissantes, anti-acnéiques, masques ;
- * des parfums ;
- * du matériel de coiffure : rasoirs, ciseaux, gels démêlants et coiffants, mousses colorantes, rubans, noeuds, barrettes ;
- * des crèmes dépilatoires ;
- * des produits de maquillage ;
- * une chaise de relaxation.

g) Salle de MUSIQUE :

Actuellement équipée de : chaîne stéréo avec lecteur de cassettes et compact-disques ; cassettes ; disques laser variés.

BUT THERAPEUTIQUE :

- * appréciation des sons, du rythme ;
- * reconnaissance d'airs déjà entendus et appréciés par les patients.

BESOINS ACTUELS :

- * Achat de cassettes et disques laser supplémentaires ;
- * Décoration de la salle ;
- * Canapé avec housse vinyl de couleur pour le confort des résidents.

h) Equitation :

Activité concernant un petit groupe de patients (deux à la fois).

BUT THERAPEUTIQUE :

- * familiarisation avec l'animal ;
- * approche par les soins, le brossage ;
- * contact physique dans un second temps ;
- * promenades dans la nature ;
- * relation individuelle soignant-soigné ;
- * amélioration de la connaissance du corps : notions d'équilibre, d'adaptation posturale.

Actuellement, un devis a été établi par un club d'Equitation ; par ailleurs, le Directeur du Service des Tutelles a donné son accord de principe pour une participation financière suffisante à couvrir les frais.

L'atelier est donc mis en place sans subvention nécessaire, depuis un mois environ.

i) Atelier ARTS PLASTIQUES :

BUT THERAPEUTIQUE :

- * appréciation des différents matériaux ;
- * apprentissage de techniques ; évolution dans le graphisme ;
- * création ; moyen d'expression valorisant le résident ;
- * contacts possibles avec des artistes de l'extérieur venant travailler avec les résidents.

MATERIEL NECESSAIRE :

- * gouache liquide ;
- * pinceaux ;

- * palette ;
- * crayons de couleurs ;
- crayons feutres ;
- * marqueurs ;
- * crayons de bois ; aiguisé-crayons ;
- * craies ;
- * gomme, colle, ruban adhésif, ciseaux, agrafeuse, trombones, punaises, règle graduée ;
- * papier CANSON.

Une partie du matériel est déjà à disposition. Par ailleurs, une salle appartenant à l'ancienne pataugeoire est disponible pour installer cet atelier.

D'autre part, à la suite de la rencontre avec l'Association "Les Arts" du Bon Sauveteur de Caen, des séances d'arts plastiques vont être organisées au coeur de leur atelier, à la demande.

Ces déplacements, privilégiant l'échange avec une autre structure, vont nous permettre de motiver et d'améliorer les performances de ce nouvel atelier.

j) Bibliothèque :

BUT THERAPEUTIQUE :
prise en charge des résidents par petits groupes.

- * familiarisation avec l'expression écrite, les illustrations ;
- * appréciation des formes, des couleurs, des matières (livres en relief) ;
- * apprentissage élémentaire des actes de la vie courante ;
- * reconnaissance des animaux domestiques, etc...

MATERIEL NECESSAIRE :

- * armoire : est déjà acquise ;
- * livres premier âge cartonnés, solides, en tissu, mariant plusieurs matériaux.

IV LA JOURNEE DE TRAVAIL

A 7 heures, le veilleur termine sa nuit. Les transmissions se

font avec l'équipe du matin qui est composée de 5 membres en moyenne. Après les transmissions, certaines personnes préparent le petit déjeuner, d'autres les trousseaux, pendant que l'infirmière prépare les médicaments.

A 8 heures, se déroule le lever des patients à leur rythme. Ils ont tous un bain ou une douche ; étant donné le nombre de patients, le but primordial est l'hygiène, au détriment du plaisir à être dans l'eau.

Dans chaque pavillon se trouvent trois chambres de 4 à 5 patients, plus une à deux chambres particulières. Un membre du personnel a la charge d'une chambre pour ce qui est de la décoration, du trousseau, et s'occupe plus particulièrement des patients de cette chambre.

De 9 heures à 9 heures 50, c'est l'heure du petit déjeuner chaque patient a sa place attribuée, par affinités et par comportements identiques.

- Au pavillon vert, 4 pensionnaires ne peuvent être à table, 2 d'entre eux sont alités en permanence, 7 pensionnaires ne peuvent manger seuls, 5 mangent seuls.

- Au pavillon jaune, tous mangent seuls, à une exception près. Trois ou quatre membres du personnel sont présents pendant les repas qui sont un des temps forts de la journée.

De 10 heures à 10 heures 30, pendant la pause -café, se décide l'organisation des activités et des ateliers ; la porte est ouverte, les patients peuvent aller et venir.

En effet, les ateliers et activités sont animés par des personnes volontaires pour ces activités. C'est pourquoi, à part une ou deux activités à horaires fixes (équitation, piscine), les

horaires sont variables, en fonction de la présence des membres de l'équipe concernés.

De 10 heures 30 à 12 heures, se déroulent les activités, ateliers et promenades, pendant que deux membres de l'équipe font le ménage dans les chambres.

De 12 heures à 13 heures 30, se déroule le déjeuner. Celui-ci est livré par la cuisine centrale de l'hôpital, en barquettes scellées, ce qui encore une fois, favorise l'hygiène au détriment du plaisir de la vue des aliments.

13 heures 30 : arrivée de l'équipe du soir

De 14 heures à 15 heures : transmissions. C'est l'heure à laquelle ont lieu les réunions de service, généralement demandées à partir d'un thème précis, soit par le médecin, soit par le personnel, au rythme d'une par quinze pour chaque pavillon environ. Il peut s'agir de discussion sur les patients, de leur évolution par rapport à certaines activités, ou de façon plus générale sur l'organisation du service.

De 15 heures à 17 heures : nouvelle tranche horaire pour les activités et ateliers.

17 heures : le goûter, dont l'ordinaire est parfois amélioré par les gâteaux ou crêpes confectionnés à l'atelier cuisine.

De 18 heures à 19 heures, tranche horaire "libre"; les patients peuvent soit se reposer, soit aller en salle de musique ou de télévision.

A 19 heures : Dîner.

A 20 heures : coucher progressif des patients, avec trois membres du personnel, pendant que deux se détachent au ménage.

A 21 heures, le veilleur arrive : un veilleur par pavillon, avec possibilité d'appeler si des problèmes surviennent au cours de la nuit, l'infirmier, qui est commun à ces deux pavillons, ainsi qu'à deux pavillons de pédo-psychiatrie.

Au terme de cet inventaire, on peut noter quelques éléments.

L'Equipe Soignante, malgré des conditions de travail souvent difficiles, fait preuve d'une motivation importante, ainsi que d'une créativité intéressante.

Dans les Services, on peut effectivement constater, à la suite de la mise en place des différents Ateliers, qu'il

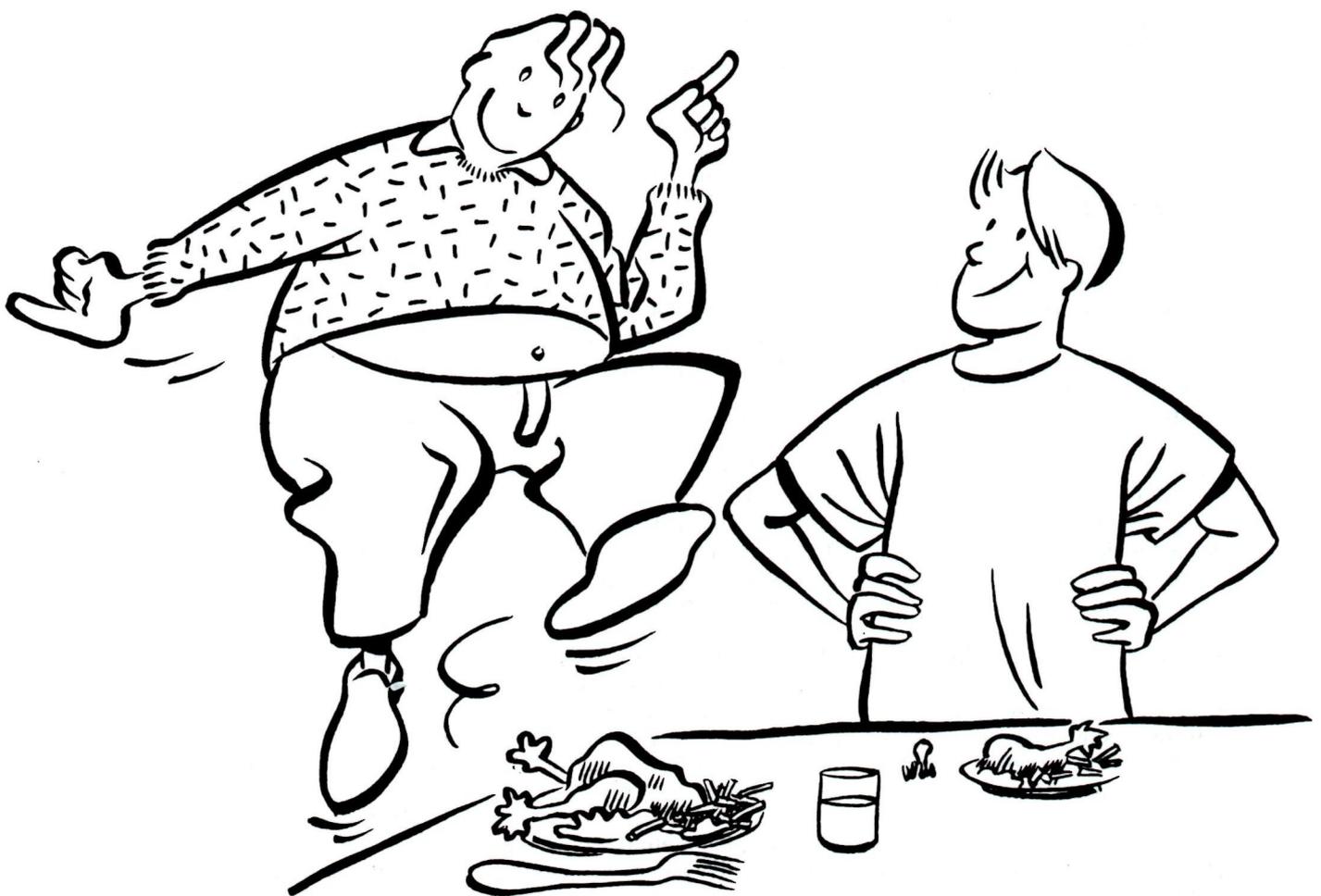
devient plus facile de converser avec le Personnel et que celui-ci instaure une relation avec le résident qui repose, dans le cadre des Ateliers, principalement sur la notion de Communication, d'Echange et de Plaisir.

Les patients, quant à eux, bénéficient de ces Ateliers ; cela leur permet de sortir de leur lieu de vie (pour certaines activités), d'accéder à des loisirs, de s'exprimer par leur talent ou avec leur corps. Eux aussi découvrent, dans des circonstances différentes, une façon de communiquer avec autrui. Leur journée devient plus construite, plus génératrice de bonheur et de joie. Lorsqu'ils rencontrent les

personnes responsables de tel ou tel atelier, ils leur expriment leur intérêt, leur envie de recommencer l'activité concernée.

Cotoyer les jeunes handicapés des pavillons "JAUNE" et "VERT" est une expérience riche en enseignements, poussant à la réflexion et la remise en question de ses propres certitudes.

Pouvoir améliorer leur confort de vie, leur état de santé et leurs possibilités psychomotrices est le but que nous tenterons de poursuivre en nous appuyant sur les bonnes volontés et les motivations de tous.



La M.A.S de Picauville

Réflexions à partir d'une pratique professionnelle.

Responsables : C. RENARD, C. LAIR.

Infirmières : L. MAUGER, M. GALLET.

A.M.P. : X. POIGNANT.

I. PRESENTATION

Qu'est-ce qu'une M.A.S. ?

Une Maison d'Accueil Spécialisée est dénommée ainsi depuis le Décret n° 78-1211 du 26.12.1978, décret faisant suite aux dispositions de la loi n° 75-534 du 30.06.1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

Une M.A.S. reçoit sur décision de la Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel (C.O.T.O.R.E.P.) des personnes adultes qu'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave ou une association de handicaps intellectuels, moteurs ou sensoriels rendent incapables de se suffire à elles-mêmes dans les actes essentiels de l'existence et tributaires d'une surveillance médicale et de soins constants.

Dans "maison d'accueil spécialisée", chaque mot a son importance et c'est avant tout un lieu de vie.

La M.A.S. "La Meije" de PICAUVILLE

La M.A.S. de PICAUVILLE a la particularité d'implantation d'avoir repris d'anciens services hospitaliers devenus vacants en raison de l'évolution des soins en psychiatrie. Elle fait partie intégrante de la Fondation Bon Sauveur dont dépend également l'hôpital

psychiatrique.

Située dans un bourg de 3 000 habitants, elle se situe dans une région essentiellement rurale.

La M.A.S. repose actuellement sur deux pavillons :

- Le premier, LA MEIJE, a ouvert en septembre 1982 et disposait d'une capacité d'accueil de 40 résidents. Résident est le nom choisi pour les personnes accueillies en M.A.S.. Cette capacité a été réduite à 35 lors de l'extension concrétisée par l'ouverture du deuxième pavillon en juin 1989, LA VANOISE, d'une capacité identique, portant le total à 70 résidents.

Ces deux pavillons, malgré leur différence architecturale (l'un comporte un étage, l'autre est de plein-pied), sont composés chacun de deux unités de 12 résidents et de deux appartements de 5 ou 6 résidents.

Actuellement, 69 résidents sont en hébergement complet et un résident est en hébergement de jour.

Les Résidents :

La M.A.S. accueille 25 femmes pour 45 hommes : la moyenne d'âge est de 37 ans se répartissant ainsi :

- 7 résidents de 19 à 25 ans.
- 39 résidents de 25 à 40 ans.
- 22 résidents de 40 à 55 ans.
- 2 résidents de plus de 55 ans.

Beaucoup de résidents présentent une association de handicaps. Les causes des handicaps sont diverses mais plus des deux tiers sont représentées par des accidents nataux ou péri-natoux ou bien sont d'étiologie inconnue. Autisme et psychose constituent le handicap majeur d'une quinzaine de résidents, trois sont trisomiques, un résident est atteint d'une

maladie dégénérative du système nerveux, un autre est handicapé suite à une anoxie cérébrale survenue à l'âge adulte (infarctus du myocarde).

Très peu de résidents ont accès à la parole, encore moins à la maîtrise du langage, mais tous ont leur mode de communication.

Sur 70 résidents, deux seulement vivaient dans leur famille avant l'entrée en M.A.S. Les 68 autres ont tous séjourné en institution psychiatrique de quelques mois à plusieurs années (C.H.S. de PICAUVILLE, SAINT LO, PONTORSON, intersecteur de pédo-psychiatrie..). Ceci était du en grande partie au manque de structures adaptées, l'hôpital trouvant là, alors, sa fonction d'asile au sens premier du terme, c'est à dire lieu où l'on peut trouver refuge, protection.

Les Equipes :

Les équipes (1/3 hommes, 2/3 femmes) prenant en charge les résidents sont composées de :

- deux surveillants,
- sept infirmiers(ières) psychiatriques,
- dix-neuf aide-médico-psychologiques,
- 15 aide-soignants(tes),
- 23 agents hôteliers (dont quatre à mi-temps).

Actuellement, quatre élèves aide-médico-psychologiques en contrat de qualification sont intégrés aux équipes.

Les horaires retenus sont 3 x 8 heures avec un chevauchement partiel de 13 heures à 15 heures.

II. PRISE EN CHARGE QUOTIDIENNE

Il est à la fois nécessaire de pourvoir aux besoins physiologiques de la personne

mais également à une partie des besoins relationnels.

Dans la prise en charge quotidienne, nous avons distingué deux axes indissociables : les actes essentiels de la vie et les activités.

1) Dans les actes essentiels

L'accompagnement, l'assistance, le soutien, prennent toute leur dimension à travers ces moments forts que sont le lever, le repas, le coucher.

L'assistance est différente selon que l'on a à prendre en charge les résidents des appartements ou des unités.

Dans les appartements, la prise en charge prend une dimension éducative, bien que dépendantes, ces personnes ont besoin de sollicitations continues afin de ne pas faire à leur place ce qu'elles peuvent faire elles-mêmes. C'est là que prend l'importance de la qualité de présence du personnel référent de ces appartements. Sur 8 heures, une seule personne intervient pour cinq ou six résidents. Ce travail nécessite des capacités pédagogiques mais aussi une dimension maternelle et affective.

Si ces conditions ne sont pas remplies, des problèmes risquent d'apparaître. Ces appartements ont une visée d'autonomisation au mieux des capacités de chaque personne.

Dans les unités, la plupart des résidents sont incontinents. Toutefois un énorme travail a été fait sur plusieurs années pour la maîtrise partielle de ce problème.

Le lever des résidents prend une dimension particulière dans sa qualité. Chaque résident est baigné ou douché chaque matin. outre l'hygiène,

le moment de la toilette est un temps privilégié sur le plan relationnel où intervient la notion de jeu avec l'eau, et par delà de plaisir.

Ce temps fort est un moment de prise en charge individualisée particulièrement apprécié.

Au repas, un travail de longue haleine a été entrepris pour qu'une partie de ces résidents arrivent à manger seuls. Pour citer un exemple, deux ans d'apprentissage ont été nécessaires à Odile pour qu'elle parvienne à se servir de sa cuillère. Le repas est source de plaisir : à l'arrivée de celui-ci livré par une cuisine centrale, chacun réagit : cris, regards, effervescence. C'est aussi un repère dans le temps.

Grâce aux conseils d'une diététicienne, des menus adaptés et personnalisés ont été mis en place, permettant de réduire les différents troubles digestifs rencontrés ces dernières années.

Chaque résident demande une prise en charge particulière en raison de l'importance des troubles de conduite alimentaire : fausses routes, boulimie, polyphagie, etc... Un quart d'entre eux ne peut s'alimenter seul. Les autres nécessitent une surveillance constante. Pour tous, une qualité de présence est donc indispensable tant pour le bon déroulement du repas que pour l'ambiance.

A l'appartement, le référent partage le repas avec les résidents, apportant en plus une notion de convivialité, de plaisir partagé.

Le coucher est un moment également important puisque la qualité du sommeil dépend en partie de celui-ci. C'est également un temps fort où le résident bénéficie d'une relation privilégiée avec le référent, moment souvent empreint de bonne humeur.

A la Vanoise, l'architecture de plein-pied permet plus à chacun de se coucher au moment où il le désire.

A la Meije, la partie nuit étant à l'étage, le coucher a tendance à se faire par groupe au détriment de l'individualisation.

Dans l'ensemble, il y a peu de veillées, les résidents étant très heureux de retrouver leur lit. Est-ce pour retrouver un moment d'intimité, de confort ? Il faut entendre le rire de certains résidents pour partager leur plaisir à retrouver leur lit.

Un tiers des résidents a une chambre particulière. La plupart des autres chambres sont à deux lits. Dans l'ensemble, pour une population atteinte d'arriération profonde, les nuits sont calmes malgré l'utilisation modérée d'hypnotiques.

Pour arriver à ce résultat, il a été tenu compte du choix des résidents pour le doublement des chambres.

Pour l'incontinence de nuit, les changes sont limités afin de respecter les phases de sommeil.

Les veilleurs, infirmiers et A.M.P., assurent à trois minimum les nuits pour les 70 résidents.

2) Les activités

La M.A.S. est un lieu de vie qui assure l'hébergement, les soins physiques et psychologiques qu'engendrent les différentes pathologies. Elle doit assurer de façon permanente aux personnes qu'elle accueille, des activités de vie sociale, d'occupation et d'animation. Chez les déficients mentaux profonds et chez les psychotiques déficitaires, les activités ne peuvent se poser

en définition classique d'occupation, d'animation voire d'ergothérapie. Il ne paraît pas concevable d'aller en atelier de 9 h à 12 h et de 14 h à 17 h par exemple.

Aussi, les projets d'activités s'adressent à tous les résidents, même les plus régressés, à ceux qui ont choisi de se manifester dans le monde d'expression déficitaire, à travers leur pathologie, leur souffrance qui ne se réduit pas à leur différence, au "ne pas être comme". Ils souffrent d'être perdus dans le temps et dans l'espace, non repérés dans le sentiment d'une existence qui s'ignore.

Les activités que nous proposons sont des lieux et des moments relationnels où l'espace et le temps sont différenciés puisque chaque activité programmée a lieu un jour fixe et dans un lieu distinct avec un même référent. Ainsi, au "faire faire" se substitue le "faire avec".

Les activités permettent aux résidents de se manifester, de s'exprimer, de se distinguer, de se relaxer, en un mot d'ETRE, de leur restituer le statut de sujet.

Une année à la Maison d'accueil spécialisée.

Elle se ponctue ainsi :

- 1er octobre
- 31 mai
des activités en ateliers, promenades.

- Les mois de juin et septembre, des séjours à l'extérieur.

- Juillet et août, des activités plus particulièrement basées sur l'extérieur, pique-niques, promenades à thème, en bus, en voiture à âne, à pied, etc...

Sur toute l'année certains ateliers continuent car ils sont

une béquille psychologique, une aide à la vie.

Je vais vous citer les activités qui se pratiquent sur la M.A.S.

INTRA MUROS :

- esthétique, coiffure,
- musique,
- bricolage (bois, pâte à sel, dessin, etc...),
- couture, création,
- cuisine,
- vidéo,
- patageoire,
- animation de salle,
- soins aux animaux.

EXTRA MUROS :

- équitation,
- piscine,
- sorties, achats,
- concerts,
- sorties restaurant,
- pique-nique,
- randonnées,
- séjours, voyages,
- fêtes.

Ces prises en charge se pratiquent soit en activités de petits groupes mais principalement au travers d'une prise en charge duelle.

En quelques mots, je vais tenter de vous expliquer le déroulement et le but de ces activités.

Activités intra-muros :

Esthétique-coiffure :

Cet atelier fonctionne toute l'année dans un espace coquet qui rappelle un salon d'esthétique de ville. Tous les résidents en bénéficient individuellement et nous pensons, pour un bénéfice particulièrement satisfaisant.

Dans cet atelier où la parole circule, le toucher corporel, la présence de miroirs favorisent la relation. L'intimité qui règne dans cet atelier fait que les résidents font eux-mêmes la démarche pour y participer. De cette relation duelle ressort

une complicité entre référent et résident qui nous fait dire que dans cet endroit se développe pleinement le mot ETRE.

Musique :

L'activité offre aux résidents un environnement sonore où le son, la musique, le rythme, permettent à tous de s'exprimer. On y produit des sons en fredonnant des mélodies qui permettent aux résidents de se retrouver avec leur mode d'expression, balancements, mouvements de la tête, des mains, de tout le corps. La parole fait aussi partie de cette enveloppe sonore.

Bricolage :

Bois, pâte à sel, dessin, etc...

Dans ces ateliers on peut parler de faire avec, plutôt que faire faire. Là sont élaborés par le personnel des objets qui retrouvent leur place dans la décoration ou qui seront proposés lors de fêtes.

La participation des résidents y est faible et se limite à quelques expressions écrites, griffonnage, peintures, ou au ponçage du bois ou encore au pétrissage de la pâte.

Pourtant, les résidents sont très partie prenante lorsqu'une création prend forme comme si c'était eux qui l'avaient créée.

Couture :

Durant l'année, se confectionnent des déguisements, habits, épées, chapeaux, etc...

Là encore, s'ils ne participent que par leur présence, qu'aux essayages et au toucher des tissus, c'est déjà la fête pour eux. Fête de Mardi Gras particulièrement appréciée dans l'institution.

Cuisine :

Durant cet atelier, les résidents participent à la préparation et à la confection du repas ou du gâteau. Pour la plupart d'entre eux, la préparation se limite à tourner la pâte, au toucher, à l'odorat, au goût. Le moment le plus apprécié est la dégustation et la convivialité au travers du repas partagé avec l'encadrement dans un lieu distinct.

Vidéo :

Deux formes utilisées :

- Une en tant que mémoire des activités, de fêtes, forme appréciée du résident qui devient acteur et apprécie particulièrement le moment de rediffusion à la télévision.

- Autre forme, Vidéo comme outil de travail, dans les observations, études de cas, où l'image permet de nous faire revivre une attitude positive que l'oeil n'avait pas perçu.

Pataugeoire :

Après cinq années de projet, nous avons enfin obtenu la création d'un bassin de 5 m x 3 m. x 0,90 m.

Il est vrai qu'il s'agit d'un investissement coûteux mais combien bénéfique. Cette vraie petite piscine dont l'eau est chauffée à 32 - 33° est un outil de jeu, mais aussi de soins, qui apporte bien être et plaisir, soulage la douleur physique du polyhandicapé qui ne peut vivre qu'en appui, découverte sensorielle : l'eau qui enveloppe.

Pour la psychose, l'eau rassemble mais aussi l'eau dissout, donc utiliser une technique où la parole, le regard, le toucher sont de rigueur et indispensables pour prendre toute la dimension à visée thérapeutique.

Cette pataugeoire, bien

qu'implantée à la M.A.S. est ouverte à l'ensemble du C.H.S. et pédo-psychiatrie avec une planification rigoureuse. Elle sert 5 à 6 heures par jour.

Animation de salle :

Les personnes qui ne vont pas en atelier à un moment donné de la journée restent dans la salle de séjour. Là, la qualité de présence de la personne référente prend toute sa dimension. Il s'agit et ce n'est pas facile, de faire garder un centre d'intérêt aux résidents,

en leur parlant, en ayant un regard chaleureux, en les mobilisant, en trouvant la position la plus confortable pour le polyhandicapé, en réactivant un jeu de construction, en priviliégiant l'éveil.

Animaux :

Je continue avec l'activité animalière qui trouve toute son importance dans les besoins fondamentaux : la nourriture et les soins. Dans cette activité la notion de temps et de régularité s'impose et apprend la constance aux résidents.

Le cheptel se compose de lapins, poules, chèvres et d'un âne qui lui, est souvent attelé en vue de fréquentes promenades dont bénéficient les résidents ayant de grosses difficultés à se mouvoir, moyen de transport autant prisé que le bus.

Activités Extra-Muros :

L'équitation :

Elle a lieu près de CHERBOURG dans un club ouvert au public.

Cette activité consiste à essayer de parvenir à une approche puis de maintenir le lien entre le résident et le cheval.

Cela se passe par une mise en confiance du résident. Celle-ci s'effectue au niveau du contact, du toucher, vaincre sa peur par la présence de l'équipe d'encadrement qui a pour but de le rassurer.

Ce n'est qu'après que l'on pourra essayer d'aller plus loin et permettre la mise à cheval.

La piscine :

Malgré le travail en pataugeoire sur place, nous avons maintenu l'activité piscine aux PIEUX afin d'y ajouter le côté social puisque les résidents bénéficient d'un horaire avec des personnes du public.

Cela permet aussi d'aller plus loin dans la technique, un résident saute du plongoir sous la haute surveillance de son référent.

Sorties achats :

La plupart des résidents sortent en ville pour renouveler leurs vêtements. Ces sorties nécessitent parfois la présence de deux encadrants par résident pour pallier aux difficultés de certains comportements, pour être rassurant.

Ces sorties dans les grands centres sont souvent vécus avec plaisir mais en tout cas, l'habillement prend une grande place pour beaucoup d'arriérés qui apprécient d'être "beaux", comme ils disent.

C'est aussi indispensable au regard du référent.

Sorties à thème :

Là je me contenterai de vous les citer : concert, cirque, patinage, marchés, restaurant, événements locaux, sont autant d'occasions pour rencontrer le monde.

Randonnées, pique-niques :

Sont deux activités pratiquées toute l'année mais principalement l'été.

Les groupes de randonneurs constitués sont des personnes capables de faire une marche de huit à vingt kilomètres, sac à dos, quelques fois avec location de chambres d'hôtes à l'extérieur.

Les pique-niques étant réservés à tous mais surtout aux plus déficients par différents moyens de transports, bus, voiture à âne, ces sorties permettent de couper avec la monotonie et rompre la vie de groupe qui ne doit pas être facile pour eux.

Séjours, voyages :

Les séjours à l'extérieur prennent tout leur intérêt par la présence continue du personnel pendant quelques jours. C'est une rupture institutionnelle : la découverte tous ensemble de nouveaux lieux, d'une autre façon de vivre. Les gîtes permettent de mettre en évidence des aptitudes insoupçonnées jusqu'alors et de les développer au retour dans le projet du résident.

La fête :

Les premières années de la M.A.S., quelques fêtes comme celle de Noël étaient célébrées symboliquement sans être convaincus que les résidents puissent en tirer profit.

Est-ce que les résidents ont évolué ou notre regard s'est-il modifié ?

Le fait est que progressivement la fête a pris une grosse importance d'année en année. Pour finir par cette année, un grand réveillon de 90 couverts où les résidents ont fait la fête de 19 h à minuit.

Cela a pu se réaliser par une motivation de l'ensemble du

personnel.

Actuellement, la vie est ponctuée de fêtes, que ce soit reconnaître une individualité en fêtant les anniversaires, ou des fêtes qui ponctuent l'année.

Toutes ces activités sont animées par l'ensemble du personnel qui a obligation d'en animer au moins une, et de la poursuivre toute l'année, avec un endroit pour dire les difficultés rencontrées : les réunions.

Ces activités sont choisies par le personnel.

En préparation, une activité avec des clowns, qui vont jouer des scènes de la vie quotidienne afin de susciter de l'émotion, une identification, créer une interpellation.

Sur le plan individuel, le référent doit pouvoir trouver des gratifications :

- en prenant plaisir dans l'action entreprise,
- en constatant des progrès, pas tant dans la notion de savoir faire mais dans la capacité à pouvoir communiquer, à avoir des échanges affectifs, savoir recevoir mais aussi donner à l'autre, au travers d'un sourire, d'un regard différent.

III. LES SOINS

A l'ouverture de la M.A.S. en 1982, les résidents venaient des services de psychiatrie de l'hôpital où ils étaient dispersés dans différents services de chroniques ou de vieillards. Nous ouvrons alors une M.A.S. à "caractère psychiatrique" avec des résidents très déficients. Ces résidents étaient pour la plupart en psychiatrie faute d'autre structure et la M.A.S. contribuait ainsi à la dépsychiatriation.

Un seul psychiatre intervenait alors, sa présence nous était

indispensable ; il était notre guide, notre soutien à nous personnel démunis face à toute cette population déficiente dont la cohabitation s'avérait difficile, dont les prises en charge étaient diverses, mal canalisées.

Se posait pour nous toute la difficulté d'accueillir des groupes de déficients profonds : tous les problèmes engendrés par les incompatibilités d'humeur et de comportement. Les différents essais pour former des groupes harmonieux et obtenir un climat "vivable" étaient source de déception, de découragement.

A cette époque, 25 % du personnel était constitué d'infirmiers psychiatriques venant du C.H.S., soit 10 infirmiers dont deux de nuit.

60 % du personnel était alors non diplômé, embauché pour la plupart à l'occasion de cette ouverture et n'ayant donc aucune connaissance par rapport à la prise en charge des "cas lourds". On nous demandait alors, à nous infirmiers, d'encadrer les groupes, au nombre de quatre, d'en être le moteur, le garant.

Parallèlement à des essais de prise en charge particulière et individuelle pour chaque résident, le psychiatre a mis en place des diminutions de traitement : antiépileptiques et psychotropes essentiellement (lesquels traitements étaient pour la plupart inchangés depuis des années). Sur l'ensemble aujourd'hui, les traitements ont été diminués d'environ 80 %.

Concrètement au niveau infirmier nous avons une surveillance importante à assurer, la moitié de nos résidents étant épileptiques, les diminutions de traitement ont été cause de nombreuses crises, il s'agissait de trouver le dosage qui d'un côté les

empêchait de trop convulser, de l'autre leur laissait assez de vigilance.

Nous devons donc apprendre à nos collègues ce qu'était l'épilepsie, comment distinguer les crises, les équivalences, quels gestes avoir alors..., penser à les noter sur le cahier avec les détails utiles à une bonne interprétation. Il nous fallait dédramatiser les crises sans pour autant les banaliser.

Pour plusieurs résidents, nous avons du faire face à des états de mal.

Par rapport aux baisses de traitements psychiatriques, nous devons également être vigilants, observer et faire observer tout changement de comportement tout élément susceptible de nous aider à établir un "nouvel équilibre médicamenteux".

Les agitations, les échauffourés étaient fréquents et source de blessures, chutes... auxquelles nous devons remédier par pose de derma-strip, suture avec le médecin, ou en accompagnant aux urgences de l'hôpital général.

Nous faisons un effort particulier d'accompagnement lors d'hospitalisations ; nous essayons de rassurer le personnel et lui fournissons par écrit tous les éléments indispensables à une bonne prise en charge.

De même nous laissons le numéro de téléphone du service en leur assurant qu'ils peuvent appeler à tout moment.

De notre côté nous appelons régulièrement pour prendre des nouvelles et faire partager notre intérêt pour le patient.

Aujourd'hui, la M.A.S. a doublé en lits et le nombre d'infirmiers de jour a diminué de moitié (50 % des infirmiers de jour ont demandé leur

départ de la M.A.S. et ont été remplacés par des agents).

Aujourd'hui, trois psychiatres vacataires interviennent ; ils ont un rôle consultatif ; ils assurent le suivi, le renouvellement des traitements psychiatriques ; la surveillance au sens large de la vie des résidents, ils sont participants ou à l'origine des différents projets. Cette aide, cette influence dure depuis cinq à six ans pour deux d'entre eux.

Les médecins apportent un regard extérieur, une régulation dans le groupe. Ils sont l'oreille qui entend la souffrance de l'équipe, ils sonnent la clochette d'alarme.

Notre travail infirmier n'est plus celui d'il y a dix ans :

- de par le nombre, nous ne sommes plus qu'un par structure et par horaire,
- de par la qualification de nos collègues A.M.P. et aides soignants,
- de par la stabilisation des traitements qui contribue à une ambiance plus sereine, compatible avec un lieu de vie.

L'accent est mis davantage sur le confort, la qualité de vie du résident. Il n'existe pas d'horaire de soins bien défini ; tout soin somatique est l'occasion d'une relation privilégiée, d'une écoute particulière, le problème somatique n'étant souvent qu'une demande de relation.

Hormis les urgences traitées à l'hôpital général, nous travaillons avec le généraliste de ville qui vient à la demande de l'infirmier (quatre à cinq fois par mois en moyenne, de façon tout à fait inégale). il assure le suivi somatique, la petite chirurgie (les sutures). Nous traitons avec lui les problèmes quotidiens ; un quart de nos résidents sont en fauteuil roulant, un autre quart ayant un périmètre de marche

très limité et nous devons par exemple traiter différents problèmes circulatoires, les troubles liés à l'immobilisme, etc...

Le week-end, l'infirmier fait appel au médecin de garde du canton, ce qui pose souvent problème, ce dernier ne connaissant pas le résident, l'interne de garde de l'hôpital n'intervenant pas chez nous sauf cas d'extrême urgence.

Nombreux déficits surajoutés sont source d'affections chroniques divers pour lesquelles une surveillance constante est nécessaire, ce sont essentiellement des affections dermatologiques, des affections de la sphère O.R.L.

IV. LES RAPPORTS AVEC LES FAMILLES

A l'ouverture de la Meije, les résidents venant de l'hôpital psychiatrique avaient très peu de visites. Les rares familles qui venaient voulaient connaître les nouvelles conditions de vie de leur enfant ou parent et étaient curieuses quant au fonctionnement. Elles posaient beaucoup de questions vécues par le personnel comme des agressions.

Nous étions dépassés par nos difficultés de fonctionnement, de mise en place de nos projets et nous n'étions pas prêts à faire face aux familles culpabilisées dont les questions nous mettaient mal à l'aise puisqu'elles soulignaient notre difficulté, nos échecs de prise en charge.

Aujourd'hui, plus sereins, nous composons davantage avec les familles, nous les côtoyons sans crainte de part et d'autre ; la formation du personnel ayant contribué pour beaucoup à cette "harmonie".

26 résidents n'ont jamais de

visite, pour six d'entre eux il n'existe aucun répondant, aucune famille connue. Pour les autres, figure seulement un nom dans le dossier, nom d'un parent qui ne s'est jamais manifesté.

20 résidents ont des visites irrégulières : au moins une fois par an.

24 résidents ont des visites régulières : au moins tous les deux mois, 7 d'entre eux partent en week-end dont 4 pour plus de deux jours.

Certains ont perdu un être cher. Nous mettons en place un travail de deuil avec le résident.

Toutes les familles sont sollicitées à diverses occasions :

- le nouvel an,
- les séjours,
- la fête des mères,

sont l'occasion d'une carte que le référent écrit au nom de son résident, au nom de l'institution.

Ces cartes sont souvent l'occasion d'une réponse écrite ou téléphonique qui prouve l'intérêt des familles même si elles n'osent pas venir vers nous.

Nous les contactons également pour des détails d'ordre administratif :

- autorisation d'opérer,
- autorisation de sortie (gîte),
- conseil de maison (vote).

Nous essayons ainsi de les faire participer à la vie de leur parent tout en respectant leur désir de rester ou non en retrait de l'institution.

Beaucoup de familles ont encore beaucoup de difficultés à venir vers nous. Elles sont culpabilisées, maladroitement et ne parviennent pas à "franchir le pas". Si nous sentons la famille en difficulté devant son

enfant, nous accompagnons la visite.

Par exemple, une famille ayant deux enfants à la M.A.S. et habitant à environ 15 km de là, cette année pour la première fois la maman est venue à la fête de Noël et a revu ses enfants qu'elle n'avait pas vu depuis plus de dix ans. Ce fut l'occasion d'émotions pour cette famille et pour nous tous.

V. L'EVOLUTION DE LA MEJJE

J'ai envie de vous parler tout d'abord de l'importance de l'architecture.

En 1982, à l'ouverture de la M.A.S., il y a eu obligation de reprendre d'anciens bâtiments. Ils se sont montrés inadaptés, non fonctionnels pour accueillir une population déficitaire (grands couloirs de 75 m, peintures uniformes, décorés sommairement). A cette époque, les résidents ont détérioré rapidement les lieux.

Après trois ans de fonctionnement, le personnel a proposé des transformations qui ont apporté un cadre de vie plus agréable. Nous avons décoré, mis des papiers peints, des fauteuils, etc... Plus nous avons apporté le confort et plus les résidents ont été respectueux de l'usage des locaux.

Nous avons désormais la certitude que le cadre de vie influe sur le comportement, ainsi que sur la motivation du personnel.

A ce stade de l'évolution est apparue la nécessité de créer des appartements afin d'individualiser la prise en charge et de restituer une dimension plus familiale.

A ce moment est apparue la nécessité que chaque résident ait un interlocuteur privilégié :

Etre référent c'est :

- la nécessité de parler avec le résident,
- décrypter sa demande,
- l'aider à s'exprimer, parole, regard, geste, mimiques.

Oblige au questionnement :

- que veut-il ?
- quels sont ses besoins ?
- comment s'y prendre ?

Concrètement à la M.A.S. chaque personnel, peu importe sa qualification, est référent d'un résident, il a le devoir de pourvoir à ses besoins, d'être le représentant d'une personne que n'a pas accès à la parole.

Dans la réalité, une personne est référente, une autre est suppléante pour pallier éventuellement à l'absence et aussi pouvoir échanger, permettre une convergence de points de vue afin de mieux cerner le désir du résident.

Le référent participe à l'étude de cas annuelle qui sert à l'élaboration du projet individuel. Il accompagne également le résident dans ses achats, ses visites de spécialiste, etc...

Pendant les six premières années, le personnel s'est qualifié : vingt personnes ont suivi la formation d'A.M.P., d'autres celle d'aide-soignant. Ces nouvelles qualifications ont amené un autre regard, une motivation permettant un enrichissement de la qualité de vie du résident.

La formation est un des éléments de réponse face à l'usure des personnels, risque dont on a longtemps voulu ignorer l'existence. Les craintes liées au vieillissement, aux risques de régression, l'angoisse de la mort accroissant la charge émotionnelle du personnel.

La mobilité, le changement, l'ouverture sont également des remèdes contre l'usure engendrée par la routine.

Une autre évolution importante s'est concrétisée par une journée porte ouverte et aussi une fête style kermesse.

Lorsqu'on a été à l'aise sur l'extérieur avec les résidents, le besoin d'aller plus loin s'est manifesté. L'idée d'inviter des personnes à venir découvrir la vie à la Maison d'Accueil Spécialisée a été un pas important vers l'intégration dans le tissu social.

Après ces fêtes est né le projet du personnel de constituer une association loi 1901 qui depuis a vu le jour : l'A.L.M.A.S.

Le but de cette association : favoriser encore plus le développement des loisirs et activités diverses afin d'améliorer la qualité de vie et le bien être des résidents. C'est l'A.L.M.A.S. qui a organisé le Réveillon de fin d'année.

Je terminerai par nos projets :

- parrainage pour les personnes n'ayant plus de famille,
- développement de l'accueil temporaire,
- et aussi placement du soir et des week-end en famille d'accueil.

REFLEXIONS

A propos de paroles lors des réunions sur la notion de référents :

"Je ne vous ai pas choisis pour m'occuper de moi",

"Je voudrais vous faire confiance et en même temps m'appartenir",

"Je ne doute pas de votre discrétion, vous êtes liés par le secret",

"Je vois que votre travail est difficile et j'essaierai d'être patient",

"J'ai une famille, je souhaite que vous la rencontriez",

"C'est vous qui savez, je me sens peu de choses, mais je ne suis pas une chose",

"Ne laissez pas de côté mes vêtements, chaussures, prothèses, fauteuils, sans eux je peux encore moins",

"S'il vous plaît, occupez-vous de moi comme vous aimeriez que l'on s'occupe de vous",

"Je mourrai peut-être ... je ne voudrais pas mourir seul".

Paroles à méditer.



Lectures

J. N. LETELLIER

"NAÏTRE A LA FOLIE"

Collection Les empêcheurs de penser en rond
H. GRIVOIS
130 F.

C'est un livre dense qui fait pénétrer dans l'univers de la psychose mais totalement original en ce que le style tranche sur les habituelles descriptions cliniques.

Dans son travail de psychiatre des urgences, H. GRIVOIS nous entraîne au plus près dans le vécu de la psychose naissante. H. GRIVOIS en ramène, avec un remarquable respect pour l'étrangeté de cette expérience, des observations édifiantes sur ce qui constitue en quelque sorte la phase protopsychotique, intervalle du basculement dans le rapport au monde. psychose naissante non encore nosographiable.

C'est un véritable document sur la phase inaugurale qui fait passer la folie de la scène privée à la scène publique.

Evoquant tour à tour les points de vue du psychotique, de son entourage et du médecin, il propose une théorisation sur l'expérience centrale de l'entrée en psychose et décrit avec finesse ce qu'il a pu saisir de l'évolution progressive des rapports du psychotique avec le monde.

Naître à la psychose comme si vous y étiez. C'est aussi une leçon quand à l'accueil de ce bouleversement par un psychiatre qui a beaucoup travaillé sur la notion d'urgence en psychiatrie.

A propos de la Réforme des études infirmières

D. CATHERINE, responsable du Centre de Formation du CHS Bon Sauveur de Picauville

Préconisé depuis 6 ans et après avoir fait couler beaucoup d'encre et usé autant de salive, le nouveau diplôme est arrivé. Officialisé par l'Arrêté du 30 Mars 1992, il sera applicable dès la rentrée septembre 1992.

Au niveau quantitatif, malgré un allongement des études de 3 mois, (passage de 33 mois à 36 mois), on se rend compte que la durée totale de la formation n'augmente que de 120 heures, soit 4760 heures contre 4640 heures dans le programme de 1979. Ceci s'explique par le fait que les futurs élèves auront un statut d'étudiant et, par conséquent, bénéficieront de 27 semaines de vacances pendant leurs études ; d'autre part, la durée hebdomadaire est fixée à 35 heures, tant pour les cours théoriques que pour les stages cliniques alors que le programme de 1979 fonctionnait sur la base de 39 heures. L'ensemble de la formation est divisé en 28 modules obligatoires, communs à tous les étudiants, plus 2 modules optionnels obligatoires de 80 heures chacun que l'étudiant devra choisir en 2ème et 3ème année. Si une assiduité est exigée pendant les stages cliniques, la présence aux cours est facultative pourvu que l'étudiant satisfasse aux différents contrôles et validations de module.

Pour un étudiant qui choisira les 2 modules optionnels en psychiatrie, l'enseignement de cette discipline représentera :

pour la partie théorique : 680 heures, soit 30,5 %
pour les stages cliniques : 1155 heures soit 50,76 %
pour l'ensemble : 1835 heures soit 38,55 %.

Le programme de 1979 nous accordait 2179 heures pour la psychiatrie, soit 344 heures de plus. Si nous ne récupérons pas l'intégralité des heures, nous devons néanmoins reconnaître que nous sommes loin de nos craintes initiales fondées sur un programme de 33 mois avec un allongement de 3 mois pour l'enseignement de la psychiatrie.

Ce nouveau programme amènera les étudiants à l'obtention d'un Diplôme d'Etat en Soins Infirmiers, Unique et Polyvalent.

Mais un programme, aussi complet soit-il, n'est pas un tout. S'il fixe les grandes lignes du contenu, il omet volontairement de donner un sens à cette formation.

Quel infirmier pouvons nous attendre de cette formation ?

La réponse est d'autant plus difficile que les modalités d'application seront différentes selon les endroits. La réforme des études prévoit en effet que toutes les Ecoles d'Infirmières en soins généraux et tous les Centres de Formation en psychiatrie deviennent des Centres de Formation en Soins Infirmiers et sont habilités à dispenser la nouvelle formation. On peut donc penser à juste titre que malgré un programme identique, la formation sera différente selon qu'elle se déroulera dans un ex Centre de Formation en psychiatrie ou dans une ex Ecole d'Infirmière en soins généraux. Le Module I du programme de 1979, identique dans son contenu pour les DE et les PSY nous en apporte la preuve évidente. Cette situation

pourrait satisfaire les défenseurs des théories qui s'opposaient il y a encore quelques mois sur spécificité ou spécialisation en psychiatrie. Mais la vraie question à se poser, celle qui doit être la seule à justifier cette réforme, n'est-elle pas de savoir comment le malade, quelle que soit sa souffrance, sera pris en charge par les nouveaux infirmiers ?

La Commission Ministérielle qui est à l'origine du nouveau programme est partie du postulat suivant :

L'infirmier de demain, quel que soit son lieu d'exercice, doit être capable de répondre aux besoins de tout individu, dans ses trois dimensions bio-psycho-sociales.

Nous voyons résumé dans cette phrase l'unicité de la formation et la polyvalence de la fonction. Nous pourrions penser à première vue qu'un tel objectif relève de l'utopie. En l'absence d'éléments d'analyse, seul l'avenir nous permettra de répondre à cette interrogation. Il reste néanmoins que prendre le risque de favoriser telle partie du programme plutôt que telle autre ne permettrait pas d'atteindre cet objectif, ce qui aurait pour conséquence de nuire gravement à la qualité des soins, voire à la santé du malade.

L'une des meilleures formules, chaque fois qu'elle sera possible, reste sans nul doute la mise en commun des compétences de chacun par un regroupement fonctionnel des structures de formation. C'est le sens du projet élaboré actuellement par le Centre de Formation du CHS de Picauville et l'Ecole d'Infirmières du Centre Hospitalier Louis Pasteur de Cherbourg. Un projet semblable est en cours de réalisation entre le Centre de Formation d'Alençon et

l'Ecole d'Infirmières de Flers. Les infirmiers de secteur psychiatrique pourront accéder au diplôme d'Etat après avoir effectué 3 stages de 1mois dans des services de médecine, chirurgie et réanimation ou soins intensifs. Le nombre important de demandes face à cette possibilité révèle de manière singulière la crise d'identité que traverse actuellement la profession. Il reste que les chiffres sont à interpréter d'une manière différente selon les personnes concernées. Un récent sondage effectué sur les CHS de Caen et de Saint-Lô nous montre :

Veulent suivre les 3 mois de stage :

	Caen	St Lô
Diplôme de 79	44 %	32 %
Diplôme de 73	27,27 %	42 %
Diplôme de 55	19 %	29 %

Pour quitter la psychiatrie :

Toutes années confondues :

Caen	46,02 %	St Lô	47,87 %
------	---------	-------	---------

Pour le secteur libéral :

St Lô	12,90 %
-------	---------

Pour le secteur médico-social :

St Lô	61 %
-------	------

Pour l'hôpital général :

St Lô	15 %
-------	------

S'agit-il là d'une usure ou d'une difficulté à trouver sa place dans des pratiques qui ne correspondent plus à l'image

que certains auraient pu se faire de la psychiatrie ? Avant de se livrer à des interprétations sauvages, et en se gardant bien de porter un quelconque jugement de valeur, il paraîtrait intéressant de pouvoir analyser plus profondément cette situation.

Un des avantages de cette offre est sans doute de pouvoir mettre fin à un sentiment d'infériorité développé par bon nombre d'infirmiers de secteur psychiatrique vis à vis de leurs collègues en soins généraux. La pédagogie aurait-elle quelque effet thérapeutique ?

Actualités régionales

* BASSE NORMANDIE

LA FEDERATION NATIONALE DES ASSOCIATIONS CROIX-MARINE D'AIDE A LA SANTE MENTALE, présidée par le Docteur JOLIVET, met en place dans le cadre de sa nouvelle organisation nationale une **COORDINATION REGIONALE** au sein de chaque région.

Cette **COORDINATION REGIONALE** ne remplace aucune structure de même qu'elle n'interfère pas dans la gestion des associations existantes, déjà adhérentes à CROIX-MARINE. Son objet est de fédérer les différentes associations régionales adhérentes à **LA FEDERATION NATIONALE** afin d'obtenir une meilleure efficacité dans la transmission de l'information, de la communication et permettre un contact plus étroit avec la **FEDERATION NATIONALE**.

De par la position qu'elle a su développer et enrichir, **LA FEDERATION NATIONALE**, est un interlocuteur respecté des pouvoirs publics et de ce fait consulté régulièrement sur les sujets ayant trait à la santé mentale, pour cela il paraît souhaitable que la **FEDERATION NATIONALE** puisse recueillir le maximum d'informations venant de régions. La **COORDINATION REGIONALE** doit pouvoir jouer ce rôle en assurant la synthèse des informations, en transmettant les données à la **FEDERATION NATIONALE** et en retour en communiquant aux différentes associations les prises de position de la **FEDERATION NATIONALE** sur les sujets les concernant.

Ce type de fonctionnement a déjà fait ses preuves dans d'autres régions, il n'en reste pas moins vrai que son succès est lié à la volonté de chacun d'en assurer le développement et la pérennité.

NOTA: Pour l'année 1992, la **FEDERATION NATIONALE** a approuvé l'élection de Monsieur Bernard NOUAUD comme secrétaire de la **COORDINATION REGIONALE**.

Adresse : Centre Hospitalier Spécialisé
50360 PICAUVILLE

Tél : 33.41.01.07
Télécopie : 33 21 19 30

Actualités régionales (suite)

* EQUEURDEVILLE

L'ASSEMBLEE GENERALE DE L'ASSOCIATION AMARRAGE s'est tenue le 27 mars 1992 à l'hôtel de ville de Cherbourg en présence d'une trentaine de membres de l'association.

Le bilan de l'année 1990 a montré que les réalisations avaient beaucoup avancé puisque le bateau l'Angélus avait pu être remis à l'eau lors de la fête de Cherbourg "Toutes voiles dehors".

Les contacts noués avec plusieurs sponsors (D.R.A.C., C.O.G.E.M.A., mairie de Cherbourg, C.P.A.M.) ont débouché sur des financements utiles au développement des activités de restauration et de pratique de la voile.

Un second bateau, le Saint-Edouard, a vu sa restauration débiter en fin d'année et il sera remis à l'eau avant l'été.

Amarrage sera présent avec l'Angélus et un équipage d'une quinzaine de personnes (dont une dizaine d'usagers de la santé mentale) au rassemblement de Brest en Juillet prochain (du 10 au 18).

L'association travaille avec le secteur Ouest -Cotentin à l'élaboration d'un projet d'atelier coopératif de restauration de bateaux fonctionnant selon un cadre d'atelier thérapeutique.

Pour tout renseignement :
Association Amarrage
Centre Colbert
80 rue des Maçons
50120 EQUEURDEVILLE
Tél : 33.93.21.92

* CAEN

"LES ARTS" ne sont pas morts, ils sont simplement en sommeil ; le mieux est de vous citer un passage de la lettre adressée par l'association à ses adhérents à la suite de l'Assemblée Générale Extraordinaire du 15 mai 1992.

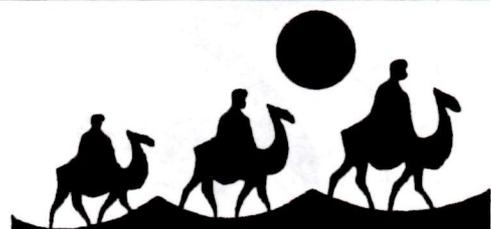
"Une très grande majorité des membres votants s'est déclarée contre la fermeture définitive des Ateliers Collectifs et contre l'abandon du projet "LES ARTS".

Nous ne disposons pas pour autant de moyens nouveaux nous permettant d'envisager une réouverture.

L'Assemblée Générale a mandaté Jil Thorin, Anne-Françoise Regnouf, Marc Eustache et Isabelle Brechet pour effectuer toutes les démarches, recherches et actions nécessaires au rétablissement du projet.

Ce groupe de 4 personnes reste ouvert à toutes collaborations et idées... Nous avons déjà pris contact avec l'A.P.A.C. (Association pour la Promotion de l'Art Contemporain) et Feel' Art pour une éventuelle coopération.

*Pour tout contact vous pouvez toujours nous écrire ou joindre :
Anne-Françoise au :
31.30.50.50 au poste : 55-15"*



**AILLEURS
AUTREMENT**

FORMATION PERMANENTE

1, place Villers - 14000 CAEN

Renseignements : 31 50 01 20

Découverte des pratiques sanitaires et sociales

■ STAGES COLLECTIFS

ANGLETERRE, ITALIE, GRÈCE, ESPAGNE,
ROUMANIE, ALGÉRIE, QUÉBEC, SÉNÉGAL.

■ STAGES A THÈMES

Colloque ART et CULTURE et PSYCHIATRIE de SAINT LÔ des 15 et 16 Mai 1992

Compte- rendu du
Docteur G. BOITTIAUX

Cette manifestation organisée par le 4ème secteur de Saint-Lô et la Société Française de Psychopathologie de l'Expression avait fait le pari ambitieux d'amener plus de 200 professionnels de santé mentale à échanger sur leur pratique autour des ateliers d'expression artistique à partir d'un débat théorique que les rapports entre l'art et la folie.

Dés la matinée du vendredi, le débat de fond fut introduit autour des communications des docteurs BROUSTRA, KLEIN et SCHARBACK. Les tentatives d'élaborer une clinique psychiatrique de l'expression plastique (qu'elle s'envisage autour de la démarche de l'artiste ou du créateur sans référence pédagogique) ne sont pas nouvelles. Les citations des grands auteurs permettent de tracer quelques lignes directrices liées à la théorie analytique, mais dont l'effet tient surtout du réductionnisme, malheureusement trop commun, dans un cheminement de la pensée qui vise plus à renforcer le modèle, qu'à éclairer les effets produits par l'objet initiateur d'une démarche de connaissance. L'oeuvre d'art doit-elle ou peut-elle être soluble dans la dialectique du psychanalyste?

La création, l'expression artistique sont surtout des immenses espaces de jeux, de possibles que sont autant d'étayages dynamiques qui pourront s'avérer très pertinents dans la pratique des

unités de soins. Le docteur BROUSTRA évoquait cette notion d'une création comme transformation de soi-même. La démarche du projet de soins est résumée par l'expression dynamique "créer en se recréant". Le docteur KLEIN évoquait autour de sa notion originale de psychiatrie de l'ellipse l'importance du détour de l'ambiguïté, de la fiction comme constitutifs du processus thérapeutique. Les communications des ateliers du vendredi et du samedi ont mis en évidence, au travers d'expériences diverses l'importance des ateliers d'expression artistiques comme espaces médiateurs du soin en santé mentale.

Un trait d'union entre ces expériences est l'intervention d'artistes vacataires comme animateurs de ces ateliers dont les productions donnent lieu à des expositions publiques qui sont aussi autant d'ouverture sur des espaces de socialité pour des malades qui sont souvent dans un cursus de marginalisation. L'autre aspect important c'est l'absence d'interprétation des oeuvres produites. A propos des productions des ateliers thérapeutiques une communication a fait le point sur la protection juridique des auteurs et en l'occurrence ici du patient qui reste légalement le seul propriétaire (même après une vente). Il en résulte que la destinée d'une création artistique n'appartient qu'à son créateur et pas à l'équipe soignante, ni au tuteur, ni à l'institution. Dans le quotidien, ce principe ne semble pas toujours aussi facile à mettre en oeuvre.

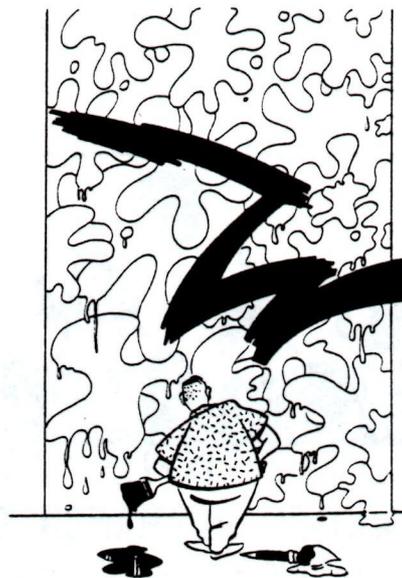
Monsieur CAPELIER après un long détour sur des considérations mortifères quelque peu appuyées à propos de la modernité, a montré comment des patients, fréquentant depuis plusieurs

années un atelier d'art-thérapie se réappropriaient des références de l'histoire de la peinture moderne. Celle-ci viennent progressivement infiltrer les oeuvres singulières du patient qui, par le même temps, s'inscrit dans le jeu culturel.

En clôture des journées, le docteur GUIBERT nous livre les résultats de son enquête par questionnaire sur les activités artistiques en psychiatrie. Il serait difficile d'en rapporter ici tous les détails mais il est significatif de noter l'explosion de ces activités depuis environ une décennie.

Pour conclure, j'aurais un petit regret, c'est l'absence d'animation autour d'ateliers de création artistique pendant le colloque. Certes l'exposition des oeuvres réalisées dans différents ateliers était d'un bon niveau, mais ces journées manquaient d'un peu de folie.

Les organisateurs nous ont convié à un prochain rendez-vous qui aura lieu à Avignon en mai 1993 autour du thème "de l'oeuvre d'art et de la restauration". Je laisse aux lacaniens en herbe le soin de la gastronomie des je sème antique (et toc).



Colloque de St LÔ Autre Regard

Marc EUSTACHE
Juin 1992

J'ai rencontré le fantôme du culturel à Saint LÔ les 15 et 16 mai 1992 pendant le colloque Art, Culture et Psychiatrie.

La première intervention du docteur SCHARBACH de Nantes :

"Regard sur vingt minutes d'un thérapeute", m'a laissé un goût d'inachevé, l'interprétation des tableaux aurait mérité une dynamique référente à l'histoire de la peinture et non pas uniquement celle de la psychanalyse.

Nous étions dans le vif du sujet, l'expression, l'acte de faire devenant analyse. Ah, j'oublie, nous étions là pour ça ?!

Question : l'acte de faire en pratique artistique ne doit-il pas rester ludique ?

Quand à l'épreuve de la mise en situation expressive (Docteur BROUSTRA de Lisbonne), je ne crois pas qu'elle soit en santé mentale plus présente que dans n'importe quel autre milieu où se pratique une activité peinture, sculpture... Je ne crois pas qu'il faille à tout prix faire faire de l'art nouveau mais au contraire, laisser les usagers d'un atelier créer avec leurs références mêmes académiques. Je suis d'accord avec le docteur BROUSTRA lorsqu'il dit qu'il ne faut pas faire à tout prix ni vouloir absolument montrer ; le temps, la patience doivent rester des matériaux d'un atelier de création...

Mademoiselle APTEL, "conservatrice" au musée de Nancy, a fait une efficace

présentation art populaire, art naïf, art brut. Au cours de ce voyage dans l'histoire de l'art, mademoiselle APTEL perdait peu à peu son assurance pour émettre les doutes sur les certitudes de son interprétation au bénéfice de celles des deux interventions précédentes (SCHARBACH, BROUSTRA).

Certains me reprocheront un manque d'humilité mais je crois que la psychiatrie gagnerait en "liberté" à se référer à l'art à travers le temps. Un travail artistique est riche de sentiments et d'émotions diverses. L'individu qui crée, cuisine un ensemble d'ingrédients difficilement identifiables car l'acte de faire s'échappe dans la dynamique pour devenir transparent. Indiscutablement, ce rappel de l'histoire de l'art était indispensable en préambule à ces deux journées.

Autre aspect de l'atelier de création, il est social celui-là car il est le trait d'union d'une vie sociale, même fragmentaire...

Cette intervention fort intéressante fut suivie (sans même nous laisser le temps de poser des questions) par celle du docteur KLEIN de Blois ; il fallait faire vite, nous étions déjà en état d'hypoglycémie avancée. Le docteur KLEIN usant de l'art du raccourci dans l'assiette, évoquait avec passion cette question : l'art thérapie peut-elle être une psychiatrie de l'ellipse ?

LASCAUX et la BELGIQUE

Il fut aussi traité de "trace et espace de créativité" par le docteur BERTRAND de Liège. En conclusion, il faut garder une trace des travaux d'ateliers, de leur devenir car les usagers s'informent, viennent voir ou revoir. C'est une marque d'un temps social, une trace.

A chacun ses grottes de

Lascaux !

Le samedi matin "les marchands du Temple", laboratoires auxquels nous devons d'avoir pu manger, boire pendant le colloque ?! étaient toujours là, accrochés aux basques du culturel dans le grand hall de la maison du département où la confusion était possible entre les travaux exposés et la "publicité médicale" !

C'est d'une belle voix soprane que madame LE HEUSEY (Paris, Hôpital R. Debré) a ouvert cette seconde journée avec "l'enfant malade et les nouvelles techniques d'expression"; il s'agit d'activités de création par ordinateur.

J'entendais pour la première fois les mots communication, passion, plaisir, ludique depuis le début du colloque, suivis de graffs, tags...

Nicolas, un petit malade, nous dit même que son ordinateur est "une sorte d'ami" ! L'ordinateur, pédagogie de la réussite, (ce sont les mots de madame LE HEUZEY) car on peut toujours corriger sur un écran. Quelle machine merveilleuse, Disney Land n'a qu'à bien se tenir ! Mais heureusement, nous rencontrons aussi la presse écrite à l'hôpital Robert Debré : Tam Tam, le journal conçu et réalisé par les enfants et diffusé dans l'hôpital auprès des usagers. Il concurrence la télévision interne elle aussi à l'hôpital, une télévision faite par les enfants pour la joie des adultes... Je brocarde bien entendu !

On se console comme l'on peut, Nintendo a de l'avenir, pendant ce temps, dehors comme un géant guetteur des origines, la sculpture de DUBUFFET s'érode... (DUBUFFET a érigé devant l'hôpital Robert DEBRE une sculpture géante).

Une caméra, où ça ?

Pas le temps de "causer" des nouvelles techniques avec Madame LE HEUZEY, dommage car je crois que de nombreuses questions sont restées sur l'écran que déjà le Tapie de la psychiatrie s'installe et prend le micro pour nous raconter, diapositives d'époque à l'appui, ce qui n'est pas une mince performance, la vie de Riquet à la Houpe, Henri-Marie-Raymond de Toulouse-Lautrec-Monfa.

Quelques détails croustillants par l'auteur nous font pénétrer la vie intime de Petit Bijou (il était ainsi appelé par sa maman). Lire à ce sujet l'excellentissime article de Philippe SEGUY dans "Vue et images" du 12 mars 1992.

Aux dernières nouvelles, nous ne savons toujours pas de quoi est mort TOULOUSE-LAUTREC qui nous laisse une oeuvre de plus de 3000 pièces environ, peintures, dessins d'après Christie's dont Bertrand du Vignaud l'un des proches parents de l'artiste est aujourd'hui secrétaire général...

En 1993, Monsieur le Professeur ZARIFIAN reviendra avec "une approche psychopathologique du pinceau" chez Picasso, car 1993 sera l'année Picasso (20ème anniversaire de sa mort).

Petite musique du temps, "Thérapeutique artistique et culture".

Ni opposition, ni concurrence mais complémentarité par Madame VERDEAU-PAILLES qui parle avec poésie et compétence de la musique, un fait suffisamment rare pour qu'il soit signalé. Pratique artistique et poésie ne sont-elles pas liées au temps ludique de la création ?

Regrettable que Madame VERDEAU-PAILLES s'égare dans une classification arithmétique linéaire ; la musique possède déjà ses clés, pourquoi lui en adjoindre d'autres (à moins que ce ne soit le fantôme du psy qui apparaisse derrière la musicienne).

Une histoire Belge :

Je me suis bien amusé avec le Docteur AFLALO de Bruxelles, la vidéo dans la pratique psychiatrique : de la confrontation au tarot-musco-squiggle ! C'est un des rares à avoir oublié son micro pour communiquer réellement avec la salle. Ne dit-il pas lui-même que la vidéo c'est de la "quincaillerie" avec de bonnes qualités techniques.

Une histoire belge qui fait référence à Hurley et à Harler, moi, je ne les connais pas mais vous, vous devez connaître, qui se termine par l'angoisse de morcellement, de mort, de l'ambiguïté face à la mère.

Toujours est-il qu'à l'heure de la sieste, il a efficacement réveillé la salle le Docteur AFLALO pour nous préparer à la rencontre "du fantôme du culturel dans les couloirs de l'art-thérapie".

D'un sérieux et d'une voix qui effaçait tout parasite, Monsieur CAPELIER nous a asséné une cascade de mots, sans doute les noms des fantômes du culturel que l'on peut rencontrer dans les couloirs du S.F.P.E. (Société Française de Psychiatrie de l'Expression).

Compte tenu de sa certitude aux incertitudes qui ont bousculé mes références culturelles, mais je ne fréquente pas les mêmes fantômes, et je n'en aurai pas cru mes oreilles sans sa série de diapositives fort intéressante.

Nous avons de moins en moins de temps, il fallait conclure, il restait quelques minutes au Docteur GUIBERT pour lire les résultats d'une enquête par questionnaire à laquelle presque tous les hôpitaux et services hospitaliers interrogés avaient répondu.

VINGT ATELIERS, TROIS ARTISTES

"Le travail n'est pas une création mais une mémoire"
Dr DUBUFFET

Un accrochage d'une grande sensibilité : un nombre important de tableaux, de peintures, de traces... C'était pas facile de mettre en scène toutes ces mémoires de tant de lieux.

Pourtant, Janladron, avec beaucoup de poésie nous invitait à voir, écouter, oui l'oeil écoute, revoir cet art sorti des murs, ces instants de mémoire qui ont dessiné, colorié, caressé, interrogé d'autres murs, ceux du centre culturel de Saint Lô du 15 au 24 mai.

Pendant le vernissage, le cochon d'André n'a pas suscité plus d'intérêt que ça. "Le cri du cochon, c'est le premier cri qu'entendit sa mère après le bombardement de Saint Lô, ville détruite dans laquelle elle perdit plusieurs enfants" ; un cri qui semble s'être perdu dans l'indifférence du vernissage...

Le mur des lamentations de Jalendron, un autre mur dans les murs, un mur noir, un mur blanc, des mots blancs, des mots noirs, noir sur blanc ou blanc sur noir et le rouge, des mots qui se chevauchent, une logorrhée, une marée de mots là pour dire à qui, pourquoi ? Toujours et encore, encore...

Des sons, une télé, un lit, c'est une chambre, chambre

d'hôpital ou d'ailleurs, isolement, solitude, présence, absence, ça agresse tantôt la vue, tantôt l'ouïe, le hasard s'installe... C'est l'espace Vincent de Fauny. "Si je vois, si je sens, si j'entends, si je devine, je m'anime, je me sublime, nous dit-il", ultime message.

Un beau catalogue a été édité à l'occasion de cette exposition, il est disponible à Saint Lô.

Les mots de la fin, je les laisserai à Francis BACON qui est mort il y a quelques semaines à Madrid à l'âge de 82 ans :

"Quand on me dit que mes tableaux sont troublants, poignants ou choquants, je me demande toujours si la vie n'est pas plus troublante, poignante, choquante. Je voudrais tellement arriver à rattraper un instant cette réalité là avec tout ce que cet instant contient de subjectivité et l'enfermer dans un tableau".

A vos pincesaux, Messieurs les psychiatres !



MARC EUSTACHE

Peintre, graveur, poète, sculpteur.
 Vit et travaille dans la Manche où il trouve un environnement favorable à ses recherches personnelles.
 Expose depuis 1981. C'est la photographie qu'il montre dans ses premières expositions, puis ensuite, dès 1984, les peintures, les collages. C'est ensuite la découverte pratique de la gravure qu'il intègre à son travail.
 Intervient depuis 1989 en milieu de santé mentale après avoir découvert cet univers lors d'une exposition "Bois couleurs, Bois mémoires" au CHS de Caen, invité par l'association "Les Arts" dont il est devenu membre.
 Anime dans des secteurs différents : écoles maternelles, collèges, centres aérés, groupe de R.M.I..., des journées, des stages peinture-collage et sculpture.
 Enfin Marc EUSTACHE est également fromager, c'est ce qu'on appelle avoir plusieurs cordes à son arc.

PRATIQUE & RECHERCHES
 En Santé Mentale

BULLETIN D'ABONNEMENT
 (à découper ou à recopier sur papier libre)

Revue Pratiques et Recherche :
 Abonnement pour 1 an, soit 3 numéros : 75 francs.

Nom de la personne ou de la collectivité :

Adresse :

Nombre d'abonnements : x 75 francs
 Total :

Règlement par chèque bancaire à l'ordre de :
 l'Association Croix-Marine de Basse-Normandie.

Association CROIX-MARINE de Basse-Normandie

1, Place Villers

14000 CAEN