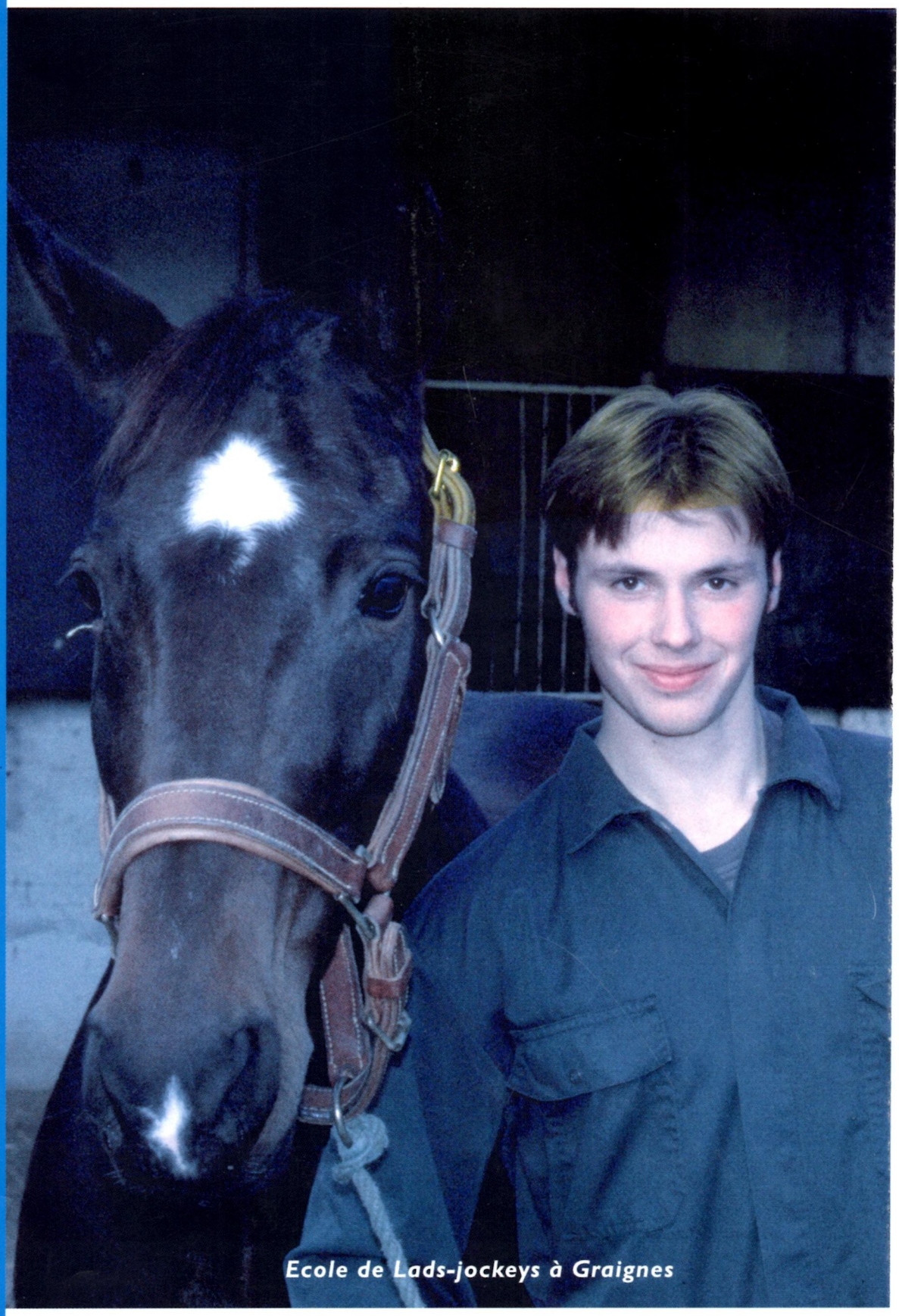
PRATIQUE & RECHERCHES

En Santé Mentale

N° 9

ISSN 1157-3155

JOURNÉES DE GRAIGNES ET CAEN



Ecole de Lads-jockeys à Graignes

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

30 F

SOMMAIRE

1 EDITORIAL

2 ÉCOLE DE GRAIGNES

3 PRÉSENTATION DES "RÊNES DE LA VIE"
par Catherine VIMARD

5 L'ASSOCIATION UNAFAM-PASSERELLE
par Emmanuelle GUILLEMARD et Chantal LEGRAND

7 DROG'AIDE 61
par Catherine CALINE

9 L'INFIRMIER ENTRE L'ASSOCIATIF ET LE SOIN
par Viviane DUREL

11 ÉVOLUTION DES SERVICES DE CHRONIQUES
Aspects prospectifs
par le Docteur TOULOUSE

13 QUE SONT LES SERVICES DE CHRONIQUES DEVENUS ?
par le docteur PITON - Secteur 08 "la Côte Fleurie"

14 AUTOUR DES LIMITES DE LA DÉSINSTITUTIONNALISATION
par les docteurs ALARY et BAUDRILLART et l'équipe de secteur de st Lô

16 7e EXPOSITION MYCOLOGIQUE DE PONTORSON

PRATIQUES ET RECHERCHES

REVUE DE L'ASSOCIATION CROIX-MARINE BASSE-NORMANDIE

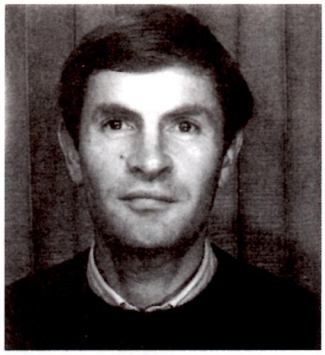
Fondation du Bon-Sauveur, 50360 PICAUVILLE
Tél. 33 41 01 07 (poste 466)

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

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

Secrétariat : 33 41 01 07 (poste 466)

Dépot légal : 1er trimestre 1995



EDITORIAL

Depuis plus de 5 ans maintenant, nous avons le plaisir de nous rencontrer régulièrement. Nous avons échangé nos idées avec de nombreuses équipes, associations, personnes qui sont venues parler de leur travail et de leurs motivations, mais aussi de leurs difficultés.

Au fil des années, nous avons changé de lieu de rencontre. Nous allons maintenant sur le "terrain" des équipes et des associations, pour être plus près d'elles. Nous avons, depuis 18 mois, sillonné la Basse-Normandie, de Vire à Alençon, en passant par Caen, Bayeux et dernièrement Graignes. A chaque rencontre, nous avons écouté avec beaucoup d'intérêt les réflexions des intervenants, glané des informations et obtenu des enseignements sur le fonctionnement de telles structures (associations).

Ces journées évoluent et confirment le caractère "convivial", "sympathique" que nous nous efforçons de leur donner. Ce fut notamment le cas à Graignes (lors de notre dernière rencontre) où nous avons pris notre repas ensemble. Nous avons pu, ainsi, continuer le débat amorcé avant le déjeuner et faire plus ample connaissance.

Mais je crois qu'aujourd'hui plus qu'hier nous avons besoin de confronter nos pratiques et nos expériences. A l'heure où notre spécificité infirmière disparaît, où les pouvoirs publics nous demandent d'être plus performants dans nos soins avec moins de moyens, il me semble important que les associations comme Croix-Marine multiplient les rencontres afin d'apporter aux équipes la confiance en leurs connaissances et en leurs compétences. Ces journées permettent de cautionner nos actions, de nous stimuler et représentent une bonne source d'informations et de réflexions.

Participer à une rencontre Croix-Marine me paraît une bonne façon de prouver son identité et sa spécificité infirmière.

Je vous invite donc à venir confronter vos idées et vos pratiques.

Toute suggestion nouvelle et originale sera la bienvenue.

A bientôt.

Jean-Louis FOUCAULT.
Infirmier Psychiatrique
Trésorier de l'Association
CROIX MARINE BASSE-NORMANDIE

ECOLE DE GRAIGNES

Graignes, petite commune de quelque 750 habitants, en bordure des marais du COTENTIN...
qui penserait y découvrir une école de lads-jockeys ?

Et pourtant, elle existe depuis 21 ans déjà et a vu passer quelque 1300 élèves.

L'école de GRAIGNES est l'un des centres de formation de l'AFASEC avec GOUVIEUX (60), MONT-DE-MARSAN (40), CABRIES (13), BOISSY-SAINT-LÉGER (94).

L'AFASEC (Association de Formation et d'Action Sociale des Écuries de Courses) bénéficie pour son fonctionnement d'une partie des impayés du PMU.

A ceux-ci, s'ajoutent pour chaque centre : les subventions du Ministère de l'Agriculture, la Taxe d'Apprentissage, les pensions des parents et des maîtres de stage.

GRAIGNES, au sein de l'Association est le plus important de par son effectif (220 élèves) et grâce à son recrutement national.

- 32 % des élèves sont issus des 3 départements bas-normands,
- 68 % d'une trentaine d'autres départements.

Les origines sociales sont les suivantes :

- 13,51 % d'enfants d'agriculteurs, d'éleveurs, d'entraîneurs,
- 51,35 % d'enfants d'ouvriers et d'employés,
- 24,32 % d'enfants d'artisans, de commerçants, de profession libérales,
- 2,70 % d'enfants de la DDASS,
- 8,11 % d'enfants dont les parents sont sans profession.

LE PARCOURS DE L'ÉLÈVE :

Formation CAPA LAD-DRIVER en 3 ans

Il s'adresse à des garçons sortant de 5e

- 1re année à temps complet à l'école,
- 2e et 3e années, alternance 1 mois d'école, 1 mois chez un maître de stage.

Ces 3 ans sont sanctionnés par le diplôme du même nom que la formation et pour lequel le taux de réussite est de 98 %.

Formation BEPA - Entraînement du Cheval de Compétition et BEPA Maréchalerie

Il s'adresse à des garçons et des filles sortant de 3e.
2 ans de formation en alternance : 1mois/1mois.

La formation se déroule en contrôle continu avec une évaluation finale. Le taux de réussite est de 79 %.

RENCONTRES
CROIX-MARINE
de BASSE-NORMANDIE

MARDI 4 OCTOBRE 1994 — de 10 h 00 à 17 h 00 — GRAIGNES
ÉCOLE de LADS et JOCKEYS

ASSOCIATIF ET INSTITUTIONNEL

Matin
- ACCUEIL, PRÉSENTATION DE LA JOURNÉE M. DRION, Dr GOLSE
- LES "RÈNES DE LA VIE" - Mme VIMARD
- U.N.A.F.A.M. - Passerelle Mme LEGRAND, Mme GUILLEMARD
- INTERVENTION D'UNE ÉQUIPE DE L'ORNE

12 h 30
- REPAS

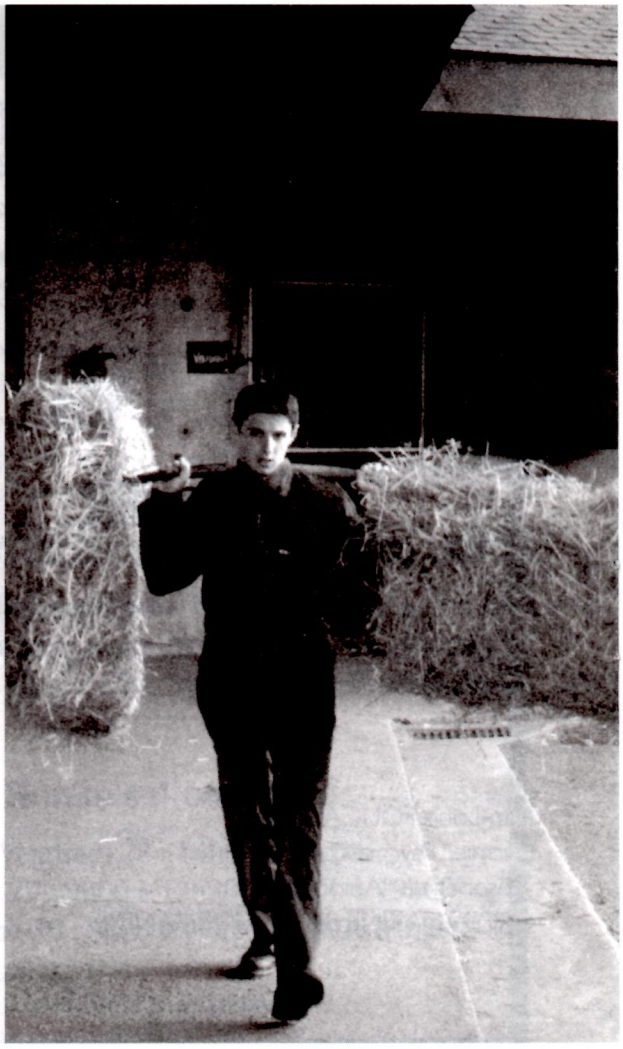
Après midi
- L'INFIRMIER ENTRE L'ASSOCIATIF ET LE SOIN Mme DUREL
- DU CHAMP HOSPITALIER AU CHAMP SOCIAL Dr BOITTIAUX
- VISITE DE L'ÉCOLE de LADS et JOCKEYS

Attention : Nombre de places limité
Inscription jusqu'au 20/09/94 (Tél. : 33 05 19 07)
auprès de : Association "Les Rênes de la vie"
Mme Vimard - Fondation Bon-Sauveur
65, rue Baltimore - 50008 SAINT-LO CEDEX

Prix du repas : 70 F./personne
Règlement à joindre lors de votre inscription et libellé à l'ordre de : École de Lads et de Jockeys de Graignes

ENTRÉE GRATUITE
Adhérents individuels et Membres d'Organismes adhérents
Non-Adhérents : Entrée 30 f

ASSOCIATION CROIX MARINE DE BASSE-NORMANDIE
Fondation du Bon-Sauveur
50360 PICAUVILLE
Tél. : 33 41 01 07 poste 466



Formation CAPA et BEPA par l'apprentissage

Pour les garçons et filles de 16 à 25 ans. les diplômes préparés sont identiques à ceux de la formation initiale, mais il s'agit dans ce cas, de jeunes sous contrat d'apprentissage de 2 ans et qui sont rémunérés comme tels. Le taux de réussite dans cette section est d'environ 80 %.

Mme Lescalier, M. Golse

Si le Centre ressemble à s'y méprendre à un centre d'entraînement : boxes, manège, petite piste, piste sur le site de l'hippodrome situé près de l'école où évoluent chaque jour les montures de l'école, il s'agit véritablement bien d'une école puisque les élèves y suivent des cours de français, mathématiques, sciences économiques, physique, chimie, biologie animale, humaine et végétale sans oublier l'hippologie, matière reine par excellence. A cela s'ajoutent l'éducation physique et sportive et les activités socioculturelles.

Une petite parenthèse : les jeunes filles ne sont plus exclues de la formation, puisque le Centre de GRAIGNES leur a ouvert ses portes depuis 3 ans. Si ces demoiselles font preuve de beaucoup de doigté et de patience envers le cheval, ce dernier les mène à mal parfois à l'entraînement en exigeant d'elles une force physique qu'elles n'ont pas ; c'est ce qui explique la différence dans la réussite avec les garçons.

DEVENIR DE L'ÉLÈVE

Chaque année, le Centre de GRAIGNES peut s'énorgueillir du palmarès des apprentis puisque sur les 10 premiers au nombre de victoires, environ 6 sont aux premières places.

Mais les chiffres ci-dessous sont encore plus éloquents.

Une enquête faite à l'occasion du XXe anniversaire de l'école, a donné les résultats suivants :

- 61,62 % sont restés dans les métiers du cheval,
- 18,00 % se sont installés comme entraîneurs,
- 2,48 % n'ont pas d'emploi.

PRÉSENTATION DES "RÊNES DE LA VIE"

par Catherine VIMARD

Association loi 1901, elle est composée d'un Conseil d'Administration tripartite : personnel encadrant des établissements spécialisés, gens de cheval et bénévoles sans étiquette.
Elle est agréée par le Ministère de la Jeunesse et des Sports et affiliée à la Fédération Française d'Équitation. Sa devise : "Ce n'est pas l'incapacité qui compte, mais la capacité".

LES "RÊNES DE LA VIE" ONT POUR VOCATION :

- De favoriser la mise à cheval en apportant une aide financière directe et en prêtant du matériel équestre et pédagogique adapté.
- De permettre la diffusion de tout document et information concernant la mise à cheval, de servir en outre de terrain d'action afin de tirer observations, exemples et statistiques pour contribuer à la généralisation des sports équestres pour handicapés et inadaptés avec toutes les précautions et moyens requis.
- D'assurer la formation du personnel médico-éducatif pour le sensibiliser aux particularités du cheval et permettre aux professionnels de l'équitation d'appréhender les différents types de handicaps.
- Entreprendre le suivi d'une thérapie ou d'une pédagogie adaptée à chaque situation dans un travail de collaboration entre le personnel de santé, éducatif, para-médical et du monde équestre.
- Faire connaître auprès du public la rééducation par l'équitation afin de promouvoir l'idée d'une intégration et d'une réhabilitation des handicapés, inadaptés ou malades mentaux dans le tissu social environnant.

SES MOYENS :

- Subventions (Conseil Général, Ministère de l'Agriculture, D.D.J.S., C.P.A.M., M.S.A., C.A.F., U.N.A.F.A.M., Communes du Département).

Recherche de fonds :

- par la réalisation de dossiers de demande de subventions,
- organisation de manifestations,

- organisation de stages, de cours d'hippologie et d'éthologie et de journées pratiques,
- sponsoring,
- cartes de parrainage,
- recherche et étude de grilles d'évaluation, projets thérapeutiques et pédagogiques,
- réunions d'information,
- visites et présences ponctuelles au cours des reprises.

En contrepartie, nous demandons aux établissements de participer activement à la vie de l'Association et d'être partie prenante des actions que nous entreprenons :

- en réalisant des projets, bilans, rapports sur l'activité équestre,
- en faisant partie du Conseil d'Administration, des commissions de travail gérant la vie de l'Association,
- en participant aux manifestations et fêtes que nous organisons pour le plaisir des handicapés, la promotion de la rééducation par l'équitation et pour recueillir des fonds.

Telle le FESTIVAL DU CENTAURE en octobre 1990 qui a eu un formidable retentissement et plus modestement la dernière en date, organisée en avril 94 et qui rassemblait les cavaliers des différents établissements spécialisés et ceux des centres équestres adhérents de la Manche.

L'AIDE FINANCIÈRE :

Les "Rênes de la Vie" participent à environ 1/3 des frais d'équitation (selon certains critères : une reprise par cavalier par semaine, 33 semaines maximum, période scolaire ou projet vacances, adhésion des deux parties) et les établissements spécialisés à 2/3.

Pour les personnes hors institution les "Rênes de la Vie" prennent en charge 50 % des frais d'équitation.

L'AIDE MATÉRIELLE :

Les "Rênes de la Vie" apportent à chaque établissement spécialisé une aide en matériel équestre et pédagogique adapté. (Depuis 1993, il en existe un catalogue).
Nous offrons la possibilité de filmer les reprises pour constater les progrès et assurer le suivi technique des séances, (nous nous déplaçons avec un camescope).

Des ouvrages, mémoires, thèses et rapports sont disponibles à la permanence ainsi qu'une bibliographie de référence.

Possibilité de visionner sur place des films sur la rééducation par l'équitation.

L'AIDE TECHNIQUE :

Certains établissements ne demandent qu'une aide technique et pédagogique.

La psychomotricienne qui assurait le suivi thérapeutique est en congé parental.

Nous pouvons cependant faire appel à Marie-Christine DESROUSSEAUX, directrice du poney-club de la Ticquerie, qui a enseigné l'hippologie à l'école de Lads et de Jockeys de Graignes et qui est également membre du Conseil d'Administration, pour résoudre les problèmes ponctuels.

Catherine VIMARD visite régulièrement les établissements et les centres équestres pour évaluer les besoins, notamment en matériel, régler certains problèmes, et surtout entretenir une relation amicale et suivie avec tous nos adhérents.

L'AIDE À LA FORMATION :

Depuis novembre 1993, des cours d'hippologie et d'éthologie ont été mis en place. Assurés par Marie-Christine DESROUSSEAUX, ils ont pour but de compléter la formation des encadrants et d'améliorer la qualité des reprises. Des journées sur le terrain sont organisées tous les 3 ou 4 cours.

Nous organisons également des stages de formation et pour la première fois cette année, avec la Faculté de Médecine de BOBIGNY. Ce cursus de formation s'adresse aux professionnels de la santé, de l'équitation ou aux travailleurs sociaux. Il se déroule en 2 ans et comprend un enseignement théorique dispensé à la Faculté de Médecine de BOBIGNY (possible par correspondance) et un enseignement pratique qui s'effectue dans 4 lieux de stage dont Saint-Lô.

Une attestation universitaire de réadaptation par l'équitation est délivrée aux candidats reçus.

LES PROJETS :

Création d'une vidéothèque constituée de films didactiques de qualité sur la rééducation par l'équitation, les différents handicaps, des expériences vécues...

Édition d'un journal destiné aux adhérents : "La Boîte aux Lettres des Rênes de la Vie". Il sera composé de cours d'hippologie, d'éthologie, de conseils pratiques, d'informations utiles, de petites annonces, de publicités gratuites pour les centres équestres et des dates des manifestations.

Catherine VIMARD
Présidente "Rênes de la Vie"
65, rue Baltimore
50000 Saint-Lô
Tel : 33.05.16.17

L'ASSOCIATION UNAFAM-PASSERELLE

par Emmanuelle GUILLEMARD et Chantal LEGRAND

Cette association est née de la volonté de l'équipe du CMP de mettre à la disposition des usagers du secteur un lieu d'hébergement et de soins.

La nécessité d'une telle structure s'était imposée devant le constat d'une évolution structurale de la population suivie. En effet, les durées d'hospitalisation les plus brèves permettaient aux personnes de conserver une autonomie relative, mais ne pouvaient en soi empêcher une rupture avec l'entourage.

Nous avions constaté également que la situation socio-économique provoquait une aggravation des troubles psychologiques chez des personnes déjà fragilisées car en manque de liens sociaux et familiaux. Nous avions aussi prévu d'accueillir dans ce foyer des personnes qui ne présentaient pas de difficultés particulières d'insertion, ni de lourds troubles psychiatriques, mais qui traversaient une situation de crise passagère avec leur entourage.

Il nous semblait donc important de pouvoir leur proposer un lieu de dégagement où ils puissent élaborer avec plus de sérénité des solutions quant à leur avenir. De même, cet appartement se voulait être un lieu d'autonomisation pour des jeunes adultes pour qui la question de la séparation parentale est en jeu, et qui développent une symptomatologie psychiatrique. Cette structure devait pouvoir présenter l'avantage de conserver le lien avec le milieu familial et être investi de façon rassurante par celui-ci.

C'est donc pour répondre à ces multiples situations qu'un appartement devait être mis à la disposition de personnes momentanément en difficulté dans leurs relations sociales et affectives et dont l'état de santé ne nécessitait pas ou plus de traitement dans une unité de soins à temps complet.

Cet appartement ne devait effectivement pas être un lieu de soins mais un lieu de vie où les conditions d'existence s'apparenteraient de très près à celles de l'extérieur, avec nécessité d'intégration dans le quartier et gestion des relations à l'intérieur même d'un logement, puisqu'il était prévu que la capacité d'accueil serait de 4 places. L'utilisation par le secteur psychiatrique se définirait par : les indications d'entrée, les suivis individuels et la régulation de la vie en collectivité.

A ce stade du projet, nous avions envisagé plusieurs solutions quant à la gestion matérielle de ce logement. La première, la plus évidente, consistait à faire appel à notre administration pour rechercher un logement, le financer et en assurer le bon fonctionnement. Si cette hypothèse nous semblait réaliste, elle risquait de dénaturer ce projet qui se voulait à tout prix être un accès à la vie sociale pour les personnes hébergées.

En effet, un certain nombre de démarches liées à l'utilisation du logement (signature du bail, paiement du loyer, demande d'APL) devait déjà être un début de confrontation à l'extérieur et non en milieu protégé. Par ailleurs, le budget hospitalier nécessitait un équilibre financier rigoureux de cette structure que nous ne pouvions garantir, malgré une étude statistique sur une population potentielle.

Or, pour conserver un cadre de soins et éviter tout impératif de "remplissage", il nous fallait nous dégager complètement de ces contingences financières. Notre rôle de soignant qui se définit avant tout par l'écoute, aurait pu perdre toute signification s'il avait pu être assimilé aussi à un rôle de trésorier. C'est ainsi qu'est venue l'idée de travailler avec des partenaires impliqués dans le tissu social et notamment les collectivités locales et les associations. Nous avons pris contact avec les municipalités concernées géographiquement en leur proposant de subventionner ce projet. Malgré l'intérêt

suscité, nos interlocuteurs nous ont fait part de leur difficulté à répartir les charges entre plusieurs communes.

De plus, il leur semblait que le financement d'une telle opération relevait davantage d'un budget hospitalier. La même réponse fut faite par le Conseil Général, la CAF et la CPAM.

Quant à l'associatif, une première rencontre avec l'UNAFAM s'est révélée tout à fait positive, nous permettant de constater que cette association non seulement souhaitait soutenir ce projet, mais avait aussi une réelle volonté de s'impliquer dans un travail de partenariat avec le secteur psychiatrique. Et comme l'U.N.A.F.A.M. était l'association la plus à même de faire le lien entre le social et la santé mentale, l'appartement a été nommé "PASSERELLE" et a accueilli les premiers résidents en Janvier 1992.

QU'EST-CE QUE L'UNAFAM ?

L'Union Nationale des Familles et Amis des Malades Mentaux et de leurs associations : c'est une association reconnue d'utilité publique qui compte actuellement 69 présidents délégués pour 68 départements représentés.48 départements assurent des permanences régulières mais pour 31, ce ne sont que des permanences téléphoniques.

L'UNAFAM est présente dans les conseils départementaux de santé mentale, les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques et à l'UDAF. Il y a 19 structures intermédiaires en fonctionnement qui dépendent directement de l'UNAFAM ; un vingtième foyer va bientôt ouvrir à AIX EN PROVENCE, et 17 avant-projets sont à l'étude au siège.

Enfin, l'U.N.A.F.A.M. est de plus en plus sollicitée pour donner son avis, exprimer ses convictions à travers exposés, conférences, interviews et depuis 1993, dans plusieurs grands débats télévisés. Son congrès annuel est de grande qualité scientifique.

Dans la Manche, et plus précisément à CHERBOURG, nous avions des contacts avec le secteur psychiatrique depuis 1987. Le secteur Ouest-Cotentin avait proposé ses services pour la formation des bénévoles.

Par ailleurs, les familles que nous rencontrions avaient le souci évident de trouver des "lieux de vie" pour leurs malades. La cohabitation familiale était décrite comme conflictuelle.

Aussi quand l'équipe du centre COLBERT nous a demandé en 1990 de participer au projet Passerelle, nous avons accepté tout de suite. Le premier problème fut celui du financement : nous ne tenions pas à demander des subventions au Conseil général avant d'être sûrs que ce genre de structure ne soit pas déficitaire. C'est par l'intermédiaire de la compagnie de LA POLLE, une troupe de théâtre amateur, jouant chaque année pour des associations locales, que nous avons prévu notre budget de fonctionnement.

Dès Novembre 1990, nous avons réservé deux soirées au théâtre d'Octeville pour que cette compagnie y joue la pièce "Les Vignes du Seigneur". Nous avons également fait les premières demandes d'un appartement F4 ou F5 auprès des deux offices HLM : les cités cherbourgeoises et le crédit immobilier.

D'autres démarches de subventions ont été faites auprès des mairies, de la Cogéma, de la société A.BRUNEL, l'ALCATEL TELSPACE et du crédit Agricole. L'opération théâtre rapportera 30 520,00 F.

En décembre 91, un rendez-vous avec l'Office Public d'HLM de la communauté urbaine de Cherbourg déboucha immédiatement sur un accord : un appartement F5 fut loué dès janvier 92. Sur le plan juridique, nous avons créé l'UNAFAM-PASSERELLE qui dépend directement de l'U.N.A.F.A.M. nationale. Douze membres la composent : le président de l'U.N.A.F.A.M., 9 membres et 2 membres du secteur psychiatrique.

Nous avons une assemblée générale tous les ans. Une convention fut également signée entre l'U.N.A.F.A.M. PASSERELLE et la Fondation BON-SAUVEUR. L'U.N.A.F.A.M. s'engage à assurer la location et la gestion financière de l'appartement. Elle confie les indications d'entrée, l'accompagnement médical et social des patients au Bon Sauveur.

L'appartement fut meublé en très grande partie par le Bon Sauveur, l'U.N.A.F.A.M. n'y a participé qu'à concurrence de 5 000,00 F. Nous avons des échanges réguliers avec le centre COLBERT pour vérifier les entrées et les sorties. L'UNAFAM tient une permanence le vendredi matin à la CAF. Depuis Février 92, 24 personnes ont été hébergées à la Passerelle. La durée du séjour est en moyenne de 3 à 4 mois, le taux d'occupation de l'appartement est de 69 %. Il y eut 75 % d'hommes et 25 % de femmes. En 1992-93, le loyer était de 500,00 F par mois pour les patients sans ressources et de 1 000,00 F pour ceux avec des ressources. Le bilan en novembre 92, lors de notre première assemblée générale était équilibré : pour les 10 premiers mois, l'appartement coûta 30 032 F et les recettes s'élevèrent à 30 740 F.

La gestion de l'APL étant devenue un véritable casse-tête chinois, à la fois pour la CAF, pour nous et pour l'office HLM, une convention a été signée entre la préfecture et l'U.N.A.F.A.M.-PASSERELLE le 11 Avril 94, nous permettant de percevoir chaque mois une allocation logement temporaire de 2 026,00 F, à charge pour nous de justifier chaque année des recettes et dépenses, de la fréquentation de l'appartement et des prévisions pour l'année suivante.
Voilà, en quelques mots la présentation de l'association UNAFAM-PASSERELLE.

Emmanuelle GUILLEMARD
Infirmière au centre
COLBERT.

Chantal LEGRAND
Présidente UNAFAM
Cherbourg.

Réunion mensuelle
avec un psychiatre membre du C.A. de l'Association.

Discussion de cas (prise en charge et orientation)

Politique de soins
(dans le cadre de notre adhésion à l'ANIT)

Participation au niveau national aux congrès,
à la formation continue.

Projet d'un centre de soins sans hébergement ?

DROG'AIDE 61

par Catherine CALINE

ARTICULATION AVEC LA SANTÉ MENTALE

"Je travaille depuis 1980 auprès d'une population de toxicomanes, et, s'il est vrai que ces toxicomanes ont toujours montré une grande fragilité, se décrivant eux-mêmes comme étant entre guillemets : "un peu parano... angoissés... déprimés..." - "un rien leur prend la tête" - comme ils disent, il me paraît qu'une évolution importante existe quant à leur fragilité.
A l'angoisse, la déprime, la parano, se sont ajoutés la marginalité, la grande dispersion, un côté "éclaté". La polytoxicomanie ne représente plus tant le plaisir que la défonce à n'importe quel prix.
On a souvent dit que la prise en charge des toxicomanes était complexe et supposait un multipartenariat. Je crois que cela n'a jamais été aussi vrai.
De par l'histoire de l'Association, de par mon expérience, et de par le contexte du département, il ne me paraît pas opportun de développer au sein du service une équipe multidisciplinaire qui aurait la prétention de répondre à cette complexité.
Par contre, je crois à une sectorisation de notre service favorisant et développant le travail de partenariat auprès des toxixomanes".

SUR LE DÉPARTEMENT

2 équipes d'infirmiers psy interviennent dans le cadre de l'hôpital général (Alençon-Flers)
Un service de santé mentale existe dans le cadre de l'hôpital général de l'Aigle
Un pavillon Ecouves au centre hospitalier spécialisé d'Alençon
Les centres médico-psychologiques
Équipe médicale du centre de détention avec présence d'un psychiatre.
Nous travaillons à deux niveaux possibles avec les équipes d'infirmiers psy :
Soit à la préparation d'une hospitalisation et nous sollicitons l'équipe
Soit à la préparation d'un projet de sortie, lors d'une hospitalisation et c'est l'équipe qui nous sollicite.

Dans les deux cas, nous avons des échanges entre nous et indiquons nos observations et démarches.

SERVICE DE SANTÉ MENTALE L'AIGLE

Dans la situation de l'AIGLE, lorsqu'un jeune toxicomane est hospitalisé, il est informé de l'existence du service et de la possibilité pour lui de nous contacter. Lorsqu'il y a demande, nous nous déplaçons, rencontrons le jeune dans la structure et tentons avec lui d'élaborer un projet. Là aussi, nous tenons au courant l'équipe de nos observations durant l'hospitalisation. Dans les situations précipitées, la demande des toxicomanes est, soit un sevrage, soit une hospitalisation pour problèmes somatiques.
Parfois il est déjà en rapport avec le secteur psychiatrique.
Par contre, en ce qui concerne le Pavillon Ecouves, c'est le plus souvent le service DROG'AIDE 61 qui intervient. Nous sommes confrontés à des périodes de déprime, d'angoisse, de phobie, de comportement perturbé à la limite de la pathologie où le toxicomane souhaite que quelque chose l'arrête, lui permette de se "poser", de se "protéger", pour ne pas passer à l'acte.
Ce type d'hospitalisation n'est pas évidente pour l'équipe soignante, les séjours hospitaliers étant souvent de courte durée. Le toxicomane, ne respectant pas les exigences de l'institution ou n'étant plus en crise, s'en va le plus souvent. Néanmoins, il a pu percevoir différemment la psychiatrie, un contact, une relation a pu s'établir avec le médecin, ce qui permettra à certains de consulter par la suite au CMP.
Si l'équipe du pavillon Ecouves répond pour une part à nos demandes, il reste que la question demeure, à savoir :
Comment répondre à cette population, qui ne souhaite pas à proprement parler de soin, qui se sent mal, ne sait pas ce qu'elle veut, mais a peur de ses pulsions, de ses phobies et demande un cadre où se poser et qui soulage sa souffrance.
On dit, que nous sommes en France, très en retard pour le soulagement des malades.L'hôpital psychiatrique peut-il répondre à l'heure actuelle avec ses moyens à ces situations, ou faut-il imaginer d'autres formes de prise en charge ?
Il nous semble que jusqu'à présent il y a des lacunes.

PERSPECTIVE

Le service pense développer les consultations pour les jeunes toxicomanes avec les CMP. D'autre part l'Équipe du Dr Oury, Hôpital MONOD à FLERS, envisage la création d'un service de pharmacodépendance avec un travail en partenariat avec la ville de Flers et DROG'AIDE 61 (cf texte ci-joint).

PROJET INNOVANT : MODULE SANTÉ

INTRODUCTION

Depuis 1990, la Ville de Flers a confié à l'Association Drog'Aide 61 une mission de lutte contre les toxicomanies dans le cadre de son contrat de prévention de la délinquance.

Un travail de sensibilisation des acteurs sociaux de terrain a pu être mené. Il a permis de démontrer que le problème de l'usage de produits psychotropes, illicites ou non, ne constitue qu'une facette de problèmes bien plus larges (judiciaires, médicaux, sociaux, économiques et familiaux...). Aussi, apparaît-il aujourd'hui nécessaire d'appréhender de façon globale l'évolution du phénomène et du traitement des polytoxicomanies.

En effet, l'hôpital de Flers a constaté, depuis peu, une évolution croissante de demandes de soins d'une population particulièrement jeune. Dans cette perspective, le projet d'établissement de l'hôpital de Flers en a fait un axe prioritaire, et a souhaité l'émergence d'une équipe pluri-disciplinaire composée de professionnels de terrain, de thérapeutes et d'acteurs socio-éducatifs.

Ainsi, est-il désormais possible de réunir dans un même projet une action de prévention en amont de la prise de produits, un suivi personnalisé pendant la phase thérapeutique et durant la phase de réinsertion sociale.

Ce travail d'équipe inter-disciplinaire et multi-partenarial doit permettre l'échange entre les méthodes, une analyse globale et la mise au point de protocoles d'intervention communs. Il s'inscrit ainsi pleinement dans les préoccupations de la Ville et de l'État en matière de prévention et de lutte contre l'exclusion mis en avant dans le Contrat de Ville.

1 - Objectifs généraux

- Travail de prévention en amont et en aval de la prise de produits psychotropes illicites ou non.
- Développement d'un travail en réseau de suivi socio-éducatif, thérapeutique et d'insertion socio-professionnelle dans le domaine de la lutte contre l'alcoolisme, en particulier chez les jeunes, et les polytoxicomanies.

2 - Objectifs opérationnels

- Accueil et information du public.
- Développement des formules de sensibilisation et d'information du réseau professionnel.
- Accompagnement socio-éducatif des personnes tout au long de leur prise en charge.
- Travail de concertation et de coordination des équipes techniques de Drog'Aide, des services de l'Hôpital et des autres partenaires du projet.

3 - Descriptif et caractère innovant de l'action

Cette action nouvelle sera menée principalement par l'association Drog'Aide 61 spécialisée dans la lutte contre les polytoxicomanies et les services de l'hôpital de Flers, en lien avec l'ensemble des partenaires sociaux et des professionnels de la santé de Flers.

En amont de la prise en charge thérapeutique :

- Accueillir des familles et des sujets dans le cadre d'une démarche volontaire et anonyme auprès d'une intervenante locale "toxicomanie" de Drog'Aide 61 (à ce titre un local d'accueil sera aménagé).
- Poursuite des stages de formation sur l'approche des conduites addictives et des rencontres/débats en favorisant les niveaux d'échange et de connaissances avec les acteurs du département et de la région.
- Recrutement et formation des familles d'accueil qui oeuvreront pendant les périodes de transition avant la cure, et entre la cure et la post-cure.

Pendant la prise en charge :

- Mise en oeuvre d'un protocole d'intervention commun. Une personne relais, partenaire de l'équipe médico-soignante est chargée d'un soutien personnalisé d'accompagnement socio-éducatif pour préparer leur entrée et leur sortie de l'hôpital.
- Ouvrir l'équipe thérapeutique vers d'autres services spécialisés (hôpital de jour, secteurs de psychiatrie, structure de post-cure...).
- Accompagnement technique des familles d'accueil.
- Accompagnement des familles et des sujets tout au long du processus de désintoxication et d'insertion.

Délai de réalisation : à partir du 4e trimestre 1994.

4 - Évaluation et suivi de l'action

Un groupe local composé des partenaires du projet (CORES, DDASS, Hôpital, Cap Santé, Drog'Aide 61, ADPAS, Éducation Nationale, MODUS...) est chargé :

- d'élaborer un cahier des charges annuel
- de suivre et d'évaluer l'action engagée à partir d'indicateurs déterminés en commun. Il s'agira plus particulièrement de suivre l'évolution du partenariat et la situation épidémiologique.

Catherine CALINE
DROG'AIDE 61
30, rue de Sarthe
61000 ALENÇON

L'INFIRMIER ENTRE L'ASSOCIATIF ET LE SOIN.

par Viviane DUREL

L'expérience ci-dessous relatée, a vu le jour dans un Centre Médico-Psychologique (C.M.P.) du nord Cotentin : le centre COLBERT.

Le modèle clinique qui nous a permis de développer des concepts théoriques est celui de la psychose. Les bases théoriques furent celles de LACAN et de GOOSENS : "les malades mentaux sont des sujets qui souffrent souvent mais qui toujours sont en souffrance de subjectivité, de subjectivation ". (GOOSENS).

Si cette souffrance est permanente dans les services de psychiatrie, elle est encore davantage présente lorsque le psychotique retrouve son environnement. Ce qui nous a amené à nous poser les questions suivantes :

- comment pouvons-nous aider un psychotique à investir, en tant que sujet, des lieux et des relations sociales ?
- que pouvons-nous proposer à partir de ce C.M.P. afin que le psychotique puisse regagner son identité en se confrontant à l'autre ?
- quels lieux pouvons-nous utiliser ou créer afin que la notion de sujet puisse apparaître ?

C'est après ce cheminement intellectuel que l'idée de créer avec des usagers, d'anciens usagers et surtout toute personne extérieure à la psychiatrie, une association de restauration de bateaux traditionnels : AMARRAGE.

L'association Amarrage a vu le jour fin 1989. Son projet initial fut construit par des usagers et des infirmiers du centre. Devant notre peu de compétence technique, nous avons fait appel à nos réseaux personnels. Plusieurs passionnés de bateaux en bois nous ont rejoints. Sur le plan local, nous répondions, il est vrai, à un besoin social : aucune association de ce type n'existait. Si très vite nous avons trouvé un bateau en bois à restaurer, des fonds sous forme de subventions locales ou d'entreprises, des techniciens, si nos patients s'inscrivaient dans ce projet et y évoluaient, en un mot si Amarrage avait le vent en poupe, un malaise parmi les soignants (infirmiers) surgit : quel devrait être notre rôle en tant que soignant dans une association ?

Comment peut-on être à la fois soignant et acteur social ?

Afin de répondre à ces questions, nous étions dans l'obligation de théoriser, de définir notre propre conception du soin aux psychotiques en extra-hospitalier. De cette conception théorique du soin, se dégageaient nos rôles en tant que soignants et donc notre place dans cette association. Notre objectif était de permettre aux malades psychotiques d'investir des lieux et des échanges sociaux en tant que sujets. Le soin se fonderait alors sur des concepts : l'ouverture à la réalité sociale et la continuité thérapeutique.

L'ouverture à la réalité sociale.

C'est celle qui permettrait de préserver ou de suggérer dans la vie du patient psychotique la présence de l'autre et de l'ailleurs. Le soin serait donc d'aider le patient à intégrer des lieux tiers, ces espaces que WINNICOTT appelle dans "Jeux et réalités", des espaces transitionnels. Espaces où le jeu dans sa notion d'expérimentation devient possible, espaces où la notion de sujet désirant peut advenir. Le soin doit interroger le symbolique, permettre au malade d'acquérir les codes permettant d'échanger, d'intégrer un lien social ordinaire. Si le psychotique s'inscrit aisément, se coule dans un type de lien social que l'on peut qualifier d'artificiel, le soin doit lui permettre des échanges sociaux dans un espace et un temps donnés, d'acquérir des codes relationnels. Ces codes ne s'acquièrent pas par apprentissage pour un psychotique. Si tel était le cas, ce travail serait confié à des éducateurs et non à des soignants. Ces soignants devront alors se situer dans deux champs : celui, chaotique, du psychotique et celui du lien social ordinaire. Ils devront tenter de les faire s'interconnecter : de faire de l'ordinaire, de l'extraordinaire. Ils devront se cliver eux-mêmes en être soignant et être acteur social : ils devront jouer ; "s'il ne peut jouer, disait WINNICOTT, cela signifie qu'il n'est pas fait pour ce travail, si le patient ne peut jouer, il faut faire quelque chose pour lui permettre d'avoir la capacité de jouer".

Donc, l'aider à jouer, à expérimenter des échanges sociaux, c'est d'abord l'aider à créer des espaces d'expression, "Amarrage" est bien un lieu d'expression, un espace de jeu possible, espace où nous-mêmes soignants, sommes en difficulté, n'ayant plus nos repères. le soin, dès lors, peut se faire par identification : "le malade ne s'identifie jamais qu'à ceux qui ont su au préa-

lable s'identifier à lui "(RACAMIER. le Psychanalyste sans divan).

Le psychotique peut ainsi se reconstruire au travers des attitudes, des sentiments, du fonctionnement des soignants dans l'association mais aussi des non soignants : le tiers. C'est aussi un soin incitatoire, le psychotique utilisant la plus grande partie de son énergie à s'empêcher de réfléchir, de créer, d'imaginer. L'incitation doit lui permettre de se ressentir comme sujet désirant, susceptible de déceptions, de souffrance mais aussi de satisfaction, de plaisir. C'est aussi faire appel à la valorisation, à la reconnaissance de l'extérieur, de la communauté.

Par exemple, le premier bateau "l'Angélus" était à Brest en 1992, il y fut primé et il représentait la ville de Cherbourg et non pas l'hôpital psychiatrique. La réalisation de cette restauration est reconnue par la communauté, et ceux qui y ont travaillé y sont reconnus par ce qu'ils lui ont donné. Le malade mental n'est plus celui qui reçoit des soins, une A.A.H., mais celui qui donne, qui participe à l'histoire de cette communauté. Le soin c'est aussi de permettre au psychotique de s'inscrire dans un réseau traditionnel de plus en plus élargi, de l'entraîner dans une triangulation des relations lui permettant d'être sujet, de s'appartenir, ce que RACAMIER appelle la "personnation".

La continuité thérapeutique.

L'histoire du patient est inscrite dans un contenant fiable : l'institution, une institution qu'il ne peut détruire et qui existe même quand il n'est pas là. La continuité, ce sera l'accompagnement par des soignants représentant l'institution, capable d'apporter un étayage narcissique et une certaine stabilité dans le réseau relationnel et social si fragile du psychotique, capable d'inscrire cette relation privilégiée dans un contexte plus large, celui de l'espace-tiers et donc de permettre au patient, comme le dit M. REYNAUD, de "quitter sans se perdre". Le soin ainsi défini, nous pouvons déterminer notre rôle en tant qu'infirmier de secteur psychiatrique dans une association telle "Amarrage". Association qui devient une médiation au soin, permettant de faire l'impasse sur le "tout symbolique", le "tout langage" dans un premier temps, association médiatrice, créatrice de liens sociaux ordinaires, inscrite dans la réalité communautaire. Notre rôle sera d'abord un rôle d'étayage. C'est un travail sur le quotidien que nous devons entreprendre avec le psychotique, un travail où nous le ferons passer du concret assimilable pour lui à une forme d'abstraction.

Pour BREST 92, la participation à cette manifestation demandait de préparer un bateau, de monter une exposition, de définir et de réunir pour chacun un budget pour s'y rendre, se loger, se nourrir, etc. Une fois sur place, les soignants n'étaient plus maîtres de l'expérience, il y avait des règles à suivre, des horaires, l'exposition à tenir, des échanges avec le public à assurer. Il fallait nécessairement se confronter à une réalité, celle de la manifestation, c'est-à-dire passer du concret à l'abstrait, à la symbolisation.

Un autre rôle, celui de la présence. Le soignant est celui qui fait le lien entre le patient et l'extérieur. Son existence fait qu'il est une garantie pour l'un comme pour l'autre. Les personnes extérieures à la psychiatrie sont rassurées face à la folie : on peut se confronter à elle et y échapper. La présence du soignant, aide le malade psychotique à ne pas être entièrement submergé par son angoisse et à commencer à trouver un étayage face à la réalité. Cette confrontation à l'autre, à l'extérieur, va permettre de travailler avec le psychotique sur une dimension autre que la relation duelle. Cette relatoin triangulée doit ainsi permettre d'échapper au mécanisme psychotisant. Le soignant est donc le garant que ces processus qui se créent ne soient pas destructeurs. Il faut aussi nécessairement des qualités d'animateur, un rôle d'animation, sans cela cet espace ne peut être opérant. L'infirmier doit bien évidemment connaître le terrain social sur lequel il agit.

En conclusion, une association telle "AMARRAGE" est un outil pour le soignant dans sa démarche thérapeutique par les espaces de confrontation qu'elle crée, par les échanges qu'elle favorise, permettant ainsi à ses membres de devenir co-créateurs d'actions communautaires inscrites dans l'histoire, la culture de son lieu de vie.

Une notion doit toujours rester présente, le but final de toute prise en charge est de permettre aux patients de pouvoir vivre sans nous, sans quoi, nous ne ferons que reproduire des processus de chronicisation et cette fois, sur le terrain social.

Viviane DUREL.
Cadre infirmier au CHS
de PICAUVILLE. (50360)

ÉVOLUTION DES SERVICES DE CHRONIQUES
Aspects prospectifs

par le Docteur TOULOUSE

NTRODUCTION

Le titre de notre intervention était "Évolution des services de chroniques". Vous aurez remarqué que Michel PITON, sans aucun complexe, vous a fait une "chronique de l'évolution des services". Et voilà, le tour est joué. Disparues, les chroniques !

C'est que, au-delà de la dérive sémantique, cela dit quelque chose de la réalité de notre vision des patients et de l'évolution de leur maladie. Je parlerai donc plus volontiers en terme de durée de séjour, en distinguant les courts, les moyens et les longs séjours dans l'institution.

Vous verrez que se côtoient ici des patients dont le temps d'hospitalisation est très variable - du court au long séjour - Faut-il rappeler que notre service est un service hospitalier, et donc un lieu de soin. C'est, par conséquent, le temps du soin qu'il convient de considérer. Il est des patients pour qui le temps du soin est indissociable de la vie même.

Le long séjour hospitalier devient nécessaire lorsque l'importance des troubles rend indispensables des soins, au-delà de l'état de crise, dans les cas où la destruction sociale, résultant de la maladie, est telle que le patient devient dépendant. Dépendant de qui ? de quoi ? Des soignants et des murs tout à la fois. Alors le soin vise à la restructuration de la vie du patient, puis à son automatisation. C'est ce long parcours qui justifie le long séjour où la vie et les soins sont confondus.

RENCONTRES
CROIX-MARINE
de BASSE-NORMANDIE

LUNDI 30 MAI 1994 à 14 h 00 CAEN Bon-Sauveur

QUE SONT LES SERVICES DE CHRONIQUES DEVENUS ?

- ÉVOLUTION DES SERVICES DE CHRONIQUES
  Aspects historiques, prospectives.
  par les docteurs Piton et Toulouse du B.S. de Caen
- MAISONS THÉRAPEUTIQUES,
  une alternative à l'hospitalisation.
  par l'équipe Hôpital de Jour de Bayeux
- AUTOUR DES LIMITES DE LA DESINSTITUTIONALISATION
  A propos d'une expérience de deux appartements intra-hospitaliers.
  par les docteurs Alary et Baudrillart et l'équipe de secteur de Saint-Lô

Centre Hospitalier Spécialisé du Bon-Sauveur de Caen
Salle de spectacle - 93, rue Caponière - 14000 CAEN

ENTRÉE GRATUITE
Adhérents individuels et Membres d'Organismes adhérents
Non-Adhérents : Entrée 30 f

ASSOCIATION CROIX MARINE DE BASSE-NORMANDIE
Fondation du Bon-Sauveur
50360 PICAUVILLE
Tél. : 33 41 01 07 poste 466

Je vais donc tenter de présenter l'organisation des unités issues du services des chroniques - Les Glycines - du secteur de la Côte Fleurie.

LES GLYCINES

C'est l'unité d'hospitalisation des malades mentaux. Elle contient, en son sein, le groupe des déficients mentaux pas totalement individualisés (6 patients), et un groupe hétèrogène de patients, surtout des psychotiques (22 patients).

Parmi ceux-ci :
- un patient est externe au foyer occupationnel de Graye-sur-mer,
- un est en attente de foyer occupationnel et famille d'accueil,
- un en attente imminente d'appartement relais et de réinsertation socio-professionnelle,
- un est en passe de réintégrer la Maison de Retraite où il vit habituellement, réhospitalisé pour un moment fécond de schizophrène,
- un en attente de MAS,
- un en attente d'appartement thérapeutique,
- un en court séjour préparant la sortie délicate d'un patient dans son appartement de ville.

Les soins sont organisés à deux niveaux :

1°) Une prise en charge individuelle. Elle repose sur un diagnostic médical, un diagnostic infirmier (concept qui reste à affiner).

Il en résulte un projet de soin et d'accompagnement :
- qui ne vise pas systématiquement à la sortie, mais toujours à la progresssion dans l'autonomie,
- qui se doit d'être évolutif, y compris dans les moments régressifs,
- qui peut s'étendre à l'accompagnement hors de l'institution,
- insertion en appartement,
- hospitalisation à temps partiel pour certaines activités.

Ainsi gravitent autour de l'unité des patients longtemps hospitalisés qui y reviennent pour des activités de jour et/ou des courts séjours (à noter que nous ne disposons pas d'hôpital de Jour à Caen, mais nous travaillons avec des hôpitaux de Jour d'autres secteurs).

Le projet est essentiellement porté par les infirmiers référents qui ont une certaine autonomie dans sa réalisation (autonomie qui est vécue parfois comme un abandon médical) à l'aide du dossier de soin. Il intègre les familles et

les tuteurs au maximum. Un médecin référent oriente la prise en charge. Une assistante sociale référente y travaille également.
Enfin, ce projet est conçu pour être évalué lors des réunions de synthèse (pas toujours aussi fréquentes qu'on le voudrait, parce qu'il faut souvent commencer par régler le quotidien, les états de crise). C'est en effet une caractéristique de ces patients, dit chroniques, de ne pas être stabilisés, d'autant plus qu'on les maintient en mouvement.

2°) D'autre part, une prise en charge institutionnelle.
Le service est conçu comme une micro-société. L'idée consiste à créer, dans le sein même du service, les conditions d'une vie proche de la vie hors de l'institution.

Cela passe par :
- Une organisation des lieux - sous la forme resto, boulot, dodo -
- des lieux d'activités : ergothérapie, escalade - randonnées, photos, peinture, gymnastique, sorties diverses, camps...
- et même un lieu de soin... Ainsi une partie du service est réservée aux soins intensifs où sont gérés les moments de crise. Normalement, les patients ne restent pas dans ce lieu en période stable (on s'aperçoit pourtant que certains ne sont bien que dans ce lieu de crise...).
- Une organisation du temps en insistant sur le caractère structurant, des activités régulières, activités de loisir et d'évaluation de l'autonomie.

LA RÉFLEXION ACTUELLE

Cette organsiation fait l'objet d'une réflexion régulière de l'équipe depuis plusieurs années.
Où en est donc la réflexion ?
- Périodiquement, elle alterne entre le tout individuel et le tout institutionnel. Selon le moment, elle envisage :

1°) L'accompagnement des patients hors de l'institution dans la création d'alternatives à l'hospitalisation : maisons thérapeutiques assimilées, famille d'accueil.
Cela :
- sous la pression des autorités de tutelle,
- devant les résultats encourageants des diverses expériences menées et dont on retient que les patients n'ont pas le désir de revenir à l'Hôpital.

On en arrive à poser la question : faut-il maintenir un long séjour qui se désertifie ?

2°) Tantôt elle penche pour le renforcement du caractère autonomisant que l'on veut donner au service lui-même, en créant les conditions d'une désinstitutionnalisation de l'institution.
En effet, cette solution, moins coûteuse en temps et en énergie des infirmiers, est pragmatique et conforme à la réalité du manque d'autonomie de la plupart des patients en long séjour.
Aura-t-on, dans l'avenir, les moyens de la dispersion ?
Alors, faut-il choisir entre ces deux alternatives ?
Pour tenter de répondre à cette question, nous sommes à la recherche d'éléments objectifs de réflexions. C'est ainsi que nous avons entrepris de réfléchir sur le concept de qualité de vie, et notamment, de qualité de vie subjective, seul moyen de rendre au patient la place centrale qu'il doit avoir dans la réflexion concernant son avenir.

A terme, on pourra peut-être comparer la qualité de vie, telle qu'elle est éprouvée subjectivement par les patients intra et extra muros. On vous en reparlera.

II - Autre axe de réflexion :
Faut-il individualiser une unité de moyen séjour ?
Le service d'entrée est mobilisé par des patients stabilisés, en attente de solution de sortie, et qui n'ont pas leur place aux Glycines (notamment du fait de la présence des déficients).
Dans l'unité des Glycines, on commence à faire des hospitalisations de moyen séjour.
Est-ce un moyen de dynamiser le long séjour que d'y intégrer un noyau de séjour court ? Ne risque-t-on pas au contraire de concentrer la prise en charge sur ce noyau au détriment du reste.

A suivre...

CONCLUSION PROVISOIRE

Le long séjour psychiatrique reste un outil nécessaire dans la prise en charge de certains patients de moins en moins nombreux. Il n'est pas une fin en soi mais reste un moyen thérapeutique.

Pour rester thérapeutique, il doit rester évolutif, tant sur le plan individuel qu'institutionnel.

Le long séjour devient de plus en plus une alternative aux solutions alternatives, à condition de créer une dynamique de désinstitutionnalisation de l'institution où l'on pourra, parallèlement à l'évaluation des soins, évaluer aussi la qualité de vie des patients.

QUE SONT NOS SERVICES DE CHRONIQUES DEVENUS ?

Il s'agit moins de parodier la chanson de Rutebeuf, sur un ton de nostalgie, sur l'air de "que sont nos amis devenus..." que de se remémorer l'évolution de ces services sur presque 20 ans, de faire le point sur leur état actuel, et, s'ils existent encore -ces services dont on ne parle plus sur leur devenir.

EVOLUTION DEPUIS 20 ANS

Il faut adopter des points de vue successifs pour appréhender la logique de cette évolution et comprendre les étapes successives de celle-ci.

Il s'agit donc de l'histoire du service long séjour (chroniques) du secteur.

Au départ :
- Il y avait 180 patients répartis en 2 unités de soins de 75 lits chacune, uniquement en dortoirs de 30 lits environ, lits bien alignés, au mieux en boxes de 1 à 3 lits + 15 cellules avec courette.
- Les locaux communs étaient représentés par un réfectoire, une salle d'ergothérapie, un parloir, et une vaste cour fermée par les bâtiments, empierrée, peu entretenue, très bruyante ; des portes fermées, aucune vue sur l'extérieur.
- La population était représentée par :
- des déficitaires : dont la pathologie était liée, soit à des causes organiques cérébrales (épilepsie, séquelles d'encéphalites

Que sont les services de Chroniques devenus ?

par le Docteur PITON
Secteur 08 "La côte Fleurie"

infectieuses ou post-vaccinales), soit à des séquelles de psychose infantile, parmi lesquelles bon nombre d'autistes ;
- des "caractérielles" : jeunes femmes dans la post-adolescence, sans famille, carencées affectives, abandonniques, en conduite d'échec, avec des troubles du comportement violent, semeuses de troubles et de violence ;
- des personnes âgées démentes, turbulentes, chahutées ;
- des malades mentales présentant une pathologie encore plus ou moins vigoureuse, parfois bien stabilisée.

Les placements d'office étaient prédominants.
Toute cette population était soigneusement mélangée.

Ce service fonctionnait avec peu de personnel soignant, ayant peu de qualification théorique même s'il avait acquis de la compétence, sur un mode typiquement institutionnel, c'est-à-dire ritualisé : la journée était remplie minute par minute de façon immuable.

La règle institutionnelle (minutage, distribution des médicaments, repas, sorties, ergothérapie obligatoire) était la référence du patient et du soignant et le rôle de chacun était clair (pour l'un : la transgression ; pour l'autre : le respect de la règle ; des alliances étant bien entendu possibles).

Pourquoi ces services immuables depuis des décennies se sont-ils mis en évolution ?
- qualification et augmentation du nombre de soignants, y compris les médecins ;
- mise en application du secteur ;
- organisation de la mixité (1985) ;
- création et développement en parallèle de structures diverses et adaptées aux diverses catégories de patients : (voir tableau)
- prise en charge extra-hospitalière ;
- structures alternatives pour les malades mentaux.

Si bien qu'aujourd'hui, que reste-t-il de ces deux unités de soins de 180 lits ?
- 60 lits,
- il reste 38 malades, hommes et femmes,
- répartis en 3 groupes homogènes pour bénéficier de prises en charge spécifiques et adaptées :
  un groupe de personnes âgées, pour les 9/10e démentes, (10 personnes),
  un groupe de déficients mentaux de niveau M.A.S ou F.O.A., (8 personnes)
  un groupe de malades mentaux réduit à 22 patients.

Cette évolution ne s'est pas faite au hasard mais selon une planification à moyen terme par l'ensemble du corps soignant, qui, pendant plusieurs mois, s'est transformé en groupe de réflexion, et même parfois s'est pris à rêver de structures idéales, d'autant plus idéales que nous avons réfléchi à la néantisation des structures actuelles ; mais le pragmatisme et la réalité se sont bien vite imposés, si bien que le consensus de l'équipe s'est fait autour de deux axes :
- celui de la constitution de groupes homogènes de malades, que je viens de vous décrire ;
- celui d'une structuration nouvelle du service dans l'espace et le temps, dont les objectifs très clairs sont d'amener chacun à l'autonomie complète, ou à plus d'autonomie, avec pour objectif ultime de quitter l'institution en tant que lieu de vie.

Cette structuration s'est faite :
- Dans l'espace : chaque groupe doit avoir son territoire plus ou moins spécifique, plus ou moins étanche, avec malgré tout des aires communes avec les autres groupes.

Chaque sujet doit pouvoir disposer d'un lieu privé personnel (chambre dont il a la maîtrise d'accès), d'un lieu communautaire, d'un lieu pour s'occuper.

Cela a eu pour conséquence des modifications architecturales minimes sans doute, mais davantage une redéfinition des locaux, de leur destination, de leur spécificité.
- Dans le temps : le minutage strict de la vie institutionnelle a fait place pendant quelque temps à une certaine inorganisation, qui a été remplacée par des temps bien définis, mais non rigides ni obligatoires : temps pour manger, se reposer, être seul, parler, sortir, apprendre, s'occuper, faire un projet, une activité...

Cela a aussi nécessité une redifinition des locaux, de la journée, de la semaine, si l'on voulait que des repères puissent être établis.
Ces deux éléments espace-temps nous sont apparus importants pour redonner la notion d'individualité aux personnes devenues dépendantes de l'institution, car, comment peut-on quitter celle-ci si l'on fait corps avec elle ?

F.O.A.)	Déficitaires
M.A.S.)	
maisons de retraite)	personnes âgées
foyers-résidences)	démentes
longs séjours)	ou psychotiques
C.A.T)	
reprise de contact familial)	caractérielles
sortie en appartement)	
thérapeutique ou protégé)	

AUTOUR DES LIMITES DE LA DÉSINSTITUTIONNALISATION

par les docteurs ALARY et BAUDRILLART
et l'équipe de secteur de St-Lô

RAPPEL DU PROJET INITIAL

Le projet initial visait à proposer une alternative à l'hospitalisation temps plein classique, sous forme de 2 appartements intra-hospitaliers, pour 8 patients psychotiques chroniques, avec pour objectif, une transformation secondaire en 2 appartements thérapeutiques.

Ce projet s'adressait donc à des patientes psychotiques chroniques :

- dont la pathologie psychiatrique restait active de manière sub-aiguë :
  - soit sur un mode productif (délire, troubles du comportement,...)
  - soit sur un mode dit "négatif" (apragmatisme, difficultés d'adaptation au réel du quotidien,...)
  - soit mixte ;
- et dont l'institutionnalisation avait permis une relative stabilisation au prix d'une thérapeutique médicamenteuse assez lourde et d'une dépendance importante.

Il s'agissait donc de patientes au lourd passé psychiatrique, désinsérées psychiquement, socialement et familialement.
La transformation d'un étage de pavillon de 8 lits hospitaliers fut réalisée en avril 89 sous forme de 2 appartements de 4 lits chacun, séparés matériellement du rez-de-chaussée du pavillon (où se poursuivait une prise en charge hospitalière classique pour 8 patientes plus perturbées encore), et possédant une entrée autonome.

Ces 2 appartements furent nommés "TRIESTE" et "VENISE", en référence à l'expérience italienne et à la collaboration menée avec une équipe de Trieste. Dès leur ouverture, 6 patientes y furent placées.

Le projet thérapeutique était alors basé sur l'espoir d'une réautonomisation et d'une réadaptation progressive au quotidien avec l'objectif à plus long terme d'une sortie d'hôpital, sous forme par exemple d'une prise en charge en appartement protégé dans la communauté.

BILAN AU BOUT DE TROIS ANS

Mais l'évolution ne s'est faite ni aussi rapidement ni de manière aussi satisfaisante que prévu, du moins pour les 2/3 de ces patientes.
Après une brève amélioration, en partie liée à une amélioration de leur qualité de vie et sans doute à l'investissement profond et à l'énergie stimulante des soignants, l'apragmatisme est réapparu. Ces patientes ne semblaient pas du tout concernées par le fonctionnement de l'appartement. Progressivement, les infirmières ont dû, non plus seulement aider et conseiller les patientes pour les tâches ménagères, mais les faire à leur place ; leur rôle de soignant perdait donc de son sens.

Parallèlement, les troubles du comportement n'ont guère diminué, s'aggravant même parfois du fait de la promiscuité permanente dans un petit espace avec des "colocataires" non choisies et en aussi grande difficulté psychique les unes que les autres.

A titre anecdotique, l''inondation" de Venise...

Par contre, la "libération" de quelques lits a permis de prendre en charge de nouvelles patientes au passé psychiatrique aussi lourd quoique souvent moins désinsérées, pour lesquelles la prise en charge très individualisée dans ces petites unités s'est avérée tout à fait positive.

Et au bout de deux ans, les deux appartements identiques initialement, se sont progressivement différenciés :

- Dans l'un, "Venise", ont été regroupées 4 patientes pour lesquelles on peut considérer que le projet initial s'est avéré un échec.
- Dans l'autre, "Trieste", sont admises de nouvelles patientes psychotiques chroniques sévères, mais pour lesquelles un projet de réinsertion à moyen terme (quelque mois) est envisageable.
- indiciblement, les choses ont donc évolué, aboutissant en pratique à deux types de prise en charge bien différents, et amenant à "repenser" le projet initial.

ÉVOLUTION ACTUELLE : MISE EN PLACE DE DEUX STRUCTURES DIFFÉRENCIÉES

Un appartement thérapeutique, "TRIESTE",

- destiné à quatre patientes psychotiques chroniques non encore stabilisées, relativement autonomes et pas trop déficitaires, mais pour lesquelles l'immersion dans la cité, par la perte de repères qu'elle entraîne, est prématurée. Elles ont encore besoin des murs de l'institution pour retrouver progressivement leurs propres repères, et c'est l'institution qui constitue le premier palier vers une structure extra-muros ;
- la prise en charge y combine un hébergement personnel et des soins, dans une perspective de réinsertion socio-familiale à moyen terme (quelques mois) ;
- la durée du séjour est fixée

par contrat à six mois renouvelable une fois ;
- l'encadrement y est soignant uniquement ;
- il est à considérer comme une sorte de tremplin avant le retour :
- au domicile si cela est possible,
- en appartement protégé dans la cité,
- en famille d'accueil,
- en maison de retraite,...

Il s'agit au total d'un LIEU de VIE, de SOINS, et de RÉADAPTATION SOCIO-FAMILIALE, où les soignants intègrent pleinement dans leur prise en charge cette dimension.

Un appartement protégé, "VENISE",
- destiné à quatre patientes psychotiques chroniques, chronisées voire "chronicisationnées". Chez ces patientes, la pathologie reste active avec d'importants troubles du comportement, et le déficit induit par leur discordance rend précaire leur approche de la réalité dans ses composantes les plus simples. La chronicisation a accentué ces phénomènes. Pour ces patientes, la première structure intermédiaire, c'est l'institution qui reste indispensable, mais qui doit modifier sa proportion de soins ;
- la prise en charge propose, dans un lieu d'hébergement que les patientes puissent s'approprier, des soins et une aide éducative voire palliative dans les tâches quotidiennes, en veillant à dissocier clairement dans le temps et dans l'espace ces deux dimensions :
- les soins assurés par le personnel soignant, sur des temps bien définis, sous forme essentiellement ambulatoire (consultations, CATTP, activités thérapeutiques, hôpital de jour), si possible en dehors de l'appartement,
- tandis que les tâches quotidiennes seront assurées par des aide-ménagères (auxiliaire de vie), en complément de ce que pourront assurer les patientes ;

Cette distinction a pour but de redonner un sens :
- au soin,
- au lieu de vie, à l'intimité et l'individualité des patientes dans ce lieu,
- au rôle de chaque intervenant,

soit au total de redonner des repères et une structuration précise à ces patientes dont l'essentiel de la pathologie concerne justement ce rapport à la réalité.

- la durée de séjour est prévue par contrat de un an renouvelables autant de fois que nécessaire selon l'évolution individuelle :
- le travail se fait sur le long cours, avec l'objectif à plus ou moins long terme, compte-tenu de l'ampleur des troubles, d'un retour dans la cité, en appartement protégé extramuros par exemple, avec suivi ambulatoire.

Il s'agit au total d'un LIEU de VIE PERSONNALISÉ à VISÉE RÉADAPTATIVE, associé à des SOINS PSYCHIATRIQUES dispensés à proximité, dans des structures AMBULATOIRES du secteur.

CONCLUSION - BILAN

L'évolution de l'appartement thérapeutique "Trieste" est globalement favorable : une trentaine de patientes y ont été accueillies à ce jour, et ont réintégré la communauté, avec un suivi ambulatoire d'intensité variable.

En ce qui concerne l'appartement protégé "Venise" la lourdeur des pathologies impose une réflexion sur la temporalité.

La psychose est intemporelle, n'est pas référée structurellement. Si elle reste active, la durée est une notion abolie. L'évolution se fait donc sur le très long cours, d'où un sentiment de déception (Moi Idéal / Moi Réel) lié à la lourdeur des prises en charge tant sur le plan psychique que sur le plan pratique. Tout est à reprendre alors même que la pathologie psychiatrique n'est pas encore suffisamment stabilisée pour assurer les acquis. Ils sont donc sans cesse à reconquérir et, sur le temps, finissent par être obtenus.

Il faut :
- restructurer le temps et l'espace,
- redéfinir les rôles,
- fixer des objectifs à temporalité adaptée, tels que les contrats de un an renouvelables.

Petite note positive : on constate, depuis quelques mois, parallèlement à la redéfinition des rôles, et notamment du rôle soignant, un meilleur investissement et une participation plus active de plusieurs patientes dans les activités thérapeutiques proposées hors de l'appartement.

7e exposition mycologique de Pontorson

La 7e exposition mycologique s'est déroulée les 28, 29 et 30 octobre 1994 dans la salle des fêtes de Pontorson.

Cette exposition est organisée par les associations et les ateliers thérapeutiques du Centre Hospitalier spécialisé de Pontorson.

La récolte des champignons est effectuée par les patients du CHS. En effet, malgré le temps peu favorable cette année, une cinquantaine de patients ont pu quitter leurs lieux de soins et parcourir ainsi comme tout un chacun les innombrables bois, talus et près qui font également la richesse de notre région. Ils bénéficient pour cela de l'aide de leurs équipes soignantes.

190 espèces différentes de champignons ont été réunies pour le plaisir des amateurs, des gourmets et des scientifiques.

Ces journées permettent aux patients du CHS de participer à l'animation de Pontorson, de s'ouvrir ainsi sur l'extérieur en apportant un support de réflexion scientifique de qualité aux mycologues.

Nous remercions l'administration du Centre Hospitalier qui nous permet d'organiser ces journées, les patients pour leur participation, les associations et toutes les équipes soignantes qui soutiennent cette animation.

M.T.

Du 28 au 30 Octobre 1994

EXPOSITION MYCOLOGIQUE

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

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

Horaires d'ouverture :

Vendredi 28 : 14h00 - 18h00
Samedi 29 : 9h00 à 12h30 - 14h00 à 19h00
Dimanche 30 : 9h00 à 12h30 - 14h00 à18h00

Entrée gratuite

BREVES

Le nouvel arrêté régissant la profession d'infirmier de Secteur psychiatrique vient d'être promulgué au journal officiel du 02/11/94 ; nous publions ce texte puis ultérieurement nous vous présenterons une analyse plus détaillée de ces nouvelles dispositions.

Arrêté du 26 octobre 1994 relatif à l'attribution du diplôme d'État d'infirmer aux personnes titulaires du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique
NOR : SANP9403356A

Le ministre délégué à la santé,
Vu le code de la santé publique ;
Vu le décret n° 81-306 du 2 avril 1981 modifié relatif aux études conduisant au diplôme d'État d'infirmier et d'infirmière ;

Vu l'avis de la commission des infirmiers du Conseil supérieur des professions paramédicales,

Arrêté

Art. 1er. - Le diplôme d'État d'infirmier est attribué de droit aux personnes titulaires du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique qui en font la demande auprès de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales qui leur avait délivré ce diplôme.

Art. 2. - Un arrêté du ministre chargé de la santé détermine le dispositif d'adaptation à l'emploi en cas de changement de secteur d'activité.

Art 3. - Dans l'attente du dispositif visé à l'article 2 du présent arrêté, les personnes mentionnées à l'article 1er doivent effectuer, en cas de changement de secteur d'activité, un stage d'adaptation à l'emploi de douze semaines, dans un ou deux services, dont les modalités sont définies par le directeur de l'établissement d'accueil sur proposition de la personne responsable du service de soins infirmiers en concertation avec la personne responsable de l'encadrement du stage et le stagiaire.

Art. 4. - La possibilité d'effectuer le stage mentionné à l'article 3 est également ouverte aux personnes citées à l'article 1er du présent arrêté en l'absence de changement de secteur d'activité.

Art. 5. - Toutes les dispositions de l'arrêté du 30 mars 1992 et de l'arrêté du 11 juillet 1994 relatives à l'attribution du diplôme d'État d'infirmier aux personnes titulaires du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique contraires au présent arrêté sont abrogées.
Les stages commencés en application desdits arrêtés sont transformés en stages d'adaptation à l'emploi tels qu'ils sont définis à l'article 3 du présent arrêté. Il appartient aux directeurs des établissements dans lesquels sont effectués ces stages de prendre toutes dispositions en ce sens.

Art. 6. - Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 26 octobre 1994.
Pour le ministre et par délégation :
Le directeur général de la santé,

J-F GIRARD

CARNET DE NOTES

LES PROCHAINES JOURNÉES

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE CROIX MARINE
VENDREDI 20 JANVIER 1994 à 15 h 00
Salle DESCARTE
MJC LA PRAIRIE
11, avenue Sorel
14000 CAEN

VOTRE COURRIER

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