

# PRATIQUES & RECHÈRES

*en santé  
mentale*

**N° 42**

Juin 2009

5 €



## Les rencontres de l'Association Croix-Marine de Basse-Normandie en 2008

**13 mars, Vire :**

*Réflexions sur les addictions*

**10 juin, Alençon :**

*Prévenir, accueillir, traiter l'agitation*

**23 octobre, Pontorson :**

*Accompagnement au long cours : relais ou abandon*

Fédération d'aide à la  
Santé Mentale  
CROIX-MARINE



# SOMMAIRE

1

## Éditorial

Dr Marc TOULOUSE - Président Croix Marine, Basse-Normandie

2

## REFLEXIONS SUR LES ADDICTIONS VIRE, 13 mars 2008

- 2 • "LE DÎEU QU'ON NOMME LIBERTÉ" - Anorexies et addictions  
Patrick ALARY - Psychiatre, Médecin-chef, fondation Bon Sauveur, Saint-Lô
- 7 • LA PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS DÉPENDANTS  
Dr Catherine HERBERT - Centre Hospitalier Bon Sauveur Caen

12

## PRÉVENIR, ACCUEILLIR, TRAITER L'AGITATION Alençon, 10 juin 2008

- 12 • APPLICATION DE LA PROCÉDURE DE SIGNALEMENT D'INCIDENT-ACCIDENT  
AUX ACTES DE VIOLENCE  
Françoise BRIERE, Cadre de Santé, CPO Alençon  
Eudèse LUCINA, Responsable Qualité, CPO Alençon
- 13 • CHRONIQUE D'UN CMP ORDINAIRE  
Dominique DARY, Psychologue, CPO Alençon  
Nicolas RIVIERE, Infirmier, CPO Alençon  
Marina THUILLIER, Infirmière, CPO Alençon

17

## ACCOMPAGNEMENT AU LONG COURS : RELAIS OU ABANDON ? PONTORSON, 23 OCTOBRE 2008

- 17 • LE LIEN D'UN LIEU À L'AUTRE
- 19 • COURTS-CIRCUITS  
Anne-Lise CHRETIEN, Psychologue, CH de l'Estran, Pontorson
- 21 • VERS UNE SORTIE DES PATIENTS AU LONG COURS : CONDITIONS ET LIMITES  
Matthieu ROBIN, Psychologue, CH de l'Estran, Pontorson  
E. LEFRANÇOIS, Infirmier, CH de l'Estran Pontorson
- 24 • L'ACCUEIL FAMILIAL THÉRAPEUTIQUE ADULTE : ALTERNATIVE ET TRANSITION  
Davy BICHET, Psychologue, Pontorson ;  
E. MARSOLLIER, Infirmière, Pontorson ;
- 26 • L'ESTRAN, LIEU DE RESSOURCES INÉPUISABLES, AVEC VENTS ET MARÉES,  
L'HISTOIRE D'UN HÔPITAL SUR LE CHEMIN DU MONT  
Dr Marguerite COLIN, Psychiatre, Pontorson  
Michèle THOMAS, Cadre Infirmier, Pontorson
- 31 • PRÉSENTATION DU SAMSAH DE FLERS  
J.M. RUBIO, Directeur des Services Extérieurs de Flers, Association Lehugueur Lelièvre



# Editorial



## Qu'est ce donc qu'une Journée Croix Marine ?

C'est d'abord et avant tout un temps de rencontre entre des professionnels ou même, plus largement, entre toutes personnes concernées par les soins en santé mentale dans notre région de Basse Normandie.

La rencontre, la rencontre de l'autre, c'est bien ce qui caractérise les soins en psychiatrie, au delà même des échecs de cette rencontre parfois impossible.

La rencontre, cet espace comme une chance où les mots peuvent trouver leur place pour introduire (dans le meilleur des cas !) à la relation et au transfert.

Ici il s'agit de rencontre en vue d'échanges, non pas seulement de savoirs mais, bien plus, d'expériences...

S'il est une évolution marquante de la psychiatrie de secteur dans ces deux dernières décennies, c'est bien d'avoir raccourci le temps et, partant, le temps de la rencontre...

Ecourté le temps consacré aux patients mais aussi celui indispensable pour prendre de la distance par rapport à notre pratique...

C'est un des risques du secteur psychiatrique, tant sa pratique est riche, que de favoriser l'enfermement des équipes soignantes dans son espace... Nous voilà tous, la tête dans le guidon, sans contact avec l'équipe du secteur voisin en butte aux mêmes difficultés et au même isolement.

Ainsi isolés, les soignants se trouvent confrontés au risque de la toute puissance ou – mais c'est la même chose au fond – de la culpabilité de ne pas avoir réponse à tout.

C'est tout l'enjeu des journées de rencontres Croix Marine que d'ouvrir les frontières sur d'autres horizons si proches...

Quelle joie de pouvoir s'identifier ou se démarquer des collègues qui exposent une situation, une expérience vécue ou une réalisation originale !

Quelle créativité dans ces équipes de la région!

Alors oui les journées Croix Marine peuvent revendiquer sans honte leur label de temps de formation : quoi de plus formateur que la confrontation des expériences ?

L'Association régionale nous invite au voyage très concrètement en choisissant d'organiser les trois journées annuelles dans des sites différents. Ainsi, en 2008, nous nous sommes successivement rendus à Vire autour du concept de l'addiction, puis à Alençon pour échanger sur nos pratiques face à l'agitation, et enfin à Pontorson où il a été question de l'accompagnement au long cours de nos patients... Voyage dans l'espace mais aussi dans le temps car, comment appréhender le présent sans prendre acte du passé, de l'évolution de la société et des concepts ?

Par exemple : le concept assez récent d'addiction s'éclaire à la lumière de l'histoire du concept de plaisir qui ne date pas d'hier...

Histoire encore que celle de la Psychiatrie à Pontorson pour comprendre comment, là comme ailleurs, l'accompagnement au long cours est inscrit dans l'histoire même de nos institutions...

Cette revue propose un certain nombre de textes des interventions des trois journées de l'année 2008 mais elle ne peut pas restituer la richesse des rencontres interpersonnelles ou entre les équipes. Elle nous encourage à sortir de nos bastions et à ouvrir les yeux sur ce qui se pense, se dit ou se fait ailleurs et autrement.

## PRATIQUES ET RECHERCHES EN SANTÉ MENTALE

REVUE DE L'ASSOCIATION  
CROIX-MARINE BASSE-NORMANDIE

Fondation Bon-Sauveur  
50360 PICAUVILLE  
Tél. 02.33.21.84.00 (poste 8466)  
Fax 02 33 21 85 14

Directeur de publication :  
Dr Marc TOULOUSE  
Responsable de la rédaction :  
Maryse CORBET  
Comité de rédaction :  
Jean-Claude ANDERSON,  
Jeanne BERTAUX,  
Jean FILMONT,  
Jean-Noël LETELLIER,  
Serge LOQUET,  
Marie-Line LAMARE-HAMELIN,  
Bernard NOUHAUD,  
Michel PITON.

Mise en page et impression :  
Imprimerie LECAUX-OCEP  
Tourlaville • 02.33.88.52.52

Crédit photos : Léon Faligot

Secrétariat : 02.33.21.84.66

ISSN 1157-5135  
Dépôt légal : 2<sup>ème</sup> trimestre 2009

**Dr Marc TOULOUSE**

Psychiatre, CHS Caen

Président de l'Association Croix-Marine Basse-Normandie



# RÉFLEXIONS SUR LES ADDICTIONS -

## “LE DIEU QU’ON NOMME LIBERTÉ”

### Anorexies et addictions



**Dr Patrick ALARY**

Psychiatre, Médecin-chef  
Fondation Bon Sauveur,  
Saint-Lô

Pour mesurer l’apport d’Avicenne à l’histoire des sciences médicales, et avant de revenir à l’anorexie, il faut préciser que le *Canon de la Médecine (Qânûn)*, ne se limite aucunement à une compilation de prescriptions et de recettes. Il faut mesurer la portée de cet ouvrage en considérant qu’à cette époque, la division du savoir est loin d’être achevée. « *La séparation introduite à l’époque moderne entre théologie, philosophie, sciences exactes, sciences de la nature, est absente de l’univers intellectuel de l’homme médiéval* », rappellent Danielle Jacquart et Françoise Micheau, dans leur ouvrage consacré à la réception de la médecine arabe dans l’occident médiéval. Véritable encyclopédie médicale en cinq Livres, le *Canon* emprunte à ses prédécesseurs mais le contenu hippocratique et galénique repris par Avicenne est encadré dans un horizon proprement philosophique : « *L’intérêt, voire la nouveauté, de cette encyclopédie est à chercher dans l’effort pour penser la médecine comme science rationnelle, recourir constamment aux règles de la logique, appliquer systématiquement les principes que le philosophe a posés ailleurs* ». Avicenne se démarque dans les domaines de l’ophtalmologie, de la gynécologie-obstétrique et de la psychologie. Il s’attache beaucoup à la description des symptômes, décrivant toutes les maladies répertoriées à l’époque, y compris celles relevant de la psychiatrie. Pour Ibn-Sina, comme pour tant de docteurs de son temps, la médecine est préventive avant d’être curative. La diététique, l’hygiène et la prophylaxie tiennent une place importante : choisir une alimentation mesurée, s’assurer l’évacuation des excréments, maintenir la pureté de l’air respiré et de l’eau bue, se préserver des infections, éviter les excès en matière de veille et de sommeil, pratiquer la culture physique, préférer un habitat aéré et ensoleillé, mener une vie sexuelle équilibrée. Il insiste sur l’importance des relations humaines dans la conservation d’une bonne santé mentale et somatique : l’art médical devient art de bien vivre, et même art d’aimer.

Le discours médical, aujourd’hui, est quelque peu différent. On appelle conduites addictives (en français l’assuétude) un ensemble de conduites de dépendance. Le terme addiction est d’étymologie latine, *ad-dicere* “dire

*Aristote, au début de ses Topiques, explique qu’il faut suivre les plus sages et, parmi les plus sages, les plus illustres. Avicenne aura cette notoriété et marquera en profondeur l’histoire de la science et de la philosophie.*

*Avicenne, Ibn Sinna, est un grand médecin philosophe et mystique arabo-islamique qui vécut en Perse de l’an 980 à 1037 et il est l’un des premiers à décrire l’anorexie mentale telle que nous la connaissons aujourd’hui, dans le célèbre Canon de la Médecine, traité qui a fait autorité pendant près de 4 siècles dans les universités d’Orient aussi bien que d’Occident. Il faudra attendre que Léonard de Vinci en rejette l’anatomie et que Paracelse le brûle pour que l’aura de l’œuvre diminue. Pourtant, en 1909, un cours de la médecine d’Avicenne fut donné à Bruxelles.*

à”, et exprime une appartenance en terme d’esclavage. Au Moyen Âge, être ad dicté, c’était être l’objet d’une ordonnance d’un tribunal obligeant le débiteur qui ne pouvait rembourser sa dette à payer son créancier par son travail. Aujourd’hui, dans le langage courant, être addicté, c’est être “accro”, comme sous l’emprise d’une drogue.

Les scientifiques se demandent actuellement si les troubles du comportement alimentaire ne s’inscrivent pas dans cette logique.

Sachant que des drogues comme la cocaïne, les amphétamines ou l’ecstasy réduisent ou coupent l’appétit de ceux qui les consomment, des chercheurs du CNRS et de l’Inserm ont comparé les circuits neuronaux impliqués dans l’action de ces drogues avec ceux de l’anorexie. Valérie Compan (CNRS, Montpellier) et ses collègues soupçonnent l’anorexie de passer par les mêmes circuits de la récompense que les drogues.

Longtemps, on a pensé que l’hypothalamus était responsable de l’anorexie. Désormais on sait que, au cœur du noyau accumbens, l’une des régions de notre cerveau, se trouve un grand nombre de récepteurs à la sérotonine, un neurotransmetteur délivré en plus grande quantité lors de la prise de produits psychostimulants (cocaïne, amphétamines, ecstasy, etc). Compan et ses collègues ont constaté que l’activation des récepteurs à la sérotonine 5-HT4 chez les souris entraînait une baisse de leur appétit et la production importante d’un peptide, le CART (cocaïne and amphetamine regulated transcript).

Lorsque les chercheurs ont augmenté les taux de CART chez les souris, elles ont boudé leur repas, à l’inverse lorsqu’ils ont bloqué l’action du peptide elles ont mangé davantage. Compan et ses collègues ont ensuite créé des souris privées des récepteurs 5-HT4 et ont observé qu’elles n’étaient plus sensibles à l’effet coupe-faim de l’ecstasy, montrant que ces récepteurs étaient importants dans la régulation de l’appétit liée à la prise de drogue.

Des taux élevés du peptide CART ont été détectés par plusieurs études chez des consommateurs de psychostimulants et au moins par une étude chez des femmes atteintes d’anorexie. Les chercheurs suggèrent que

l'anorexie pourrait déclencher un processus de récompense similaire à la drogue, créant une addiction à cette dangereuse spirale de privation. Les récepteurs 5-HT4 pourraient offrir une nouvelle cible d'attaque pour traiter cette maladie.

Selon le Pr Reynaud, « toutes les addictions sont une dérégulation de mécanismes naturels de prise de plaisir et de contrôle de la souffrance », sachant que « les plaisirs naturels peuvent devenir excessifs et se transformer alors en anorexie-boulimie, addiction sexuelle, jeu pathologique ou encore achat maniaque ».

Il souligne que « les addictions aux produits correspondent à une dérégulation brutale de ces mécanismes de gestion des plaisirs et des émotions par la dépendance à l'alcool, au tabac, au cannabis. Le mécanisme de l'addiction est la recherche du plaisir et l'irruption de la souffrance si l'objet de l'addiction quel qu'il soit vient à manquer. Il est normal de prendre du plaisir mais les plus vulnérables (...) risquent d'être dépassés, de perdre le contrôle, sachant que le plaisir devient une addiction quand la source de plaisir devient le principal objet de motivation et que la vie ne finit par ne tourner qu'autour de cela. Les mécanismes sont assez bien établis, les situations agréables, stimulant la production de neuro-hormones qui font cracher de la dopamine, l'hormone du plaisir par excellence ».

Quand on arrête une addiction la vie est triste. Cela conduit parfois au suicide.

Les nombreuses découvertes médicales d'Avicenne valent à elles seules sa renommée millénaire. Mais il y a beaucoup plus. Avicenne a non seulement compilé et classé des traitements et des médicaments, mais il a aussi expérimenté une manière de soigner qui répond à une logique dont tous les aspects n'ont pas encore été mis à contribution. Ses deux ouvrages encyclopédiques, le *Qânûn* et le *Shifâ'*, constituent deux énormes corpus dont la notoriété conjuguée n'a peut-être pas d'équivalent dans l'histoire des idées. Avicenne nous sert encore à guérir mais surtout à réfléchir sur l'acte médical, sur la santé et sur le processus de guérison. « La médecine est l'art de conserver la santé et, éventuellement, de guérir la maladie survenue dans le corps ».

Comment Avicenne aborde-t-il l'anorexie ?...

Rêvons... À Ispahan, la fille du Sultan se languit. Elle est faible, pâle, communique peu et ne parle pas. Son père s'inquiète et craint de la perdre. Ibn Sina est réputé, on lui demande conseil.

Il s'assied auprès de la jeune alitée, longtemps silencieuse. Puis elle parle et Avicenne comprend que sa langueur est due à un chagrin. L'anorexie, pour lui, entre dans le cadre d'une dépression. Elle ne s'aime plus, n'aime plus son corps, ne sait plus comment le percevoir, comment le réinvestir, l'habiter. Plus de représentation, plus de pulsion, plus de sensation. Le vide. Dans la quête homéostatique, la jouissance n'est jamais loin de la pulsion de mort. L'addiction joue un rôle de pare-excitation, crée l'illusion du contrôle de la

relation à l'autre, à soi, l'illusion de sa propre existence apaisée des tensions pulsionnelles et libidinales.

Devant ce mal, il a volontiers recours à la thériaque d'Andromaque l'Ancien, à base de baie de laurier et comprenant trois autres ingrédients ainsi que du miel, ou celle d'Andromaque le Jeune, perfectionnée par Galien, composée de 76 drogues et présentant 91 indications thérapeutiques. La principale innovation attribuée à Andromaque le Jeune est l'introduction de la chair de vipère, dont ce médecin avait remarqué de manière fortuite l'efficacité comme contrepoison. Il la conseillait également pour améliorer la perception sensuelle, la clarté d'esprit, stimuler l'appétit, faciliter la respiration, diminuer l'intensité des palpitations, arrêter les hémorragies et faciliter le travail des reins et de la vessie, aider à la dissolution des calculs rénaux et biliaires, prévenir l'apparition des ulcères... Pour Avicenne, la prise régulière de thériaque d'Andromaque alors qu'on était en bonne santé, annulait l'efficacité des poisons, aidait à protéger des maladies et des épidémies.

Pendant des siècles, la thériaque d'Andromaque a été utilisée dans bien des indications, anorexie, nausées, aigreurs, gastrites, crampes et douleurs d'estomac, flatulences et constipations, colopathies fonctionnelles. Réputée comme véritable antipoison, elle a aidé à l'élimination des toxines, des métaux lourds et de tous agents nocifs. On l'a longtemps utilisée pour la mémoire et les migraines en compresses sur la tête et les vertèbres cervicales, pour les troubles de la vue en compresses sur les yeux fermés, en cas de rhumatisme, de goutte et de sciatique, sur les brûlures légères et les bosses en cas de choc, sur les corps aux pieds, en cas d'anémie, de mauvaise circulation, d'insomnie, mélancolies et dépressions, d'ivresse et, bien sûr, comme fortifiant...

Mais, pour la fille du Sultan, la thériaque ne suffit pas. Avicenne lui fait raconter ses rêves, lui en révèle la signification et, alors, la potion d'Andromaque fait merveille... « Elle souffre d'une maladie aussi sacrée que la science que je pratique. Elle frappe sans discrimination princes et mendiants, adolescents et vieillards... Cette maladie s'appelle l'amour... »

Le Dr. Richard Morton donne, en 1689, la première définition médicale de l'anorexie. Il s'agit d'une forme de dépérissement physique d'origine nerveuse. C'est seulement à partir de la deuxième moitié du XIX<sup>ème</sup> siècle que le terme d'anorexie acquiert le sens que nous lui connaissons aujourd'hui. Deux médecins (l'un français, Lasègue, l'autre anglais, Gull) donnent, dans les années 1870, les deux premières descriptions cliniques de cas d'anorexie, descriptions qui sont encore aujourd'hui d'actualité. Mais, même s'ils conçoivent l'anorexie comme un trouble d'origine psychique, la médecine la considérera et la traitera pendant des années plutôt comme un problème



## RÉFLEXION SUR LES ADDICTIONS

### VIRE, 13 MARS 2008

physique (insuffisance hypophysaire, notamment). Charcot en 1885 proposera l'isolement dans un but thérapeutique. Janet en 1903 classera l'anorexie mentale dans les troubles de l'alimentation d'origine névropathique.

Au Moyen-Âge, l'anorexie est vécue comme une ascèse de la jeune fille pour nombre de mystiques et des réformatrices de l'Église. Catherine de Sienne, Véronique Giuliani, Sainte Thérèse d'Avila et ses extases mystiques et Marguerite de Crotona sont les plus connues.

Comme l'anorexique du XX<sup>ème</sup> siècle qui comptabilise chaque calorie ingérée, la recherche éperdue de la minceur entre dans une démarche de jeûne qui vise à se libérer d'une famille et d'une société patriarcale. Il s'agit pour les anorexiques de conquérir leur autonomie en fonction de critères idéaux définis par leurs cultures : la minceur et la fermeté pour la première, la pureté spirituelle pour la seconde.

Au moment de sa conversion, Marguerite de Crotona décide d'offrir son corps en sacrifice à Dieu. Elle se flagelle à l'aide d'une corde nouée, se donne des gifles et des coups, s'abstient d'abord de viande, ne se sert bientôt plus que d'un peu d'huile d'olive pour tout condiment, ne consomme ni œufs ni fromages... Elle se concentre sur la méditation et le travail et non sur la nourriture. Parfois, œuvre du diable, elle se sent réellement faible et affamée. Une fois, elle céda aux figues mais sentit rapidement le poids de son péché et ne put prier de la nuit. Dieu alors l'autorisa à suivre un régime plus riche à condition qu'elle perde complètement le sens du goût. Bientôt, la nourriture eut un goût de terre et elle fut incapable de manger, répétant sa confession

générale chaque huitaine. *« Cher Père, comme il ne doit jamais y avoir de trêve entre mon âme et mon corps, je suis décidée à ne pas épargner ce dernier ; laissez-moi le déchirer, le mater jusqu'au dernier moment de ma vie où je me verrai enfin séparée de lui... Ô mon corps, pourquoi ne m'aides-tu pas à servir ton Créateur et ton rédempteur. Cesse tes lamentations, cesse de simuler la mort... »*

Catherine de Sienne a la volonté de maîtriser les exigences de son corps qu'elle perçoit comme une *« entrave abjecte à sa sainteté »*. Chez certains primitifs, on peut littéralement *« être grosse »*, c'est-à-dire être enceinte -être sainte... être ceinte- en mangeant. C'est un fantasme infantile, comme le baiser qui féconde. Alors, à l'adolescence, les jeunes filles qui ressentent les signes biologiques et sociaux du début de la phase génitale du développement physique et psychique régressent pour retrouver le confort apparent de la phase orale d'où la reviviscence des désirs de fécondation orale, entraînant un sentiment de culpabilité, un refus de se nourrir et un amaigrissement parfois fatal, tout cela représentant le renversement des pulsions meurtrières infantiles envers la mère. L'anorexique souffre d'un conflit insupportable entre la dépendance envers un besoin interne, la faim, et un objet externe, la nourriture. *« Biberon, enfant, dégoût, si j'y pense, piqûres, l'idée que quelque chose se déverse en moi, dans ma bouche ou dans mon vagin me rend folle, intégrité me vient à l'esprit, intouchable... ce corps n'est pas obligé de porter un enfant ?... il n'a besoin ni de recevoir ni de donner »...*

Hilde Bruch ajoute : *« les anorexiques luttent contre le fait d'être réduites en esclavage, exploitées, et de ne pas mener la vie de leur choix. Elles préfèrent se priver de nourriture plutôt que de continuer une vie de compromis. Au cours de cette recherche aveugle de leur identité et du sentiment*



*d'elles-mêmes, elles n'acceptent rien de ce que leurs parents ou le monde autour d'eux peuvent offrir... l'anorexique mentale authentique typique lutte pour acquérir la maîtrise d'elle-même, de son identité, devenir compétente et efficace »...* Elle sera une personne, et non une fille ou une élève. Comment soutenir son identité dans une société individualiste qui élève la performance et l'efficacité au rang de culte, le narcissisme au rang de Sujet ? Restent l'image, l'identité de substitution qui évite l'autre comme dans les jeux vidéos où tout est virtuel, identité, groupe (la "guilde"), mort...

L'anorexique ne cherche pas à harceler ses parents pour qu'ils s'opposent à elle. Elle se réfugie dans le silence, la dissimulation, les secrets, le mensonge délibéré. Elle va docilement chez le docteur expliquer calmement que tout va bien, accepte non moins docilement tout ce qu'on lui demande. Elle est récompensée quand elle mange avec appétit, admet les punitions si elle en laisse trop dans son assiette. Mais, aux toilettes, elle s'enfonce les doigts dans la gorge et vomit discrètement pour ne déranger personne. Sainte Thérèse d'Avila, la mystique qui incarna la Réforme catholique, utilisait une tige d'olivier pour se faire vomir et, ainsi, recevoir l'hostie sans craindre de la rejeter.

Marie a vécu sa prime enfance en Bolivie. Sa mère est une bonne mère, ouverte et cultivée. Son père est un coopérant ambitieux, mobile, énergique et il participe à l'élaboration des normes domestiques. Dans cette famille, on parle ouvertement de tout et on mange équilibré. Marie est une élève lumineuse, choyée par ses professeurs, mûre, aime la musique, la danse, la flûte... Mais un jour, elle renonce aux sucreries et aux graisses, préférant le céleri en branches... C'est à l'hôpital, bien plus tard, qu'elle comprendra, devant un petit pois, seul dans son assiette. La Bolivie... Petite, là-bas, ce n'est pas sa mère, trop occupée, ou son père, très pris, qui lui donnent le biberon. Et, quand naît la petite sœur, c'est la nourrice qui alimente les bébés, et la nourrice ne mange que des féculents...

Au IV<sup>ème</sup> siècle, Saint-Grégoire de Nysse croit que le corps est composé de deux paires d'éléments opposés, froid et chaud, humide et sec. Le laxisme de la chair et les mortifications excessives peuvent rompre l'équilibre de ces éléments et entraver la recherche de la perfection de l'âme. Pourtant, Jésus ne demandait pas à ses disciples de jeûner et, à deux reprises dans le Nouveau Testament, il est accusé d'être glouton et de boire du vin. Lorsque ses disciples rompirent le sabbat en cueillant des épis de maïs parce qu'ils avaient faim, Jésus les défendit. Il nie formellement que la nourriture ou le fait de manger avec des mains impures aient un pouvoir contaminant. Pour lui, ce qui entre par la bouche va dans le ventre, sort dans les latrines et laisse le cœur intact... Comme ce processus de déchetisation qui guette l'alcoolique, au narcissisme tellement

malmené et déliquescent qu'il n'a plus d'identité, qu'il n'est plus rien qu'un poivrot, qu'alcoolique est son nom, un déchet, un résidu qui, lui aussi, vomit quand il en a trop pris... Dissolution de l'identité, Thanatole<sup>2</sup>...

Pour Jésus, toutes les nourritures sont pures et, selon Saint-Luc, au paradis, les disciples iront le rejoindre pour manger et boire à la même table.

L'Eucharistie est la scène fondatrice de la chrétienté... Le sang et le corps du Christ...

L'anorexie est une passion. Elle échappe ainsi à toute explication rationnelle. La passion amoureuse ne diffère de la passion mystique que par l'être aimé qu'elle vise, de la passion du toxicomane ou du joueur par son produit ou son objet. Chacune affiche la même indifférence à toute mesure ordinaire de préservation, la vie s'exalte à mesure de son immersion dans la mort. *« La passion est cet instant suprême où la totale jouissance est de sombrer. Ce n'est pas un appauvrissement. On vit davantage, plus dangereusement, plus magnifiquement. L'approche de la mort est l'aiguillon de la sensualité. Elle aggrave, au plein sens du terme, le désir<sup>3</sup> ».*

Toutes les passions finissent comme des tragédies. Bataille donna à l'érotisme les formes de l'expérience intérieure ou mystique. Cette vie, qui se jouit en se risquant aux frontières de son abolition est celle que nous reconnaissons comme mystère au cœur du projet mystique de l'anorexie. *« L'approbation de la vie jusque dans la mort est un défi. L'approche de la continuité, l'ivresse de la continuité dominant la considération de la mort. Au-delà de l'ivresse ouverte à la vie juvénile, le pouvoir nous est donné d'aborder la mort en face et d'y voir enfin l'ouverture à la continuité inintelligible, inconnaissable qui est le secret de l'érotisme. La vie se mêlant à la mort, abolissant tout écart, pour une incandescence arrachée à son étreinte, une jouissance... »*

Ainsi, l'anorexie a une parenté avec les exercices spirituels de l'ascèse et du jeûne, pratiques religieuses fondées sur l'exigence de purification et l'appel du sacré. Ainsi émerge la singularité d'une alliance d'emprise spéculaire entre l'anorexique et sa mère, qui semble destinée à maintenir cette dernière dans le statut d'objet absolu de la jouissance.

*« Ida prétendait qu'en étant maigre, elle se sentait bien. Elle prenait des laxatifs, des diurétiques, de grandes quantités d'extraits thyroïdiens. Elle avait des activités sportives intenses, natation, course à pied, tennis, escrime. Son poids avoisinait les 31 kg. Sa famille lui avait donné beaucoup d'atouts. Son seul malheur était d'avoir perdu brutalement son père à 12 ans. Mais, pour sa mère et son dévouement, Ida n'avait pas le droit de se plaindre. Elle ne pensait pas mériter tout ce qu'elle avait reçu, n'était pas digne d'avoir autant de chance dans la vie. Elle était gênée de causer tant de soucis à sa mère<sup>4</sup>... »*

Antigone, face à Créon, méprise comme l'anorexique la vie tissée de besoins, celle qui fait fi de la parole. Comme dans la relation thérapeutique sans cesse



remise en cause, le contrat sans cesse accepté et bafoué, Créon, en place de médecin, entend imposer sa loi, se substituer au surmoi cruel qui commande Antigone. S'il a proclamé la loi dans son discours politique, il change d'avis après l'avertissement de Tirésias et se range à celui d'Antigone. Il modifie sa sentence face à elle qui n'a cessé de le défier. Antigone récuse la raison d'Etat qui veut le bien de tous et fait le partage entre les bons et les mauvais. C'est au nom d'une autre loi qu'elle se détermine, la loi qui perpétue la mémoire. L'ambiguïté des mots, des valeurs, de la condition humaine se repère dans le tragique malentendu qui persiste entre le discours de l'anorexique et celui du médecin ou de la société qu'il représente. L'anorexique constate le vide de sa vie, un vide tel qu'il ne reste aucune place pour "vivre". De cette vie-là, elle ne veut à aucun prix et sa lutte avec les médecins ne peut qu'être placée sous le signe de la méprise puisque se référant à une autre loi que celle de la médecine. L'anorexique refuse que son amaigrissement soit signe de maladie. Jamais elle ne se plaint, n'est malade. Mais, quoi qu'elle en dise, son corps fonctionne comme un signifiant, il témoigne du discours qui l'habite. Ce que les autres décrivent comme une maladie n'est rien d'autre que son mode d'exister, son besoin de désirer. C'est l'aspiration à la liberté, si caractéristique de l'adolescence. Liberté ou libre arbitre ? Cadre ou absence illusoire de contrainte ? Surmoi structurant ou surmoi cruel ? Prométhée, Adam et Eve sont frères et sœur. Tant qu'ils se soumettent au sacré qui existe en eux, qu'ils respectent la loi divine, ils sont libres. Mais dès lors qu'ils accèdent à la connaissance ou volent le feu, découvrent leur corps, leur humanité, ils sont perdus, voués au libre arbitre et à assumer leur simple condition d'humains et de mortels.

La femme est au carrefour de la vie et de la mort. C'est une femme, une prostituée, qui découvre le tombeau vide de Jésus.

Comment, avec Camille, ne pas penser au secret de famille, ce disparu réel ou imaginaire. Ce qui est su et/ou tu, qui tue. « *La mort est toujours là, jamais réalisée... Quelle est ma place ?* » Le mort n'est pas mort puisque personne n'en parle. A-t-il même été vivant ? Rien n'est plus réel que la mort sauf la mort qui ne se dit pas, ce

qui rend impossible le deuil, le renoncement à perdre une chose, un être. Alors, l'anorexie présentifiée, incarne le fantasme parental centré sur le corps mort et la survie.

Antigone est le produit d'un inceste entre le fils et la mère. En enterrant son frère, Antigone fait un acte déterminé par une nécessité, un retour dans le réel de la mort, tout comme certains suicides peuvent être mis en rapport avec l'ignorance, l'exclusion de la mort dans le discours de l'Autre.

Quelques jours avant sa mort, à 34 ans, Simone Weil écrit « *l'humilité c'est le consentement à la mort qui fait de nous un néant inerte* », à l'image du Christ mourant comme un condamné de droit commun.

Au terme du traitement, une anorexique n'est pas forcément guérie au sens médical du terme. Guérir, dit Ginette Rimbault, « *ne signifie pas sortir de l'isolement psychiatrique pour se trouver tout aussi isolée dans la société, conforme mais brisée. Obtenir la guérison biologique est possible. Arriver à la délivrance d'un désir en souffrance chez ce sujet enfermé dans un quiproquo dramatique et obscène reste une entreprise ardue et incertaine* ».

Le médecin, le psychiatre, n'ont pas vocation au chamanisme. Mais ils doivent écouter le chaman qui leur dit que la souffrance de l'homme ne se réduit pas à son symptôme, que l'homme ne se réduit pas à son corps, qu'il n'est qu'un des éléments du monde, lui-même fragment de cosmos. Et ne jamais oublier que toute souffrance demande de la parole, des mots énoncés pour éloigner les maux et leur donner un sens...

Faire face à l'anorexie, à l'alcoolisme, à la toxicomanie, aux addictions... Faire face à la discontinuité, à la rupture, à la répétition, aux incessants changements, assurer l'autre, souffrant, de sa permanence, être là dans la durée, être consistant...

Laissons, pour finir, la parole à Amélie Nothomb : « *L'esprit humain souffre d'une carence intellectuelle fondamentale : pour qu'il comprenne la valeur d'une chose, il faut l'en priver* »...

<sup>1</sup> Elisabeth d'Autriche, dite Sissi

<sup>2</sup> François Périer

<sup>3</sup> Denis de Rougemont

<sup>4</sup> Hilde Bruch

#### BIBLIOGRAPHIE SUCCINCTE

*Avicenne ou la Route d'Ispahan*, Gilbert Sinoué, Denoël, Paris, 1989

*Les indomptables*, Ginette Rimbault, Caroline Eliacheff, Odile Jacob, Paris, 1989

*L'anorexie sainte*, Rudolph M. Bell, PUF, Paris, 1994

*Anorexie mentale, ascèse, mystique*, Eric Bidaud, Denoël, 1997, Paris

*Conversations avec des anorexiques*, Hilde Bruch, Payot, Paris, 1990

*Anorexie mentale et boulimie*, Anne Guillemot, Michel Laxenaire, Masson, Paris, 1993



## LA PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS DEPENDANTS RÉFLEXIONS SUR LE SOIN ET LA SOCIÉTÉ

*Pour moi, en tant que socioanthropologue, l'individu et la société ne se comprennent qu'ensemble. Il y a une double inscription de toutes personnes dans une vie individuelle (ou psychique) et dans une vie collective (ou sociale). La socioanthropologie est un moyen de ne pas catégoriser et tronçonner le sujet, la personne, en morceaux détachés les uns des autres ; et le physiologique, le psychique et le social sont ce qui constitue l'être humain dans sa globalité. Le sujet humain singulier doit toujours être pris en compte dans son environnement social (familial compris) et dans sa trajectoire historique.*

### Dr Catherine Herbert

C.S.S.T., Centre Spécialisé de Soins pour Toxicomanes.  
Centre Hospitalier Spécialisé du Bon Sauveur de Caen  
C.E.R.R.E.V., Centre de Recherche sur les Risques et la  
Vulnérabilité, Université de Caen

Pour les sociologues, la jeunesse au sens où communément nous l'entendons n'existe pas. L'adolescence non plus. Ce sont des constructions sociales. La jeunesse est un mot utilisé depuis l'antiquité et qui est issu de juvénile, du latin juvenis qui signifie jeune homme. L'adolescence est une catégorie d'individus créée au milieu du 19<sup>e</sup> siècle (1850) et dont le terme provient de adolescens ou adolescere qui signifie grandir (le mot adolescence apparaît au 13<sup>ème</sup> siècle et adolescent au 14<sup>ème</sup> siècle). Seule la puberté, phénomène physiologique et psychique existe réellement en dehors de toute société ou plutôt dans toutes les sociétés. Dans les sociétés premières, les rites de passage qui ont lieu le plus souvent à la puberté, attachés aux mythes fondateurs de la société (à la question des Dieux et des ancêtres), ont presque tous à faire avec les questions de la mort et de la sexualité. Avant le rite, l'enfant est non initié ; après le rite, il devient initié et homme ou femme, différencié sexuellement. C'est toujours une épreuve corporelle qui a à voir avec la sexualité et la conquête de son identité sexuée. Il s'agit toujours d'inscrire la société dans le corps. Ces rites de passage durent un jour, une semaine, une lune ou une saison, jamais plus. L'enfant n'est pas, n'est plus l'enfant de son père et de sa mère mais l'enfant du temps. C'est une mise en symbole du passage d'un monde à un autre.

En sociologie, discipline des sociétés occidentales, l'adolescence est un temps de passage entre l'errance infantile et la nécessité d'assumer de nouvelles charges afférentes à l'entrée dans la communauté des adultes. Autrement dit, c'est un processus essentiel de la socialisation en tant que séparation de la famille (premier noyau social) et adhésion à une autre communauté. On a longtemps considéré que le début de l'adolescence correspondait au début de la puberté et que la fin de l'adolescence correspondait à l'entrée dans l'âge adulte qui était marquée en Occident par des étapes socialement reconnues et porteuses de légitimité que

sont : la fin des études obligatoires, le fait d'exercer un travail, le fait de vivre seul ou de chercher à constituer un foyer (mariage, concubinage ou premier enfant). C'étaient les rites institués que notre société avait trouvés pour institutionnaliser un individu et lui donner une identité. Pourtant, aujourd'hui, dans nos sociétés occidentales, l'adolescence est une catégorie en grande transformation presque impossible à borner. Il est courant maintenant d'entendre parler de pré-adolescence et de post-adolescence. Pour plusieurs raisons :

- 1- Car il y a un effacement des barrières générationnelles et une disparition des figures traditionnelles de l'autorité. Pourtant, malgré notre désir actuel de ne faire qu'un, les générations se succèdent les unes aux autres et les représentations de la jeunesse se sont modifiées avec le temps. En regardant simplement le 20<sup>ème</sup> siècle, la jeunesse sera en fonction des époques : louange pendant les guerres, danger dans l'après seconde guerre mondiale et étrangeté depuis quelques années.
- 2- Car s'il y a quelques années, le passage de l'enfance à l'adolescence puis à l'âge adulte était simple, en tout cas simplifié par les possibilités qu'offrait la société (service militaire, départ du foyer parental, accession rapide à un travail stable, construction d'un foyer stable, rôles sociaux extrêmement forts), aujourd'hui la crise de la famille autant que la crise du salariat et du travail (sans parler de la crise de l'école) font de cette translation un temps élargi, indéterminé, intemporel.

L'articulation sur les étapes socialement reconnues ne peut plus se faire de la même manière. Les limites deviennent floues. Les rites n'existent plus vraiment ou ne sont plus accessibles à tous. D'une part, par l'effet conjoint de l'allongement des études et de la crise d'intégration de la société salariale (le travail ayant été depuis des décennies ce qui donnait en grande partie



l'identité ; le travail est bien plus symboliquement que le travail physique), et d'autre part, par le fait que ces étapes ne représentent plus aujourd'hui des repères visibles et stables de l'inscription sociale, de la reconnaissance et de la légitimation de la position d'adulte. Aussi parce que les adultes vivent eux-mêmes de grandes transformations avec perte de légitimation au cours de leur existence professionnelle, familiale et privée.

### Alors qu'est-ce que la puberté ?

Le mal-être ressenti au moment de la puberté est un phénomène normal. C'est un phénomène incontournable. Comme le disent les psychanalystes, chez tous, la première violence est pubertaire. L'adolescent se sent mal dans sa peau et mal dans son existence. Car il se trouve face à des transformations radicales : transformations physiques avec l'apparition d'un corps sexué ; transformations psychiques avec l'apparition de poussées pulsionnelles intenses, d'émotions jusqu'alors inconnues. Le corps devient le lieu de la violence, le lieu des conflits. L'adolescent n'a pas de mots pour exprimer ce qui arrive et en même temps il sent inconsciemment qu'il a désormais la possibilité physique de mettre en acte ses pulsions (violentes, sexuelles, etc.). La problématique de l'adolescent est celle de l'agir (il agit et réfléchit après car il ne sait comment faire réellement). Il agit d'une part, pour ne pas être submergé par sa passivité face aux transformations incontournables de son corps et de son psychisme, et d'autre part, pour éprouver corporellement ce qu'il ressent psychiquement. Il doit à la fois s'appropriiser (il ne se reconnaît pas) et apprivoiser l'autre (sexualité infantile : plaisir pour soi par soi ; sexualité adulte : plaisir dans relation à l'autre).

En plus de toutes ces transformations, un travail de deuil doit s'accomplir : il doit quitter, perdre, le monde de l'enfance. C'est la contradiction essentielle de l'adolescent : être dépendant des parents et se séparer des parents (à noter que la dépendance est un état du vivant et non une pathologie ; à noter que la séparation doit déjà se préparer depuis la petite enfance).

Trop près est devenu impossible, trop loin est synonyme d'abandon. Trouver son identité propre et son autonomie est le chemin nécessaire que l'adolescent doit emprunter. Alors s'opposer c'est se poser, c'est se construire. Il se sépare des images parentales identificatoires, pour trouver des images dans ses pairs ou dans d'autres adultes. Mais plus son identité va lui sembler fragile, plus il va choisir des mécanismes corporels de défense. Plus l'adolescent va générer d'insécurité autour de lui, plus cela signifie qu'il est extrêmement insécurisé à l'intérieur. Et à ce moment-là, rencontrer des adultes qui ne tiennent pas leur position d'adulte ou qui sont affolés de ce qui se passe,

renvoie à la question essentielle : « *Comment vais-je trouver les ressources en moi, si je ne peux m'appuyer sur vous, pour me sentir moins vulnérable ?* ». Sortir de l'adolescence, passer cette crise incontournable, c'est se savoir être reconnu des autres, c'est pouvoir dire qui on est, ce que l'on est, quelle place on a, etc. L'identité est ce qui va pouvoir dire qui l'on est pour toute son existence. L'identité ne s'acquiert qu'au travers de tout ce que l'on capte chez les autres en général et surtout chez les autres adultes, de tout ce que les autres nous renvoient, de la reconnaissance de notre existence. L'être humain est un être social.

Actuellement, de plus en plus d'adolescents vont mal ; il y a multiplication des symptômes chez les jeunes ; l'adolescence est en transformation dans sa forme et dans sa durée. « *Dans toutes ces conduites en apparence aberrantes, les « malades » [nous pourrions dire les adolescents] ne font que transcrire un état du groupe et rendre manifeste telle ou telle de ses constantes... Les formes de troubles mentaux [nous pourrions dire les symptômes] caractéristiques de chaque société et le pourcentage des individus qui en sont affectés, sont un élément constitutif du type particulier d'équilibre qui lui est propre.* » (Claude Lévi-Strauss). Les adolescents nous parlent aussi de la société ou soyons dialectiques, l'adolescence d'aujourd'hui est ce que la société en a fait. L'adolescence est une figure de la liberté moderne et de notre société actuelle.

### Pourquoi y a-t-il une augmentation des conduites addictives chez les adolescents de nos sociétés ?

La notion d'addiction a commencé à connaître une certaine fortune dans les années 1990, quelque vingt années après les Etats-Unis. Aujourd'hui, cette notion ne cesse de s'élargir pour toucher divers domaines de la vie publique et quotidienne (addiction aux toxiques mais aussi au jeu, au travail, au sexe, à l'amour, etc.). Tout cela pour dire la complexité de ce concept et du mot même d'addiction : ce mot ne provient pas comme beaucoup le supposent encore du terme anglo-saxon "addiction" mais du latin "addictere" dont la définition est "donner son corps en gage pour une dette impayée.". Ceci peut permettre d'éclairer la dimension pulsionnelle, la culpabilité et le rapport au corps qui est en jeu dans les addictions, sorte de contrainte de consommer ou d'agir, quel que soit le produit ou l'activité, qui engage le corps.

La drogue, ou les termes équivalents, ne désigne pas une catégorie scientifique ou pharmacologique. Elle se réfère plutôt à une catégorie qui reflète la manière dont une société a décidé de traiter une substance. Elle implique une classification des substances faite par la société, pas uniquement sur des critères scientifiques

notamment sur des critères de dangerosité. Actuellement, la frontière est ténue entre produits prescriptibles (ceux autorisés et prescrits par les médecins) et produits illicites, en tous les cas utilisés de façon illicite. En matière de poly-consommations, nous savons tous que les médicaments en font partie. Il n'en reste pas moins qu'une loi existe qui dit quels sont les produits qui sont interdits à la consommation.

Mais, globalement, ce qui compte ou plutôt ce qui pose question voire problème, ce n'est pas tant la notion de drogue ou d'addiction, mais plutôt d'usage qui a un certain stade entraîne une socialisation puis pour certains une désocialisation. Pour ma part j'aime assez la définition de la toxicomanie donnée par Olivenstein dans les années 70 : *c'est la rencontre entre un produit, un individu et un contexte social donnés. La société n'est jamais neutre dans la consommation, la dépendance ou l'addiction.* Et tout au long des sociétés, il nous semble pouvoir déceler différentes figures de consommation de produits. De la figure religieuse (où le produit sacré répondait au besoin des hommes de communiquer avec les Dieux ou les ancêtres) ou artistique (où le produit est là encore culturellement indispensable à l'imagination, à la création, au lien avec l'au-delà) les années 70 ont vu apparaître une figure plus politique du consommateur, sorte d'explorateur (entre autre de ses sensations), d'aventurier ou d'anarchiste rebelle qui manifestait ainsi son rejet de la société et pensait créer une contre culture. Dès les années 90, cette image mute en une figure que l'on pourrait décrire comme étant plus individualiste voire narcissique de la consommation.

Les addictions ou plutôt les consommations de produits psychotropes font partie de la panoplie disponible des conduites à risque, des conduites ordaliques, des mécanismes corporels de défense des adolescents d'aujourd'hui. Les poly-consommations, les poly-dépendances, les poly-addictions, sont une nouvelle et fréquente façon trouvée par les individus pour mettre en jeu leur corps, pour « *donner [leur] corps en gage pour une dette impayée.* ».

### Qu'observe-t-on ?

- Un début de consommation en groupe (groupe de pairs). Puis pour certains une consommation qui se poursuit seul.
- Une triade d'entrée par les trois produits les plus consommés que sont le tabac, l'alcool et le cannabis.
- Un abaissement de l'âge des premières consommations (10 ans-13 ans) et du recours aux soins (15 ans-18 ans).
- Une diminution du sex-ratio avec de plus en plus de jeunes filles consommatrices et demandeuses de soins.

- Une évolution des pratiques et surtout des produits consommés. Poly toxicomanie de plus en plus fréquente, association de produits licites et illicites, recherche de défonce plus fréquente.
- Le sentiment souvent relaté et décrit que consommer c'est devenir adulte : sorte de presque-rites, qui ne sont pas institutionnalisés par la société mais par le groupe de pairs. Et pour ceux qui poursuivent seuls, l'idée non pas de passage à l'acte (au sens psychiatrique ou psychanalytique du terme) mais acte de passage.

### Comment peut-on expliquer ce phénomène ?

La société dans laquelle nous vivons tous aujourd'hui que l'on nomme souvent individualiste, a un certain nombre d'obligations et peu de repères stables.

**Première obligation : l'obligation de bonheur.** Il faut être heureux. Le malheur est indécent, vécu comme un échec personnel et honteux. L'aspiration au bonheur est un droit et un devoir. Aspiration qui amène l'individu au dilemme entre possible et impossible (l'impossible étant toujours plus lointain qu'avant, les limites toujours repoussées, et je fais référence à J.P. Lebrun : la science, institution de notre société, nous laisse penser que tout est possible, que ce qui nous empêche d'aller plus loin, vers toujours plus de bonheur notamment, ce sont les connaissances scientifiques actuelles. Celles-ci ne pourront qu'être développées.) et non plus au dilemme entre permis et défendu (que représentait notamment la religion, mais surtout ce que représente tout système social : il y a des droits et des devoirs dans toutes sociétés, il y a du permis et du défendu, des ouvertures et des fermetures (morale ou éthique). Toute institution ouvre des possibilités et interdit d'autres choses. Il y a obligatoirement des droits et des devoirs, des normes, des valeurs, des règles.

Cependant, concernant le bonheur, la question n'est pas morale, philosophique ou religieuse : personne n'ose nous enseigner ou nous orienter sur ce que serait le bonheur. A vouloir que cette construction du bonheur soit de l'ordre du personnel (chacun trouvant son bonheur) et du privé uniquement, alors la question du bonheur s'est détournée sur les objets du bonheur. Le système de consommation, le consumérisme effréné, entretient cette confusion en faisant croire que tout n'est qu'apparence, et surtout en présentant les objets du bonheur comme étant le bonheur lui-même. C'est la question de l'avoir au détriment de la question de l'être. On sait que l'on est par ce que l'on a.

Mais l'homme se crée la majorité de ses besoins. Et cette question des besoins est liée à la question des institutions : c'est bien le type de société dans lequel nous vivons qui nous fait penser que nos besoins sont tels ou tels. C'est bien le type de société dans lequel nous vivons qui nous fait croire (au sens de la croyance



religieuse) que pour être heureux il faut consommer. L'identité par l'avoir.

Notre société va encore au-delà : non seulement, il y a une obligation de bonheur mais il y a aussi **une obligation de performance** (pointée par Alain Erhenberg dans ses nombreux ouvrages). Il faut être le meilleur, toujours, comme une nouvelle figure de l'égalité où chacun peut, s'il le veut vraiment et sait être à la hauteur de ses ambitions, bâtir sa fortune, se faire un nom, se valoriser : « *il s'agit, pour n'importe qui, de faire la preuve qu'il est capable de se produire lui-même* ». Qui dit se construire seul et trouver sa place au soleil, son bonheur, renvoie à une compétition puisqu'il ne peut y avoir de places toutes identiques et surtout toutes égales pour tout le monde. Qui dit réussite individuelle dit aussi échec individuel. Cet héroïsme moderne renvoie à sa propre responsabilité pour tout acte et à la dangerosité de l'autre. L'autre peut être vu comme un ennemi. L'identité par la performance.

A la perte des repères s'ajoute une crise de la symbolisation, des relations en face à face, de l'identité et de l'autorité sans précédent. L'institution et l'autorité sont au cœur même, au principe même de la société humaine. L'autorité est une dimension fondamentale de ce vivre ensemble, une dimension fondamentale du lien social. Ce sont les hommes qui instituent, qui créent ce lien social. L'autorité et l'institution sont ce qui permet à un individu d'exister en société. Une société humaine sans institution et sans autorité est inconcevable. L'autorité n'est pas seulement de l'ordre de l'institué, de l'établi, elle est aussi une force instituante, dynamique pourrait-on dire, qui permet aux hommes de vivre ensemble. L'autorité a à voir avec le passé et l'avenir, avec le temps au sens de l'époque dans laquelle on se trouve mais surtout au sens de la continuité du temps et du monde. L'autorité inscrit le politique (au sens de l'organisation de la société ou du monde) dans la durée ; elle l'ancre dans le temps. Elle garantit l'être ensemble dans le temps. Donc elle est au fondement du lien social ou du lien humain. L'autorité en tant que phénomène social, a un caractère transhistorique, voire universel : la diversité des champs d'expérience de l'autorité (politique, religieuse, parentale ou éducative, juridique) renvoie à un principe structurant, à une organisation hiérarchique nécessaire à la cohésion de toutes les sociétés, de tous les groupements humains quels qu'ils soient. Cette hiérarchie est la condition à la fois de la survie des groupes et de l'action collective des hommes. L'autorité et l'institution donnent au monde commun sa permanence, non parce qu'il est immuable, mais parce qu'il a la capacité d'être renouvelé par l'action des générations à venir. Aujourd'hui, cette autorité fondatrice de nos sociétés, est mise à mal par l'individualisme et le narcissisme. L'identité par autoengendrement.

### Comment aider les adolescents ?

Pour nous adultes, malheureusement très souvent l'adolescent renvoie soit une image de surprotection soit de stigmatisation. « *Le mouvement adolescent demeure un continent en partie immergé [surprotection], en partie défendu et incompréhensible à tout autre que lui [stigmatisation]*. » (Finkielkraut). Or, le groupe des adolescents n'est pas uni par l'interaction de ses membres, mais par l'attitude collective que la société adopte à son égard. Ce groupe de sujets en devenir est construit socialement. Son sens, ses représentations sont ceux que la société lui donne. Une grande partie des hommes et des femmes adultes mais dont les comportements peuvent emprunter encore beaucoup à l'adolescence, regardent ces Autres comme des étrangers. Ces adolescents, dépendants de la société et considérés parfois comme dangereux pour celle-ci, peuvent être désignés comme des « *hommes en trop* ». Pour certains, l'humiliation, la stigmatisation, l'hypernomie, qu'ils peuvent ressentir ne fait qu'accroître leur sentiment de ne pas appartenir au monde et leur isolement. Cette figure du bouc émissaire peut être interrogée comme celle de l'immigré, du chômeur ou du toxicomane : personne nécessaire au bon fonctionnement du système capitalo-consumériste mais désavouée par son absence de rôle reconnu, de statut, et portant symboliquement la figure du paria.

A l'opposé, pour d'autres adolescents, c'est la question de la surprotection et de l'idéalisation de la jeunesse qui peut poser problème. Il y a une grande violence cachée derrière les bonnes intentions des adultes et un poids symbolique très fort : pour l'adolescent, déjà vulnérable intérieurement, il n'est pas possible de répondre favorablement et totalement aux désirs des parents et des adultes ; comme il n'est pas possible de devenir adulte, quand les plus âgés ne vénèrent que la jeunesse.

Il nous semble que la demande des adolescents quand ils viennent nous montrer leurs souffrances, est avant tout celle d'un apprentissage par les mots, d'une mise en mots, d'une compréhension de soi et par les autres, d'une reconnaissance de soi et par les autres, d'une écoute, d'une vraie écoute au sens du réel intérêt que porte une personne à une autre personne, un sujet à un autre sujet. En quelque sorte c'est la demande d'une forme d'humanité !! Si les personnes proches et affectivement importantes, n'entourent pas l'adolescent, ne reconnaissent pas sa singularité, n'estiment pas sa valeur, ne lui montrent pas les ressources dont il peut être fier, la poursuite des conduites destructrices (qui sont aussi celles qui leur permettent de continuer à vivre) n'en sera que plus brutale et plus destructrice.

D'autres personnes peuvent prendre cette place mais le travail sera plus long et il s'agira pour l'adolescent

d'apprendre à créer, d'apprendre à s'aimer et aussi à se projeter dans l'avenir et dans le monde. Les soignants, qui peuvent être aussi ces autres personnes, doivent s'installer dans le temps, donner du temps, dire le temps et la patience nécessaires, se projeter dans l'accompagnement et être là, être avec. Enfin, il s'agit aussi pour eux d'être un adulte en face d'un être en devenir, sans qu'une étiquette (notamment celle de toxicomane ou de malade) ne vienne enfermer le sujet que cet adolescent essaye de construire. Certes, il est plus facile au moment de l'adolescence de prendre la première identité possible (fut-elle celle d'un pestiféré) plutôt que d'affronter la peur et de trouver les mots pour dire que sa propre identité est vacillante. Mais c'est à nous adultes et soignants d'aider à cette construction et de permettre que les mots, enfin, viennent exprimer toutes les émotions et peurs.

A nous donc de travailler et de penser ensemble pour construire le monde commun dans lequel les hommes vivent. Car si nous pouvons nous poser la question « *Quel monde allons-nous laisser à nos enfants ?* » il ne nous faut pas oublier celle qui est « *A quels enfants allons-nous laisser le monde ?* ». Et je fais mienne cette phrase de Ricœur « *Je reporte sur ceux qui viendront après moi la tâche de prendre la relève de mon désir d'être, de mon effort pour exister, dans le temps des vivants.* »

#### BIBLIOGRAPHIE

- Hannah Arendt : *La crise de la culture* (Folio Poche) ; *Condition de l'homme moderne* (Essai poche)  
 Myriam Revault d'Allonnes : *Le pouvoir des commencements. Essai sur l'autorité*. (Seuil) (2006)  
 Alain Erhenberg : *Individus sous influence* (Esprit)  
     *Le culte de la performance* (Pluriel)  
     *L'individu incertain* (Pluriel)  
     *La fatigue d'être soi* (Odile Jacob)  
 Robert Nisbet : *La tradition sociologique* (PUF)  
 Charles Wright-Mills : *L'imagination sociologique* (La Découverte Poche)  
 Sigmund Freud : *Le malaise dans la culture* (PUF)  
 Georg Simmel : *Les pauvres* (PUF)  
 Gilles Lipovetky : *L'ère du vide* (Folio Poche)  
 JB de Foucauld : *Une société en quête de sens* (Jacob Poche) D Piveteau  
 David Le Breton : *Passions du risque* (Métaillé)  
*Conduites à risque* (PUF)  
*L'adolescence à risque* (Autrement)  
 Mac Dougall : *Anorexie, addiction et fragilités narcissiques* (PUF) Marinov  
 Howard S. Becker : *Qu'est-ce qu'une drogue ?* (Atlantica)  
 Collectif : *L'esprit des drogues* (Autrement)  
 Michel Hautefeuille : *Drogues à la carte* (Payot)  
 P Angel : *Toxicomanies* (Masson) D Richard  
 OFDT : *Drogues et dépendances 2002* (OFDT)  
 Mana 4 : *Vulnérabilité et technosciences* (PUC)  
 Mana 8 : *Drogues : nouveaux regards, nouveaux défis* (PUC)  
 Huerre : *L'adolescence n'existe pas ; Ni ange, ni sauvage ; Cannabis et adolescence ;*  
 Finkielkraut : *La défaite de la pensée.*  
 Cadoret : *Le paradigme adolescent.*



**Dr Durand**

Psychiatre, Médecin-chef du département d'Addictologie Cherbourg



**Dr Faivre**

Psychiatre, CH, Vire



# PRÉVENIR, ACCUEILLIR, TRAITER L'AGITATION

## APPLICATION DE LA PROCEDURE DE SIGNALEMENT D'INCIDENT – ACCIDENT AUX ACTES DE VIOLENCE

*La Fiche générale de signalement d'incident-accident mise en place par l'établissement est l'outil central de la procédure de signalement. Elle permet, dans le cadre d'une gestion globale des risques de recueillir, identifier, analyser et traiter les risques afin de les réduire au maximum.*

**Deux exemples pratiques d'application de la procédure, à réception de la fiche de signalement par le service qualité :**

**1) Événement concerné :** Agression par un patient, d'un professionnel non soignant, avec menace de mort par égorgement :

- Direction sollicitée (Responsable qualité) ;
- Information du Responsable du service d'accueil du patient (Directeur) ;
- Déclaration à l'Observatoire des violences hospitalières de Basse Normandie (Responsable qualité) ;
- Demande d'informations complémentaires au référent violence de l'établissement (Observatoire violence de l'Agence Régionale d'Hospitalisation) ;
- Informations complémentaires apportées à l'observatoire régional violence (réfèrent violence de l'établissement) ;
- Dépôt de plainte (Direction).

> **Affaire en cours au TGI d'Alençon**

**2) Événement concerné :** Agression verbale et physique d'un professionnel soignant, par un patient en refus de soins, avec insultes, violences envers l'équipe infirmière :

- Courrier adressé au Directeur (Cadre du service) ;
- Courrier adressé au responsable qualité pour suivi (Directeur) ;
- Mise en place d'un groupe de travail composée comme suit : Directeur, Directeur des soins, Responsable qualité, CSS, CS, Agent agressé (Responsable qualité) ;

Mission du groupe de travail :

- Analyser les causes de la survenue de cette situation de violence ;
- Réfléchir aux actions d'amélioration à mettre en œuvre.

Travail réalisé par le groupe :

- Elaboration de l'arbre des causes avec identification des causes principales sur lesquelles il était possible d'agir ;
- Propositions d'actions d'amélioration avec calendrier de mise en œuvre (Informer le patient sur les bénéfices et risques du traitement ainsi que sur les conséquences en cas d'arrêt, Accélérer la prise en charge médicale et paramédicale, Reprendre l'événement, Harmoniser la formation des médecins et professionnels soignants...).



**Françoise BRIERE**

Cadre de Santé  
CPO Alençon



**Eudèse LUCINA**

Responsable Qualité  
CPO Alençon



**Dominique DARY**

Psychologue  
CPO Alençon



**Nicolas RIVIERE**

Infirmier  
CPO Alençon



**Marina THUILLIER**

Infirmière - CPO Alençon

## CHRONIQUE D'UN CMP ORDINAIRE

*Exposé d'une première vignette clinique par Marina THUILLIER, infirmière et Dominique DARY, psychologue, puis d'une deuxième par Nicolas RIVIERE, infirmier.*

*L'idée des « chroniques d'un CMP ordinaire » fait allusion aux « chroniques de la haine ordinaire » de Pierre DESPROGES, qui était connu pour être, je cite, « méchamment drôle et drôlement méchant ». Il maniait l'humour et l'agressivité pour faire ressortir des vérités qui dérangent.*

*L'agitation nous saisit aussi de certaines vérités qui dérangent, mais en dehors du maniement du langage, en dehors de la parole.*

*C'est le cas de la patiente dont nous allons vous parler Marina et moi. Il s'agit de Madame L.*

### 1- Mon entretien avec Madame L.

Madame L. est arrivée ponctuelle à l'entretien, et souriante, comme le plus souvent. Mais elle dépassait les bornes à tout point de vue, se rendait insupportable, et pourtant restait là.

- Son maître mot était « plus rien à foutre de rien ». Alors que la semaine précédente elle en arrivait à prendre sa vie en main, et elle en était fière.

- Chez elle, elle avait écouté en boucle le CD ayant servi à la crémation de son beau-père (beau-père qu'elle aimait). Elle pensait se pendre en retournant chez elle. Elle avait préparé un SMS à sa mère lui faisant savoir « qu'elle allait rejoindre ce beau-père ». Mais c'est à moi pour l'instant qu'elle faisait état du passage à l'acte suicidaire.

- Son alcoolisation était évidente, et elle se disait « prête à racheter une autre bouteille ». Elle exhibait son ventre amaigri. Elle montrait sa brûlure suintante à la main. Mais pas dans un état d'urgence, car dans le même temps elle restait attentive, et semblait guetter mes réactions.

- Sa cascade démonstrative nous a délogées du bureau. En effet, elle n'a plus tenu sur sa chaise. Elle s'est mise à déambuler dans le couloir, penchant du côté du bureau infirmier ; ce qui m'a mis la puce à l'oreille pour lui proposer une hospitalisation. Elle a refusé en partant aussitôt. Je l'ai retenue dans la salle d'attente, pendant que je faisais appel aux infirmiers pour envisager la suite des choses, et ne pas rester dans l'impasse. Il était hors de question de la laisser partir dans son état de dangerosité. Et finalement, entre-temps, elle attendait plus patiemment. Comme apaisée que les choses se déroulent autrement.

### Entretien à trois

Avec une nouvelle proposition d'être hospitalisée qu'elle a refusée. Puis négociation, d'abord pour récupérer les clefs de son véhicule. Proposition de la raccompagner chez elle.

Face à tous ses refus nous avons pris la décision d'un rappel à la loi et l'avons informée que si elle repartait en voiture, nous serions obligées, face à sa dangerosité pour les autres et pour elle-même, de contacter le commissariat.

Madame L. est partie en nous disant « faites », en claquant la porte, et comme une furie au volant. Dominique a contacté le commissariat.

Madame L. est rentrée chez elle, puis a appelé au CMP pour me dire qu'elle était bien rentrée et qu'elle avait fait très attention sur la route. Et m'informer qu'elle ne reviendrait plus au CMP, tout en me disant au revoir et à lundi (RDV fixé).



## **Le contexte juste auparavant donne une idée de la répétition en jeu**

Madame L. s'était présentée ce jour-là au CMP environ 1h avant son rendez-vous avec Dominique. Elle était visiblement alcoolisée et n'a pas nié. Elle disait de nouveau vouloir en finir avec la vie, et qu'elle n'avait plus rien à perdre. Elle avait bien sûr refusé ma proposition d'être hospitalisée et avait quitté le CMP en voiture à grand bruit de pneus, pour revenir 20 mn après rencontrer Dominique.

## **Qui est Madame L. ? à notre connaissance**

Madame L., femme de 41 ans est suivie par le secteur depuis Juillet 2003.  
Mère de deux jeunes enfants dont la garde a été confiée au père.  
Ancienne ambulancière.  
Madame L. est issue d'une fratrie de 4 enfants : deux frères aînés et une sœur jumelle.

## **Ses antécédents**

- Arthroïdèse dorsale opérée à deux reprises suite à un AVP ;
  - Plusieurs fractures du scaphoïde + chevilles suite à coups donnés dans les murs
  - Toxicomanie aux antalgiques morphiniques
  - Plusieurs TS par IMV dont une ayant entraîné une insuffisance rénale aigüe et des troubles neurologiques avec paralysie des membres inférieurs.
  - Troubles alimentaires : ne s'alimente pas pendant plusieurs jours
  - Alcoolisation
- Madame L. a été hospitalisée à 9 reprises au CPO, aussi bien en HL qu'en HDT mais presque toujours sortie contre avis médical.

## **Son lien avec les infirmiers**

Lorsque je me suis penchée sur la prise en charge de Madame L. afin de préparer cette journée, j'ai eu beaucoup de mal à me concentrer. Ses différents agissements me sont venus à l'esprit de façon désordonnée :

- Tout d'abord pour l'avoir connue en service, son intolérance à la frustration : « ses coups de gueule », les portes qui claquent...
- Ensuite ses nombreuses venues au CMP sur la permanence en dehors des RDV avec ma collègue qui était référente à ce moment-là et qui ont nécessité un recadrage médical.
- Ses appels téléphoniques s'excusant de ne pas être en état de venir après absorption de médicaments et/ou d'alcool.

- Ses nombreux passages aux urgences avec intervention de la psychiatrie de liaison puis parfois au CMP en complément.
- Ses venues au CMP alcoolisée, « surmédicamentée ».
- Interventions au domicile en catastrophe après appel de la mère ou de la voisine suite à des menaces suicidaires.
- Lors des entretiens, sa difficulté parfois à se poser.
- Ses courriers d'adieu qu'elle déposait dans la boîte aux lettres du CMP, pour ma collègue le plus souvent le vendredi soir.

Pour connaître Madame L. depuis 5 ans maintenant, j'ai pu constater qu'elle projette sur certains soignants de l'attachement et sur d'autres de l'agacement voire un certain rejet et elle peut facilement diviser une équipe de ce point de vue-là.

Madame L. finit toujours par choisir ses interlocuteurs en service ou au CMP et nous l'acceptons ou non. Mais en général son choix se porte forcément sur le soignant avec qui cela passera.

## **Le contexte de notre prise en charge associée**

Marina et moi faisons le suivi de Madame L., en nous coordonnant, chacune selon notre rôle. Quand nous avons dû gérer ce débordement, notre démarche vis-à-vis d'elle n'avait pas été anticipée, comme on peut le prévoir parfois pour d'autres situations, mais ses excès et son exagération nous ont résolues en même temps l'une et l'autre à fixer les conditions qui s'imposaient, donc lui indiquer nos propres limites. Rien n'était formulé au hasard, car malgré son alcoolisation, étrangement elle se montrait attentive.

Cela survenait à un moment donné des entretiens qu'elle avait avec moi, depuis 1 an.

Il était habituel qu'elle se montre sous un mauvais jour, et que soudainement elle se reprenne en main. Elle verbalisait au gré des événements, et pas tant au fil des associations comme on pouvait s'y attendre selon la demande. Donc, des questions restaient en suspens.

Déjà par ses agissements elle nous faisait parler d'elle entre nous, les différents soignants. Il ne s'agissait pas d'agitation flagrante, mais d'une agressivité trompeuse, et parfois d'une tranquillité inquiétante, laissant pressentir que quelque chose pouvait ou risquait de se passer. C'est ce qui était verbalisé avec elle pour ne pas subir l'angoisse latente. C'est ce que nous reprenions aussi entre nous les soignants pour s'interroger sur ce qu'elle « nous faisait ressentir ». Une expression souvent employée au sujet des patients, « ce qu'il ou elle nous a fait », qui montre la manière dont la relation s'investit de part et d'autre.

Madame L. a un humour noir. Elle est caustique et à la fois charmeuse en jouant sur certains contrastes et paradoxes. Elle se montrait souffrante, et en plaisantait, comme trouvant un plaisir à ce double jeu. Des douleurs réelles la faisaient se plaindre et ne pas tenir en place sur sa chaise. Mais ce qu'elle m'adressait en entretien n'était pas à entendre selon cet aspect-là. C'est plutôt qu'elle ne tenait à rien, que de son état elle n'en avait rien à faire, des autres non plus, plus d'attachement, plus rien à perdre.

Elle était dans son passage à l'acte. Nos moyens de réagir étaient donc délicats, et ce qu'on allait relancer devait s'attacher au moindre détail. On engageait notre responsabilité dans ce qu'on disait et ce qu'on faisait, qui pouvait ne pas être sans incidence.

## En conclusion

Depuis, Madame L. est revenue au CMP, quelques fois encore alcoolisée mais à pied !

Et sait nous remercier de façon détournée d'avoir pu la stopper.

Ses agissements nous faisaient comprendre qu'il fallait que cessent les répétitions. Elle n'en avait pas fini de régler des comptes dans son histoire : une histoire incestueuse. Et elle nous interpellait à ce sujet, mais par le biais de son comportement. Donc les questions qui nous occupaient en gérant une situation plus critique que d'ordinaire : pourquoi s'en remettait-elle à nous ? Ou plutôt contre qui ? Et contre quoi ? Vu son opposition et son agressivité. Elle nous mettait face à un échec thérapeutique, et nous interpellait du côté de la loi.

Ce n'était pas un hasard qu'il eût fallu poser avec elle le sens de la loi qui s'applique la même pour tous.

En faisant cesser son passage à l'acte suicidaire, nous avons été amenées à tenir parole (dans les deux sens du terme). D'ici à ce que cessent ses répétitions destructrices, c'est encore en question dans la suite de notre travail. Notre certitude est d'avoir gagné en confiance pour arriver à reprendre des questions essentielles : relativement à son vécu incestueux, pourquoi n'a-t-elle pas fait condamner son frère ? Et relativement à ses passages à l'acte, que veut-elle suicider, tuer, en elle ? Ou qui en elle veut-elle tuer ? Dont son agitation répétitive la détourne.

Nous traitons de ces questions-là au plan thérapeutique, mais cela nous renvoie aux limites du soin, car sa conduite délinquante fait plutôt intervenir la loi, dans le réel.

## En discussion

L'ambiguïté des patients nous renvoie à des limites : du rapport au soin et du rapport à la loi, et renvoient nos limites thérapeutiques.

## 2- L'histoire de Sylvie

Sylvie est âgée de 42 ans. Elle est mariée et mère de deux filles, une de 16 ans et une de 22 ans partie en faculté faire des études de psychologie.

Cette femme, à la personnalité immature, a eu une enfance douloureuse et traumatique (violence d'un père alcoolique et abus sexuels du grand-père). Elle est la cinquième d'une fratrie de 8, famille qu'elle ne côtoie plus trop d'ailleurs.

Elle éprouve de nombreuses difficultés à trouver sa place dans sa famille et à se réaliser en tant que mère. Difficultés qu'elle manifeste par de l'agressivité et de la colère auprès de ses filles. Le couple, dont les conflits sont récurrents fonctionne dans une relation parent-enfant où le mari, infantilisant et autoritaire jouerait le rôle du père. Autorité qu'elle brave par ses crises d'agitation régulières en public et des relations extra-conjugales répétées.

Elle est hospitalisée pour la première fois en psychiatrie en 2003, pendant 15 jours, suite à une IMV et un épisode pseudo délirant sur une structure névrotique histrionique sous influence de stupéfiants.

Elle est prise en charge par le CMP d'Argentan à sa sortie (un changement de psychiatre aura lieu à cause de harcèlement érotomaniaque subi par le médecin).

Bien que le contexte familial reste complexe, dans lequel les intervenants sont nombreux :

- Suivi CMP du mari
- Suivi CMP enfant pour la fille cadette qui souffre d'encoprésie grave depuis ses 5 ans
- Thérapie familiale
- Intervenants sociaux,

elle poursuit son suivi avec assiduité et fait un réel travail sur elle-même (sur son passé et l'identification au père et la difficulté du deuil, la place de la mère passivement maltraitante, sa place de mère et sa position de soumission à l'égard du mari...) avec des nets changements dans la présentation (abandon du style gothique) et l'attitude (quasi-disparition des crises).

## La crise d'agitation

Un après-midi, Sylvie se présente au CMP, elle est blanche, tremblante, les larmes aux yeux. Elle demande très énervée un rendez-vous en urgence avec son médecin. Elle se met soudain à hurler et à balancer tous les objets de la salle d'attente, devant la secrétaire et l'infirmier de permanence.

Alerté par le bruit et l'agitation, le médecin arrive et questionne la patiente qui continue à crier et sort de son sac un cutter avec lequel elle menace de se trancher la gorge.

Elle hurle qu'on veut lui retirer sa fille de 14 ans et qu'elle préfère mourir !



## PRÉVENIR, ACCUEILLIR, TRAITER L'AGITATION ALENÇON, 10 JUIN 2008

Les autres patients présents, sous le choc, n'osent plus bouger. L'équipe parvient à la maintenir physiquement et à se saisir du cutter. En lui parlant calmement, la situation s'apaise ce qui permet de l'emmener à l'écart dans la salle de soins. Elle s'est légèrement coupée au niveau du cou.

Après un bon moment d'écoute et de discussion pour la rassurer, elle accepte d'être accompagnée aux urgences, afin d'envisager une hospitalisation dont elle est finalement demandeuse.

Elle sent la nécessité de se protéger d'elle-même et de s'éloigner de son milieu familial afin de prendre du recul.

Une fois prise en charge aux urgences, elle est calme et rassurée d'être entourée et hospitalisée. Il est de nouveau possible d'avoir une discussion posée avec elle, où elle expose le malaise familial, les tensions avec son mari, ses propres difficultés et ce qui peut se passer si la situation actuelle dure.

Une nouvelle crise importante éclate quand le mari arrive et s'oppose à l'hospitalisation de sa femme.

L'agitation devient alors de l'agressivité dont la violence nécessite l'intervention de plusieurs soignants des urgences et la contention physique, puis l'HDT de Sylvie en psychiatrie.





# ACCOMPAGNEMENT AU LONG COURS : RELAIS OU ABANDON ?

## PONTORSON, 23 OCTOBRE 2008



**Anne-Lise Chrétien**  
Psychologue  
CH de l'Estran  
Pontorson

### LE LIEN D'UN LIEU A L'AUTRE

*L'unité de sociothérapie propose différentes médiations, différents espaces pour accueillir, accompagner, soutenir, favoriser les productions et inventions des patients qui apaisent leur rapport au monde et peut favoriser leur arrimage social. Certains patients arrivent à « bricoler » une solution qui leur est propre et peuvent se constituer des moments d'accroches avec un soignant ou un médiateur. Ces rencontres possibles servent de points d'appui durant lesquelles peut s'opérer un apaisement du rapport difficile aux autres, un soulagement des débordements pulsionnels... L'unité de sociothérapie est l'un des vecteurs possibles parmi d'autres, de cette mise au travail des patients.*

### L'unité de sociothérapie

Le 17 mai 2004, sous l'impulsion du Docteur Marguerite Colin, l'unité de sociothérapie à visée transversale voit le jour à l'hôpital de l'Estran à Pontorson. Celle-ci fait suite à l'ergothérapie d'antan dont la vocation était essentiellement occupationnelle sans démarche et analyse clinique au regard de ce que les patients pouvaient élaborer psychiquement au sein des activités. Il n'y avait ni médecin, ni psychologue. Ce refondement est important pour l'équipe qui, d'une part, se sentait isolée et, d'autre part, souhaitait travailler et échanger avec les unités de soin. De par la position professionnelle qu'il occupe, tout un chacun dans l'institution peut se faire partenaire d'une activité, support au lien transférentiel. Nous avons travaillé à plusieurs pour mettre en place cette unité durant plusieurs mois et notre réflexion se poursuit toujours...

C'est vrai que l'on peut se dire que la sociothérapie, quand même, permet d'occuper les patients ! Effectivement, les soignants accompagnent ces derniers à la piscine, au théâtre, à la poterie, à la pâtisserie, à la projection de film... Et tant d'autres choses encore. Que font les patients et les soignants durant ces différentes activités ? Tout cela semble bien mystérieux ! A quoi tout cela sert-il au fond ?

D'une part, l'unité de sociothérapie a pour particularité de favoriser l'émergence d'un travail en commun entre les différentes structures institutionnelles en réintroduisant au cœur du débat le patient comme acteur principal de sa prise en charge dans une démarche globale de soin. D'autre part, la participation des patients aux activités peut les aider dans leur reconstruction psychique. Penser les activités uniquement qu'occupationnelles c'est méconnaître qu'elles sont aussi un support pour que quelque chose d'autre se travaille pour le patient. La piscine peut aider à reconstruire le schéma corporel des personnes, le vélo à s'orienter dans l'espace, la cuisine à organiser sa

pensée pour réaliser une recette. La sociothérapie est une autre alternative aux soins traditionnels avec une utilisation de médiateurs, vecteurs de la re-subjectivation, de la désinstitutionnalisation et de la resocialisation.

### Dispositif de l'unité de sociothérapie

- L'unité est composée d'une équipe pluridisciplinaire : un médecin psychiatre, un psychologue, un cadre infirmier, une secrétaire, des infirmiers, des aides soignants, un ASH, des intervenants extérieurs (artiste peintre et comédien).
- La population accueillie est celle du Pôle de santé mentale. Avec pour particularité d'accueillir, tant les patients de l'Intra hospitalier (Service long cours et admissions) que les patients de l'Extra hospitalier en ambulatoire.
- Le Fonctionnement et le protocole d'admission des patients dans l'unité : Protocoler l'accès des patients aux médiations est un moyen pour les différents professionnels de l'unité de sociothérapie de mobiliser les équipes autour de ce soin.

Pour ce faire, une feuille de liaison est adressée au psychologue afin que ce dernier rencontre l'équipe de soin pour recueillir les informations sur la vie psychique du patient. Si le patient est d'accord, il rencontre le psychologue afin de mettre en place un planning individualisé. Son utilisation orientée dans un souci thérapeutique permet d'adapter le choix des activités selon la logique psychique du patient. Des rencontres ont lieu autant de fois que le patient le souhaite afin de l'accompagner dans sa prise en charge tout au long de son hospitalisation et peut se poursuivre à sa sortie. De fait, la participation aux activités s'élabore au sein d'un projet thérapeutique individualisé en collaboration avec les différentes équipes et le patient lui-même.



La démarche clinique prend sa valeur grâce à une réflexion multidimensionnelle de l'institution. Les intervenants de l'unité de sociothérapie se réunissent plusieurs fois par semaine pour repérer l'effet que produisent les médiateurs sur la vie psychique du patient. Cela permet à l'équipe d'être en consonance avec le travail mis en œuvre par les patients. Un travail de restitution est proposé aux équipes de soin lors des réunions de synthèse, des staffs hebdomadaires, diverses rencontres avec les soignants des services. Ces circuits d'échanges favorisent le repérage de la logique spécifique du patient dans son travail avec les médiateurs.

- **Structures et lieux d'accueil** : De par son histoire et sa philosophie, l'unité se compose de plusieurs lieux d'adresse au sein desquels le patient peut se repérer et trouver des espaces variés pour tisser du lien social. Ce sont des espaces favorisant des échanges privilégiés avec les patients pour faire émerger une parole singulière et accueillir les symptômes en dehors d'une observance purement médicale. De par leurs diversités et leurs spécificités, ces lieux deviennent les témoins d'une clinique particulière. En effet, au travers de ces différents lieux certains patients se fabriquent un véritable circuit pour traiter leur relation aux autres, leur rapport à l'espace et au temps, leur rapport à l'institution parfois vécue comme persécutrice.

Nous proposons donc les lieux d'accueil suivants :

- **Intra-hospitalier** : Des ateliers « thérapeutiques », un gymnase, une artisanerie, une cafétéria, un laboratoire de photographie.
- **Extra-hospitalier** : le CTA (centre thérapeutique Agricole), l'ex CATTP, toutes les activités qui se passent hors de l'hôpital.
- **Au « bord » de l'hôpital** : Un atelier d'arts plastiques nommé « courants d'air », une maison nommée « la maison du piano ». Ni tout à fait dedans parce qu'on y entre par la rue de la ville, ni tout à fait dehors parce que situés dans l'hôpital.

Les lieux ne peuvent bien sûr se suffire à eux-mêmes bien qu'ils soient pour la plupart empreints d'une histoire et d'une symbolique particulière. La personnalité du soignant laisse aussi sa trace et permet que le lieu soit investi ou non. On entend souvent les patients dire: « je vais chez untel » comme s'ils disaient : « je vais rendre visite » Le lieu n'existe qu'au titre de ce que les soignants y proposent et en fonction de la place possible que ceux-ci laissent au « visiteur ».

- **Les médiations** : Une médiation est un support, un prétexte à la rencontre faisant tiers dans la relation entre soignants et soignés. Bien que nous utilisions parfois les deux termes, nous préférons présenter dans ce chapitre notre outil de travail sous le vocable « médiation » plutôt qu'« activité » pour indiquer notre

position clinique prête à accueillir les trouvailles des patients, prête à se laisser surprendre.

Le Larousse donne la définition suivante du terme « médiation » : *(du latin mediatio; de mediare ; s'interposer entre deux parties). Une entremise pour amener un accord : offrir sa médiation. Par extension en philosophie : Articulation entre deux êtres ou deux termes au sein d'un processus dialectique ou dans un raisonnement).*

En effet, le maniement institutionnel de la médiation est orienté comme un « entre deux », un intermédiaire, un outil de communication entre le sujet et ce qui le persécute, entre le patient et le soignant. Elle permet au sujet de trouver un chemin de dire, de favoriser l'émergence de sa parole singulière ou encore de son silence. Le soignant consent par l'entremise de la médiation à occuper une place de témoin pour signifier au patient que ses élaborations et ses signifiants ont une adresse. Une adresse qui va entendre le dire et tenter que cela se médiatise pour le sujet en réseau de relations signifiantes. Savoir accueillir la parole du patient c'est se faire le partenaire auprès duquel le sujet peut vérifier qu'il a sa place d'énonciateur.

Si la médiation permet au patient d'être dans un bain de langage, elle est aussi là pour soutenir ses constructions. Pour que le soignant devienne partenaire de l'opération de production du sujet. Il doit pouvoir se laisser surprendre par l'inventivité de la personne et aussi se laisser enseigner. De fait, les soignants sont supposés assumer une position clinique en n'incarnant pas un savoir faire. Pour autant, cela ne veut pas dire laisser faire « n'importe comment ». Mais accompagner, articuler, discuter, conseiller pour se servir d'un savoir faire qui s'adapte à celui du patient. Loin de lui imposer quelque chose, cela consiste à faire confiance au patient quand il invente ses propres solutions, les identifier quand elles émergent et repérer leur fonction pour ne pas les contrer.

Travailler la question des points d'ancrage nous a permis de saisir comment un sujet pouvait s'arrimer en institution à partir de la contingence d'une rencontre. Nombre de sujets sont au travail et en tant que soignants, nous sommes attentifs aux constructions, aux trouvailles de nos patients afin de les soutenir dans leurs démarches ou tout simplement tenter d'apaiser un peu leur angoisse mortifère. Cela s'inscrit dans une clinique du détail qui consiste à repérer ces dites solutions et à permettre aux patients de les articuler dans le lien social.

## Relais ou abandon

L'unité de sociothérapie s'inscrit très clairement dans une démarche de soin au long cours en proposant une grande souplesse de prise en charge au patient. Elle essaie de travailler en réseau avec les différents professionnels tant de l'intra hospitalier qu'avec les structures extérieures une fois que les patients sont

sortis de l'hôpital. Elle offre la possibilité aux patients qui vivent dans leur propre domicile de poursuivre ou de commencer des médiations qui vont servir de point d'appui à leur quotidien pour s'inscrire dans la cité. Par exemple: Mme D vit dans son domicile et a toujours fait échouer ses différentes prises en charges (HDJ, CATTP, VAD) en épuisant les équipes. Son médecin psychiatre lui a proposé une prise en charge au sein de l'unité. Nous constatons aujourd'hui que cette personne s'est organisée un circuit dans et hors de l'hôpital qui lui permet de pacifier sa persécution et d'être dans le lien social avec les soignants de l'unité. C'est parce qu'elle peut revenir dans l'enceinte hospitalière plusieurs fois par semaine qu'elle tient à l'extérieur et peut travailler ce qui l'envahit.

Est-il possible alors de faire coïncider les trouvailles, les solutions des patients avec un idéal social et institutionnel? Comment travailler face à certaines demandes idéalisées sachant que le patient ne pourra y répondre? La logique sociale est parfois antinomique

de la logique subjective du patient. Les médiations ne sont pas des outils de production mais des outils favorisant les constructions des patients pour qu'ils puissent rassembler les morceaux de leur mal être et, si possible, reprendre une place dans la société. Il est donc aisé de comprendre la difficulté pour ces personnes de répondre à des impératifs extrêmement orchestrés et exigeants qu'impose la société.

L'unité de sociothérapie peut effectivement aider, accompagner un projet, favoriser l'insertion dans la cité. Il est vrai que le signifiant « sociothérapie » peut faire penser que cela consiste à travailler uniquement la réinsertion sociale. Or, insérer à tout prix, conduit à abandonner le patient car il y a une non prise en compte de ses difficultés psychiques. D'où l'importance du travail en réseau et donc du relais assorti d'un questionnement clinique à propos de ce qui est à l'œuvre chez le patient. Cela peut prendre des semaines, voire des années. Le relais c'est consentir à être au plus près du travail entrepris par le patient.



## COURTS-CIRCUITS

*Quel chemin! Quel parcours labyrinthique semé d'allers et de retours, de projets, de souhaits, de tentatives. N'est-ce pas toute la difficulté de notre travail en institution que d'avoir affaire avec l'ambivalence de certains de nos patients? Symptôme psychique fréquent dans la prise en charge au long cours.*

### Que fait M. N. ?

Il part, il revient, il essaie, il exprime des envies, répond à la demande à sa façon, fait des trouvailles, invente, refuse, s'exprime. De son discours peut-être arrive-t-on à extraire un point d'accroche du côté de la famille d'accueil. Un jour M. N. me dit : « Une maman, c'est fait pour s'occuper de son enfant et pour lui chanter des berceuses ». Cependant, la logique subjective de M. N. rappelle à l'ordre régulièrement les acteurs de sa prise en charge pour leur signifier combien il est aux prises avec de réelles difficultés qui lui sont singulières.

Dans l'hôpital, M. N. interpelle les gens de façon informelle. Il est là quand on ne l'attend pas et ne vient pas quand on l'attend. Il s'adresse à nous parfois angoissé quand il nous voit passer. Nous pose une question qui semble importante pour lui. Rassuré par la parole plus que par la réponse, il repart aussi rapidement qu'il nous a interpellés. Parfois, il s'accroche, s'agrippe à notre cou en nous faisant une série de compliments. Voyant les gens très mal à l'aise il s'esclaffe d'un joyeux rire laissant aussitôt place à son absence de façon tout aussi spectaculaire.

M. N. participe aux activités de l'hôpital depuis un peu

plus de vingt ans. Cela a commencé du temps de l'ergothérapie. Il a porté le bleu de travail et recevait le pécule alloué aux patients lorsque cela se pratiquait. M. N. semble avoir essayé toutes les médiations. Ferronnerie, peinture en bâtiment et jardinage de l'hôpital, ferme thérapeutique, cuir, poterie, équithérapie, arts plastiques, théâtre, cuisine etc. Il connaît chaque lieu d'accueil de l'unité de sociothérapie, chaque médiation, chaque soignant.

J'ai rencontré deux fois M. N. à la demande de son unité d'hospitalisation pour faire le point dans sa prise en charge en sociothérapie. C'était en 2004 lors de son retour du foyer occupationnel. Ces deux rencontres avec M. N. ont été d'une rapidité extrême, d'environ dix minutes. Chaque fois, ce peu de temps lui permettait d'engloutir un paquet de gâteaux semblant lui permettre de fermer tous contacts verbaux et faire barrage à notre rencontre manifestement persécutrice. Entre chaque gâteau il pouvait dire: « j'ai peur de partir d'ici, je veux rester à l'hôpital, je finirai ma vie à la maison de retraite d'ici ». « Je continue ce que je faisais avant de partir » débitant inaudiblement une liste d'activités. Deux secondes après il refermait la porte derrière lui.



Je me retrouvais là dans une odeur de gâteaux au chocolat, des miettes plein mon bureau, avec, en écho, quelques mots lâchés tels des notes de musiques suspendues dans cet espace qu'est mon bureau. Nos rencontres se présentaient manifestement comme porteuses d'un projet, d'un départ, dont je pouvais constituer l'un des vecteurs et cela lui était insupportable. Je comprenais que je rencontrerai M. N. par hasard, au détour d'une allée, d'un atelier, d'un escalier comme cela s'était toujours passé, quand lui le déciderait.

Depuis, M. N. poursuit quelques médiations de son choix. Il a sa place, ses habitudes, des relations auprès de certains soignants de la sociothérapie. Depuis un an et demi, lors de la création d'un nouvel atelier théâtre, son unité lui a proposé de participer à cette médiation qu'il semblait apprécier à une époque. Occasion pour moi de le rencontrer autrement dans la mesure où je participe à cette activité avec l'aide d'autres collègues et d'une comédienne. Au début, M. N. passait le temps des séances à s'enfuir, à rentrer dans le service. Le service le renvoyait, il repartait, revenait, descendait fumer, demandait l'heure en permanence pour s'assurer que la fin de la séance approchait. Un jour sur le chemin je rencontre M. N. qui allait au théâtre. Il m'interpelle tout en marchant « Je veux pas y aller, j'y vais pas » Je lui demande : « Avez-vous peur de ne pas rentrer dans le service? » Il me répond « oui, j'ai peur » Je lui propose, s'il le souhaite, de le prévenir de la fin de la séance dix minutes avant et aussi de le raccompagner à la fin de l'activité au service, lieu dans lequel il est attendu. M. N. me répond : « d'accord ». Je l'ai juste raccompagné deux fois et depuis, rassuré par ce dispositif lui indiquant des repères face à ce réel incontrôlable que représentait cette nouvelle médiation, cet espace inconnu, M. N. peut venir au théâtre. Dès lors, il est l'un de nos plus fidèles comédiens. Au début M. N. venait essentiellement pour nous montrer ses pitreries, ses grimaces, qu'il lui était impossible de dissocier d'un jeu théâtral. C'était sa tentative à lui de s'adresser aux autres sans que cela s'inscrive dans le lien social. Progressivement, il a pu se mettre au travail en tenant compte des remarques pour commencer à jouer, non tout seul face aux autres, mais avec des partenaires. Aujourd'hui, il écoute et tient compte des autres comédiens. Il repère que son jeu de scène a du sens pour les autres. Tout en faisant preuve d'imagination, il lui arrive aussi d'aider ses partenaires. M. N. utilise toujours les grimaces comme paravent au contact avec les autres mais il sait s'arrêter quand il le faut en distinguant ses pantomimes du jeu de scène. Le théâtre lui propose un cadre sur lequel s'appuyer, suffisamment souple pour qu'il ait pu tisser du sens dans

son rapport aux autres. Aujourd'hui, M. N. dit toujours « non » à tous les projets de spectacle. Nous lui indiquons qu'il a le choix de ne pas y participer mais qu'il peut être spectateur ou nous aider. Nous tentons de ne rien témoigner de notre désir tout en lui indiquant qu'il a sa place et que nous tenons compte de son travail sans le laisser tomber. A chacune des représentations M. N. est à l'heure, parfois même en avance. Il se déguise, nous témoigne de son trac, demande l'heure, va fumer sa cigarette mais il est là. Chaque fois il sait nous entraîner dans son jeu de comédien. Il est sur scène et peut se retrouver face à un public dont il semble pouvoir maîtriser le regard par ses gesticulations et ses inventions clownesques.

Cette vignette clinique peut nous éclairer sur la façon singulière dont certains patients vont se saisir des outils que nous leur proposons. La sociothérapie est un outil parmi d'autres proposés par le centre hospitalier. M. N. se l'est approprié à sa guise. Sans ces outils, M. N. serait enfermé à l'hôpital dans l'unité. De par sa problématique psychique, sa prise en charge devient inévitablement fractionnée, parcellaire. M. N. nous montre bien que tout projet univoque sans alternative se présente comme un impossible pour lui, comme dangereux.

M. N. s'est organisé un circuit dans l'établissement et la sociothérapie ne peut que se prêter à ce tricotage des lieux. Peut-être que sa logique subjective s'organise à partir de ses solutions transitoires, fractionnées, éphémères qui lui permettent de se maintenir dans du lien social? L'institution ne peut que se prêter à la réalisation de ce circuit qui constitue pour lui un mode de nouage particulier de son rapport aux autres.

M. N. s'est inventé et s'est fabriqué sa propre institution. Sa relation à l'institution est importante de par son histoire et son vécu. C'est un lieu dans lequel il trouve à s'arrimer à sa façon. Il exprime des souhaits certes et il y a des projets en construction toujours sur le fil. Mais en attendant, quoiqu'il arrive, l'institution est toujours là pour le récupérer et lui certifier à sa façon qu'il n'est pas laissé tomber. C'est vrai que M. N. peut nous laisser perplexes car nous voyons qu'il ne peut que très difficilement s'inscrire dans un projet qu'au titre d'une progression infime. C'est là que se constitue le travail de relais en se faisant partenaire du parcours de M. N. Cela implique d'accepter que ce parcours soit semé d'embûches. Nous sommes là pour l'entendre, l'accompagner dans ce cheminement en nous présentant à lui par petites touches de façon tout aussi brèves que lui se présente à nous.



**Matthieu ROBIN**  
Psychologue  
CH de l'Estran  
Pontorson



**E. LEFRANÇOIS**  
Infirmier  
CH de l'Estran  
Pontorson

## VERS UNE SORTIE DES PATIENTS AU LONG COURS : CONDITIONS ET LIMITES

*Ce travail est une synthèse de nos discussions préparatoires avec l'équipe soignante. Nous avons souhaité vous rendre compte de notre travail quotidien avec nos patients. Nous procéderons en deux temps.*

*D'abord nous tenterons de répondre à la question qui nous occupe aujourd'hui : comment passer le relais à une autre équipe sans que cela ne soit vécu comme un abandon par le patient, et peut-être aussi par les soignants ?*

*Nous nous pencherons ensuite sur les limites rencontrées dans ce travail. Ce relais est difficile voire impossible à opérer pour certains patients. Pour quelles raisons et comment nous positionner par rapport à cela ?*

Notre service prend en charge des patients au long cours qui sont tous, dans leur grande majorité, de structure psychotique. Certains avec des symptômes positifs, comme les hallucinations, le délire, les sentiments de persécution très envahissants. Pour d'autres, quand les troubles ont commencé dans l'enfance, c'est l'aspect déficitaire qui vient au premier plan du tableau clinique. Beaucoup ont des troubles du langage ou de l'élocution.

Ils ont tous un lourd passé institutionnel et la vie autonome dans la cité, selon l'expression consacrée, leur est impossible. Les structures qui peuvent les accueillir ne sont pas nombreuses. Citons-les : maison de retraite, foyer occupationnel ou médicalisé et famille d'accueil. Rares sont ceux pour qui l'on peut envisager un projet d'appartement en ville.

Le travail autour d'une sortie se déploie sur trois plans : sur le lien à l'autre, sur le temps et sur l'espace. Prenons chacun de ces plans.

### Le travail sur le lien tout d'abord

Il est central à deux titres. D'une part, parce que la psychose est en elle-même une pathologie du lien à l'Autre et d'autre part parce que c'est justement sur ce lien qu'il faut travailler pour parer au sentiment d'abandon auquel le patient peut être confronté. Il s'agira donc de tisser du lien, de créer du lien, tout au long des trois étapes vers la sortie : avant, au moment du passage entre deux lieux, mais aussi après.

**Avant la sortie**, il s'agit d'abord de proposer au patient une structure adéquate avec sa façon de s'inscrire dans le lien social. Pour un patient qui développe des relations exclusives avec la personne qui l'accompagne, on choisira plutôt une famille d'accueil. Pour les patients qui sont à l'aise dans les groupes, on privilégiera plutôt un foyer. Pour ceux qui vivent de façon intrusive les rapports trop proches, on essaiera de trouver une structure où sa façon d'être soit compatible avec le fonctionnement du groupe.

Dans la plupart des cas, il s'agira de mettre au travail cette façon de s'inscrire dans le lien social, dans les rapports avec les autres. La psychose induit là deux difficultés majeures.

Tout d'abord les patients entretiennent des relations souvent ambivalentes, voire aliénées avec l'autre et

l'institution. Le sujet, s'il peut montrer un réel désir de sortir, de vivre ailleurs ou bien une vraie souffrance dans le fait d'être hospitalisé, peut être dans le même temps incapable de se détacher de l'hôpital. C'est cela qui détermine bien souvent les angoisses de la sortie. Quand le projet se concrétise et que le départ se rapproche, on voit parfois des comportements apparaître qui obligent à retarder la sortie. La difficulté pour ces sujets psychotiques est d'arriver à se construire une place ailleurs, arriver à se penser, à se représenter eux-mêmes ailleurs.

Certains patients trouvent des solutions dans un travail sur l'image qu'ils offrent au regard de l'Autre. Cela peut passer par exemple par les vêtements, par ce qu'ils nous racontent d'eux-mêmes, par ce qu'ils réalisent dans les activités.

La deuxième difficulté pour ces sujets c'est d'élaborer psychiquement la séparation. Cela est encore compliqué quand, dans leur histoire, ils ont eu à vivre des abandons, des ruptures. Il s'agit donc de les préparer doucement à cela. Nous utilisons souvent des séjours de vacances, des séjours de « ruptures », ou des week-ends dans certains lieux d'accueil. Ces premières séparations nous servent de test : comment le patient réagit-il à la coupure avec l'hôpital, comment s'intègre-t-il ?



Pendant l'étape suivante, c'est celle du passage d'une équipe à l'autre, le travail sur le lien s'actualise dans les premiers contacts. Le plus souvent une première visite du lieu est organisée. Avec les foyers les plus proches, on peut envisager une intégration progressive quand cela semble nécessaire : le patient passe quelques jours dans la structure, revient à l'hôpital. Parfois, même après l'intégration définitive, le patient revient pour des hospitalisations séquentielles. Il s'agit de donner du temps au patient pour prendre ses repères dans son nouveau lieu de vie. A son retour à l'hôpital il peut parler de son vécu à l'équipe, ce qui lui a plu ou déplu, ce qui l'a angoissé. Les équipes des deux structures peuvent également se rencontrer pour discuter et affiner la prise en charge.

Mais pour certains patients, on peut à l'inverse se poser la question d'opérer une séparation rapide. Il est parfois préférable d'éviter les moments « d'entre-deux », de battement qui peuvent être source d'angoisse.

Dans le dernier temps celui d'après l'intégration, le travail sur le lien continue, et parfois longtemps encore. Certains patients gardent le contact avec l'équipe, par le téléphone ou à l'occasion de rendez-vous médicaux ou psychologiques. Certains reviennent simplement dire bonjour dans le service. C'est un moment important pour eux, et pour nous, qui vient attester d'une évolution, d'un changement. Quelque chose comme boucler la boucle, en revenant sur son lieu de départ.

Il s'agit donc d'accompagner le patient dans son travail sur le lien à l'Autre, de soutenir ses tentatives pour trouver des modes de stabilisation dans des lieux hors de l'enceinte psychiatrique. On peut aussi se demander si ce travail est toujours nécessaire. Souvent on s'inquiète, on souhaite préserver les patients d'un vécu abandonnique, mais quand la coupure a lieu, certains ne montrent aucun affect. Même si des liens forts, anciens, intimes même s'étaient créés avec l'équipe, qu'ils soient là ou ailleurs ne semble rien changer pour eux. C'est une réaction paradoxale, mais qu'on rencontre fréquemment dans la psychose.

### **Passons aux deux autres dimensions : le temps et l'espace**

Le temps est un facteur essentiel dans notre travail. Au niveau institutionnel tout d'abord, les durées d'hospitalisation sont, pour ces patients, longues. Au minimum une année. Ensuite, le temps dans un service psychiatrique est marqué par la répétition des mêmes gestes, en boucle, il tend à s'éterniser. Et enfin, le vécu temporel dans la psychose même est bien souvent perturbé : l'écoulement des durées, les notions d'avant, d'après, l'historicisation des événements prennent des aspects

parfois surprenants. En dehors des signes extérieurs, physiques du vieillissement, il est parfois difficile de donner un âge à nos patients. Le projet de sortie vient réinscrire de la temporalité. Il pose des étapes, des dates, des échéances. Un avenir proche ou lointain se dessine, il y a un horizon. Même si l'attente est longue, cela permet au sujet d'élaborer la séparation, de désirer partir.

Le travail sur l'espace est lui aussi conditionné par la psychose et l'institution. Certains de nos patients vivaient avant l'hospitalisation cloîtrés chez eux. D'autres déambulent, au hasard, sans but. D'autres encore sont sujets à des fugues mais sans destination d'arrivée, droit devant. A partir du service fermé, qui est bien souvent un contenant, nous proposons des espaces et des circuits aux patients, qu'ils peuvent s'approprier, prendre régulièrement, ce qui diminue l'angoisse. Au sein de ces espaces nouveaux, ils peuvent faire des rencontres et trouver, c'est le pari que nous faisons, de nouveaux modes de stabilisation.

Si ces trois plans sont toujours convoqués dans une démarche de sortie, il n'y a pas de manière standard d'opérer ce relais. Il s'agit toujours d'une élaboration, au cas par cas, à soutenir dans la durée. Nous avançons par essai, erreur, corrigeant, rectifiant la trajectoire d'après les indications cliniques et ce que nous rapporte le patient. Ce travail rencontre aussi beaucoup de limites, de natures différentes et c'est sur ces points qu'il nous a semblé intéressant de finir, pour ouvrir certaines questions.

Il y a tout d'abord tout ce qui a trait à ce qu'on appelle communément « les moyens ». Il s'agit du peu de structures et surtout du peu de places disponibles. Il faut donc attendre parfois très longtemps avant qu'une possibilité se dégage. Nous avons peu de prise sur ces facteurs, ils forment « la règle du jeu » avec laquelle il nous faut compter, même s'ils pèsent sur la qualité des prises en charge.

Mais au-delà de ces problèmes, les patients pour lesquels plusieurs projets n'ont pas abouti viennent nous questionner. D'abord sur la spécificité de nos champs respectifs, la psychiatrie et le médico-social. Que trouvent nos patients à l'hôpital qu'ils ne trouvent pas dans les structures médico-sociales ? Le peu d'expérience que j'ai dans ce secteur me permet, en partie, d'y répondre. Je vois deux éléments.

Il y a tout d'abord le savoir psychiatrique sur la psychose qui conditionne notre regard et notre écoute. Non seulement toutes les équipes médico-sociales n'ont pas reçu ce savoir, mais bien souvent elles ne considèrent pas le patient en termes pathologiques. Le passage vers le secteur médico-social s'accompagne d'un changement sémantique : de pathologie on vient à

parler en terme de handicap. Ce changement peut paraître à certains moins stigmatisant. Mais cela peut s'avérer bien insuffisant pour comprendre ce qui se joue dans certaines situations. Par exemple, une colère, un refus, peuvent être causés par un sentiment de persécution, par un vécu intrusif des demandes qu'on adresse au sujet. Si l'on n'a pas ces clés pour comprendre ce qui se passe, une prise en charge peut s'enliser et échouer.

La deuxième différence entre la psychiatrie et le médico-social tient au lieu même. L'hôpital est une structure très contenante, encadrante, peut être trop, parfois. Mais en même temps, de par son étendue, de par le nombre de patients, le roulement des équipes, certains sujets peuvent trouver des moments d'isolement, de solitude, certains même savent se faire oublier. Noyés dans la foule pourrait-on dire, c'est là qu'ils trouvent leur stabilisation. Les structures médico-sociales, souvent plus petites, ne peuvent pas offrir cela, il me semble.

**Alors comment se positionner par rapport à ces patients qui ne trouvent une place qu'à l'hôpital psychiatrique ? Quand plusieurs essais n'ont pas**

**abouti, on se demande à quoi bon ? Est-ce vraiment un échec ? Pourquoi vouloir toujours passer un relais ?**

Ces cas viennent en contradiction avec une organisation des soins qui se systématise autour d'une conception : la psychiatrie comme lieu de soin, de gestion des crises, et le médicosocial comme lieu de vie. Cette distinction ne tient pas de fait, nombreux sont nos patients qui le prouvent.

Le mouvement de l'après-guerre qui a permis d'ouvrir la psychiatrie sur la cité, sur des lieux de vie, a été historique et dans sa très grande majorité bénéfique au patient. Mais est-ce qu'il n'a pas certaines limites ?

De la même manière que Durkheim voyait dans le suicide un phénomène déterminé socialement, nous pouvons penser que chaque société produit son « contingent » de folie. Il y a là un noyau qui n'est pas réductible et que nous nous devons de prendre en charge. Cela a toujours été la fonction de la psychiatrie, à la fois lieu de relégation mais également d'accueil, d'asile. Ce n'est pas, il me semble, la vocation des structures médico-sociales. Nous ne pouvons nous décharger de cette mission.





## L'ACCUEIL FAMILIAL THÉRAPEUTIQUE ADULTE : ALTERNATIVE ET TRANSITION

*Nous avons créé le dispositif AFTA fin 2002 afin d'améliorer l'offre de soins en psychiatrie adulte en s'adressant plus particulièrement aux patients dits « chroniques » dont l'hospitalisation se caractérise par une stase dans leur trajectoire de soins. L'enjeu de départ était de construire un outil thérapeutique permettant de travailler sur les forces d'inertie pouvant être à l'œuvre, tant du côté de l'institution que du côté du patient, lorsqu'une personne a vécu 10, 20 ou 30 ans dans une institution soignante où elle a été avant tout objet de soins avec tous les effets pervers et aliénants que cela entraîne, à savoir :*

- d'être réduit à une maladie
- d'être assisté au quotidien
- de vivre au rythme de l'hôpital qui gomme le rythme personnel au profit du collectif et d'être plus ou moins fondu dans la masse
- de ne pas avoir de lieu à soi et d'être privé d'une certaine intimité.

C'est donc pour répondre à ce type de problématique, où la question du relais et de l'abandon se pose avec insistance, que notre intérêt s'est porté sur l'accueil familial déjà existant dans l'institution, sous l'appellation Placement Familial Thérapeutique, mais dont l'activité en 2001 se trouvait réduite à une seule Famille exerçant cette fonction malgré 4 postes budgétisés alors qu'il y avait dans les années 1980 une dizaine de FA en activité.

et d'étape transitoire dans une trajectoire de soins qu'il s'agit de redynamiser.

**Alternative** car la famille d'accueil permet d'offrir une autre solution d'accompagnement extrêmement riche sur le plan humain, un « autre vivre ensemble » que l'hospitalisation au long cours, ouvrant sur un nouvel horizon de vie possible au sein de la cité.

Rien que le fait de ne plus être hospitalisé et de changer ainsi de statut présente d'emblée divers avantages pour l'accueilli.

D'abord économique, comme le fait de percevoir l'AAH à taux plein et l'allocation logement lui permettant de participer financièrement à sa prise en charge (loyer et indemnités d'entretien) tout en préservant une manne financière facilitant sa réinsertion sociale.

Ensuite sociologique, au travers d'une déstigmatisation car la Famille accueille avant tout une personne et non un malade et d'une responsabilisation de l'accueilli qui devient acteur de son soin par le biais de ses engagements contractualisés.

Enfin psychologique, car le fait d'être intégré dans une structure familiale, avec toute la dimension relationnelle et affective que cela suppose, réactualise les grandes figures structurantes du sujet (Œdipe et apprentissage pulsionnel).



**E. MARSOLLIER**  
Infirmière  
CH de l'Estran  
Pontorson



**Davy BICHET**  
Psychologue  
CH de l'Estran  
Pontorson

Le constat de l'absence d'une équipe de soins détachée spécifiquement pour gérer cet outil, tel que nous pouvons l'observer dans d'autres CH, nous a conduits à la nécessité d'envisager un dispositif AFTA reposant sur une équipe pluridisciplinaire (psychiatre, psychologue, infirmier, assistante sociale, secrétaire).

Notre objectif étant de développer et d'optimiser cet outil de soins en terme d'**alternative à l'hospitalisation**

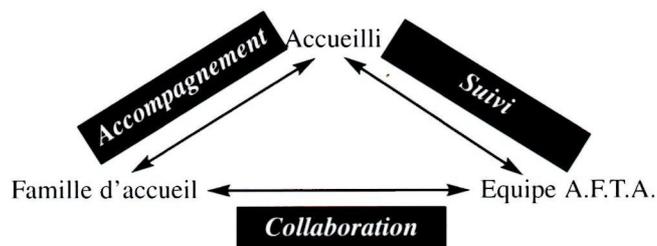
Ainsi l'accompagnement familial est le vecteur par lequel l'accueilli va pouvoir remonter sur la scène sociale, chose qui se matérialise au travers de différents éléments comme le changement d'adresse, la remise à jour des papiers d'identité ou de la carte d'électeur.

**Étape transitoire** car il apparaissait nécessaire d'avoir un espace transitionnel comme « champ intermédiaire d'expérience » qui permet au patient de se détacher de l'institution pour investir un nouvel espace de vie. Ceci afin d'effectuer un double travail de déconstruction des effets aliénants de l'institution et de subjectivation par le biais de l'insertion dans une FA (scène sociale) et l'accompagnement individualisé (continuité du suivi et permanence de « l'appareil à penser »). On propose ainsi, à la place de la discontinuité de l'espace et du temps institutionnel, la continuité de l'espace et du rythme familial.

Or, pour mener à bien cet objectif, il apparaissait indispensable que l'accueilli, la famille d'accueil et la famille d'origine soient soutenus tout au long de ce parcours.

Nous avons donc créé un nouveau projet de service dans lequel se trouvent formalisées les missions de chacun des acteurs avec un protocole définissant le cadre général de fonctionnement (Règlement Intérieur,

Contrat Thérapeutique Individualisé, Procédure de recrutement et d'agrément des familles d'accueil, Dossier de candidature AFTA, Statut de l'accueilli...) Concrètement cette unité transversale repose sur un **dispositif triangulaire** (l'équipe AFTA, l'accueilli et la FA) comprenant trois modalités relationnelles (la collaboration, l'accompagnement et le suivi) que l'on peut schématiser de la façon suivante :



L'**accompagnement** de la personne accueillie repose non seulement sur l'engagement relationnel (Contrat Thérapeutique et Règlement Intérieur) de l'accueillant familial agréé mais s'étend aussi à l'ensemble des membres de la famille vivant sous le même toit. La famille d'accueil doit se focaliser sur les besoins de l'accueilli en fonction des objectifs thérapeutiques individualisés déterminés par l'équipe AFTA. Le principe de cet accompagnement est de favoriser l'intégration de l'accueilli en lui offrant une place à part entière au sein du foyer familial. Les compétences requises peuvent se décliner en au moins trois fonctions : d'être suffisamment contenant sur le plan psychique, dynamisant sur le plan relationnel et d'être capable de faire fonction d'appareil à penser.

La **collaboration** entre la FA et l'équipe est le levier sur lequel s'appuie la fonction thérapeutique du dispositif. C'est à partir de cette collaboration que l'on peut optimiser l'accompagnement en procurant à la FA les moyens d'élaborer ses modes de réponses en favorisant sa faculté d'appareil à penser ou de « théoricien du quotidien » pour reprendre l'expression de J.C Cébula. Il ne s'agit surtout pas d'en faire des soignants

ou de comprendre à la place de la FA, mais de comprendre ensemble ce qui se joue au quotidien.

Le **suivi** est centré sur le vécu de l'accueil en terme de soutien et d'élaboration psychique en cohérence avec les objectifs fixés dans le contrat thérapeutique individualisé.

Sur le plan fonctionnel l'équipe AFTA assure le suivi de l'accueilli en étroite collaboration avec la famille d'accueil par le biais d'un minimum de deux VAD par mois (binôme infirmier) et d'un entretien mensuel avec le psychologue.

La synthèse des données ainsi recueillies s'effectue une fois par mois au cours d'une réunion d'équipe. La combinaison de ces deux modalités d'intervention, **suivi du patient et collaboration avec la famille d'accueil**, représente une fonction essentielle de l'équipe AFTA, celle de **tiers régulateur**.

Par ailleurs, au-delà de ce dispositif triangulaire, l'équipe AFTA doit aussi jouer ce rôle auprès de la famille d'origine afin de médiatiser les rapports avec la famille d'accueil et vis-à-vis de l'équipe référente de secteur qui reste garante du suivi au long cours. Ceci afin de réguler cette étape transitoire que constitue le passage en famille d'accueil et d'assurer ainsi une continuité du soin. Ce travail de coopération se formalise au travers de rencontres ponctuelles lors de réunions de synthèse organisées par l'équipe AFTA.

Enfin lorsque l'accueilli a suffisamment évolué lors de son séjour en FA thérapeutique, ce travail de coopération se finalise par l'ouverture sur un relais avec les différentes possibilités offertes par les partenaires du champ médico-social.

Pour ce dernier relais, il est important que ces différents partenaires puissent compter sur l'équipe référente au long cours en tant que ressource potentielle.

Si bien qu'en conclusion, nous pouvons répondre, grâce à l'AFTA, à la question du relais et de l'abandon par alternative et transition.



## L'ESTRAN, LIEU DE RESSOURCES INÉPUISABLES, AVEC VENTS ET MARÉES, L'HISTOIRE D'UN HÔPITAL SUR LE CHEMIN DU MONT



**Dr Marguerite COLIN**  
Psychiatre  
CH Pontorson

*Le Couesnon en sa folie mit le Mont en Normandie.*

*Pour vous « planter le décor » de la psychiatrie à Pontorson !*

*Je vais essayer de vous montrer que ce qui a été fait en psychiatrie à Pontorson, comme toutes les œuvres humaines, l'a été en fonction du contexte non seulement historique mais géographique et sociologique. J'essaierai aussi de vous faire connaître la population à laquelle sont adressés les soins des équipes des secteurs desservis par l'hôpital de Pontorson.*

*Et voilà quels événements ont agité ces lieux où nous travaillons, quelles tourmentes ils ont traversé...*

Puisque le thème de cette journée est : *Accompagnement au long cours / Relais ou abandon*, prenons la notion de relais :

Pendant des décennies, au moment de l'asile (au sens péjoratif du terme), l'hôpital s'est senti « propriétaire » des malades : les faisant travailler, au besoin en leur fournissant une ration de cidre conséquente. On disait : « l'hôpital campe sur ses malades ».

A l'inverse : le nombre de lits hospitaliers ayant été considérablement réduit, on a assisté plus tard à un abandon des malades, dans les rues des grandes villes, dans les immenses centres d'hébergement : rejetés de l'hôpital avec l'A.A.H pour viatique.

On propose, entre ces deux attitudes, de passer le relais. Mais toute la difficulté est de le passer ce relais. Cela demande du temps, des rencontres entre l'équipe qui confie le malade avec celle qui l'accueille. Et tout ça ne peut se faire que dans le lien : un lien non aliénant, un lien qui va soutenir le passage et qui va le permettre.

C'est sur cette notion de lien qu'a été basée, à partir de 2000, la création de **3 unités transversales** à l'hôpital de Pontorson qui vont vous être présentées tout à l'heure : **Accueil familial thérapeutique, Sociothérapie, Hébergement thérapeutique.**

Vous connaissez l'esprit de ce travail : l'équipe référente d'un patient le confie, pour une durée qui n'est pas définie à l'avance à une autre équipe qui utilise un outil de soins spécifiques : l'accueil familial, la sociothérapie... par ex. Cette 2<sup>ème</sup> équipe va travailler directement avec le patient mais les 2 équipes restent en lien autour du patient. En effet l'équipe référente reste référente du patient dans la durée et c'est elle qui sera garante de l'accompagnement du patient et qui travaillera éventuellement avec lui d'autres solutions de vie, tout au long de cet accompagnement.

Cet accompagnement peut être long et difficile, mais contre l'attitude abandonnique qui peut guetter soignants et soignés il y a un remède : permettre à la **créativité** de chacun de s'exprimer. C'est ainsi qu'au

cours de ces dernières années :

- L'unité de sociothérapie a ouvert ce qu'on appelle « **la maison du piano** » : maison, ouverte sur la ville, où on offre un accueil informel pour des patients venant aussi bien de l'intra que de l'extra-hospitalier. Cette création a répondu à notre souci de « greffer de l'ouvert », comme dit J. Oury, puisque le psychotique, de part son trouble fondamental, est fermé au monde.
- **Le centre thérapeutique agricole de Caugé** a pris un nouvel essor : Sortant de la routine, on y a exploité le rythme des saisons, le plaisir de la récolte, l'agrément de cuisiner ce qu'on a fait pousser, la chaleur conviviale de la cheminée de la ferme.
- **L'Atelier « Courants d'air »**, atelier d'arts plastiques, animé par un premier artiste peintre, Pascal Laloy puis par un 2<sup>ème</sup> Luc Bourlard, est le lieu par excellence d'expression de chacun. Cet atelier, mitoyen de la "maison du piano" et ouvrant comme elle sur la ville, est un lieu d'échanges, de rencontres et de création.

Grâce à cet esprit d'ouverture et d'échanges avec d'autres secteurs, en particulier avec l'hôpital de jour de Bondy en Seine-Saint-Denis, les patients ont créé un journal : « *La Vidéaille* », qui les relie à de nombreux interlocuteurs de GEM, de structures de soins de plusieurs villes de France.

### ESSAI D'ANALYSE DES SECTEURS PONTORSONNAIS

Mme Thomas nous a montré que dans le Sud-Manche il y a un hôpital qui s'est toujours défendu pour exister, de par la volonté des habitants de Pontorson. Issu d'une institution charitable qui accueillait, entre autres, les pèlerins du Chemin de Compostelle, il est devenu hôpital psychiatrique, augmentant à certains moments sa capacité de façon considérable. Il a reçu les malades

mentaux de grandes villes comme Paris, débordées par le nombre d'hospitalisés, jusqu'à 1970-1980.

C'est surtout pendant et après la dernière guerre mondiale qu'il a accueilli des malades venant des hôpitaux touchés par les destructions militaires. C'est par groupes allant jusqu'à 200 qu'ils sont venus entre 1940 et 1948, d'Alsace, de Picauville, de Caen, d'Alençon, le temps des travaux de reconstruction. La plupart ont réintégré leur région d'origine mais beaucoup sont décédés à Pontorson.

Aux alentours de 1940-1945 le nombre des hospitalisés a avoisiné les 1000.

Pourtant, pendant les années de guerre les rapports annuels des médecins mentionnent de nombreux décès de malades dénutris, sous-alimentés, du fait des restrictions alimentaires, comme ça s'est passé dans tous les H.P. en France.

Suivant la circulaire du 15 Mars 1960, la sectorisation s'est mise en place aux alentours de 1970. C'est en 1973 que la mixité des services a été instaurée. Les secteurs G06 et G07 ont été confiés à l'hôpital de Pontorson alors que le reste de la population de la Manche était soigné, pour la psychiatrie, dans 2 hôpitaux de la Fondation Bon Sauveur : St Lô et Picauville (privés faisant fonction publique). Le secteur G07 a une façade maritime et comporte Granville et Avranches. Le secteur G06 est essentiellement rural (St-James, St-Hilaire-du-Harcoët, Villedieu, Mortain).

Dans cette région rurale de Normandie on rencontrait de façon importante des problèmes liés à l'alcoolisme (Notons que le centre d'alcoologie de la baie a été ouvert en 1996).

**Les croyances religieuses** (catholiques de façon principale), voire magiques y étaient très fortes (n'oublions pas que c'est dans le bocage normand que l'ethnologue française Jeanne Favret-Saada a étudié, dans les années 70, la sorcellerie paysanne).

On sait que les régions rurales du G06, en particulier le mortainais, se sont trouvées désertifiées du fait de l'exode rural des populations françaises vers les villes.

**La surmortalité** par suicide (par rapport aux chiffres nationaux) a approché récemment celle de la Bretagne, la plus forte de France actuellement. Chez les Bretons, elle a été mise en relation avec l'« orgie meurtrière » de 1914-1918, où les ruraux ont été positionnés massivement sur le front. C'est un deuil de masse qui en résulta en Bretagne : en 10 ans, ¼ des hommes de 18 à 40 ans, ont été tués et un bon nombre est resté sans sépulture. Cet impossible à symboliser, à intégrer psychiquement est peut-être à mettre en rapport avec la sursuicidité de la Manche comme avec celle des Bretons.

Donc, une population rurale fragilisée par plusieurs facteurs (n'oublions pas non plus les deuils en rapport

avec la dure existence des marins et des pêcheurs), sans compter la perte des repères en rapport avec l'abandon des coutumes, de la religion.

## **Pour parler de Pontorson plus particulièrement**

**Sa situation sur le Couesnon** qui avait été à l'origine de bagarres, de rivalités, d'échanges de terrains pèse dans l'histoire de la population, puisque c'est cette rivière qui marque traditionnellement la limite entre la Bretagne et la Normandie. Les conflits historiques entre Bretons et Normands y ont certainement leur importance. D'autant qu'on sait qu'un peuple à la marge de son territoire a tendance à accentuer ses particularités par rapport à la population de l'autre côté. Et, si les patients sont tous normands (de part le recrutement sectoriel), ils étaient soignés par des infirmiers aussi bien normands que bretons. Ces derniers habitent en particulier les communes avoisinantes de Pleine-Fougères, Sains, St-Georges-de-Gréhaigne et celles de la baie du Mont-St-Michel allant jusqu'à Dol-de-Bretagne, voire St-Malo.

### **Pontorson placé sur le chemin de Compostelle.**

On sait que les villages situés sur les chemins de pèlerinage ont toujours développé des capacités d'accueil importantes. Citons seulement la commune de Gheel en Belgique, sur le chemin de Ste-Dimphne, cette vierge martyre réputée guérir les malades mentaux, Gheel qui s'est reconvertie dans l'accueil familial thérapeutique.

La conférence de St-Vincent-de-Paul accueille encore à Pontorson les « routards » dans un local, autrefois situé dans l'enceinte de l'hôpital, et actuellement dans le bourg. Une convention entre cette confrérie et l'hôpital existe encore qui stipule que l'hôpital fournit les repas aux « routards ». Cette tradition charitable imprègne donc encore la population, comme la religion catholique et le culte de St-Michel.

Notons que ce culte attire encore de nombreux mystiques qui parfois ont besoin de la psychiatrie.

**Charitable, catholique,** le gros bourg rural de Pontorson, de 4107 habitants, célèbre pour son marché de bestiaux, a toujours néanmoins, de façon réaliste, veillé à ses intérêts: il est certain qu'économiquement l'hôpital avait, outre un intérêt financier, l'intérêt de constituer un réservoir d'emplois important.

Le secteur de Pontorson présente les particularités de tout secteur où est implanté l'hôpital psychiatrique départemental. Sa population est : ou justiciable de soins ou soignante. Les soignants peuvent être amenés à traiter des personnes de leur propre famille, des proches, des voisins. Ceci est plutôt source de difficultés voire de confusion.

Beaucoup de patients sortis de l'hôpital sont logés dans la ville, que ce soit dans des logements ordinaires ou



dans des appartements associatifs (un peu plus de quarante patients sont suivis dans des logements pontorsonnais par l'équipe de secteur). Ceci peut entraîner des soucis de cohabitation de part et d'autre.

Ce climat de tensions, assez bien contrôlé d'ailleurs, peut-être dans un esprit d'intérêt économique, n'est pas forcément apaisé par les tensions existant entre ceux qui travaillent à l'hôpital (et jusqu'ici vus comme privilégiés) et ceux qui n'y travaillent pas.

### **La situation de l'hôpital dans le secteur de Pontorson a entraîné du retard dans l'implantation des structures alternatives à l'hospitalisation dans ce secteur.**

Alors que les C.M.P et H.D.J des autres cantons ont ouvert dès après la loi de 1986 sur les structures alternatives, ils ne se sont ouverts à Pontorson que vers 1992-1993. Ceci est aisé à comprendre puisque pour la population il était tout à fait facile de se rendre dans des structures hospitalières existantes. C'est ce qui a fait que la psychiatrie du secteur de Pontorson a été plutôt hospitalo-centrique.

Mais les choses changent : les infirmiers ou aides-soignants viennent de moins en moins des familles de Pontorson ou des communes avoisinantes.

Viennent d'autres soignants, des grandes villes où ils ont été formés. Ils les quittent recherchant une qualité de vie dans une région attractive par sa beauté, plus

calme, plus près de la nature et des valeurs humaines fondamentales.

La gare de Pontorson-Mont-St-Michel existe toujours. On y voit de grands groupes, asiatiques souvent, en transit à Pontorson revenant du Mont-St-Michel ou s'y rendant. Ils ont les yeux un peu écarquillés comme s'ils venaient d'un autre monde, mais le crépitement de leur appareil photo est très rassurant, c'est comme s'il relativisait ce qui se passe dans ce microcosme pontorsonnais.

Ils ont plus ou moins remplacé les anciens pèlerins, mais ils remplissent peut-être la même fonction que ceux-ci pour le bourg de Pontorson :

- garantir une certaine fluidité dans les relations entre Bretons - Normands, patients - soignants, ceux qui travaillent à l'hôpital - ceux qui n'y travaillent pas.
- « Greffer de l'ouvert », faciliter les occasions de surprise.

Voilà ce qui est intéressant : que le 9-3 s'intéresse à Pontorson, que les Japonais emportent Pontorson dans leur appareil photo, que Frantz Fanon soit passé à l'hôpital de Pontorson...

Et d'autres horizons sont ouverts, d'autres aspirations, d'autres cultures sont convoquées dans ce lieu de l'estran, gisement de ressources créatives et balayé par le vent du grand large.





**Michèle THOMAS**

Cadre Infirmier

**Pontorson**

En effet, l'histoire de cet hôpital est étroitement liée à celle de la ville de Pontorson, « ville-frontière » située sur la rive droite du Couesnon, à celle d'un fleuve aux méandres capricieux, à celle d'un pont indispensable au passage des troupes guerroyants entre Normandie et Bretagne enfin à l'histoire de la « Colline Sainte » toute proche.

Cette région agitée et belliqueuse, attirant de nombreux pèlerins (Miquelots), dû se doter d'une maison de Charité. Ainsi, le 3 Février 1115, douze bourgeois de Pontorson décident la fondation d'un hôpital sur la paroisse de Cendres. Bien que située sur la rive gauche du Couesnon (donc en Bretagne) et malgré le courage et la résistance des « Cendrillons », ces terres seront annexées définitivement par la Normandie, la frontière passera largement au-delà de la rive gauche du fleuve. L'hôpital connaît une gestion paroissiale, nous dirions aujourd'hui communale, mais il eut à souffrir de grandes calamités (guerre de Cent Ans, guerres de religions...) ce qui l'amène en 1644 à accepter la présence des Frères de Saint-Jean-de-Dieu, les Pontorsonnais perdent leur droit de regard sur les comptes de l'établissement.

Les religieux abandonnent les bâtiments trop vétustes et édifient des locaux conformes aux soins des malades :

- 6 lits de médecine ou chirurgie
- 36 pensionnaires.

Ils envisagent de faire jouer à leur établissement le rôle de maison de force (parallèlement le Mont-Saint-Michel devient « Bastille des mers »), des chambres « bien fortes » sont construites pour accueillir les correctionnaires dans des bâtiments appelés « Exils ». Ne pouvant soigner que les hommes, un hôpital pour femmes est construit dans Pontorson en 1770.

La révolution et plus particulièrement la loi de 1794 qui interdit tout culte autre que celui de la raison, décide la fermeture de cet hôpital. Malgré cette décision, les bâtiments ne seront pas vendus comme biens nationaux (privilèges, manipulations...), la municipalité de Pontorson décide la fusion des deux hôpitaux : une commission administrative est mise en place, la

*S'intéresser à l'histoire de l'hôpital de Pontorson dans cette journée de réflexion sur « quel accompagnement au long cours peut-on envisager pour les patients atteints de troubles psychiatriques » peut paraître surprenant... mais si nous partons du postulat qu'aucune création n'est amnésique, il nous est apparu important de situer cet établissement dans son contexte Historique, géographique et de politique psychiatrique.*

gestion intérieure est confiée aux Dames Hospitalières de Saint Laurent s/Sèvres.

Dès 1812, la préfecture demande qu'on y accepte les insensés du département, leur nombre ne cesse de croître et ce bien avant la loi de 1838, les bâtiments appelés « Exils » sont construits (641 aliénés étaient présents en 1926).

La plupart des bâtiments actuels marquent la fin du XIX<sup>e</sup> et le début du XX<sup>e</sup> siècle ; malgré l'importance toute spéciale du quartier des aliénés, l'hospice de Pontorson reste un hospice et non un asile.

Un bâtiment neuf voit le jour à partir de 1936 pour répondre aux exigences tant médicales que chirurgicales. D'autre part, un vaste chantier de réhabilitation, d'améliorations matérielles (sanitaires, chauffage...) va concerner les différents quartiers asilaires. L'hôpital peut ainsi honorer ses différentes missions d'accueil, de soins, d'assistance et de respect de l'ordre. Une majorité de malades est orientée vers des activités qui dans cette région rurale sont d'ordre agricole : la ferme, les cultures, le potager et autres tâches d'entretien.

Une période sombre perturbera cette organisation, celle de la seconde guerre mondiale : l'hôpital accueille les malades de l'est de la France, ainsi que ceux des hôpitaux psychiatriques environnants, on comptera jusqu'à 1000 patients. Les conditions de vie sont très dures et le nombre de décès inhabituel.

La circulaire de 1960 et la politique de sectorisation qu'elle initie, va orienter lentement l'enfermement et la chronicité qu'il induit vers la mise en place de soins de proximité : l'hospitalisation n'apparaît plus comme une fin en soi.

L'hôpital de Pontorson va prendre en charge la santé mentale de la population du sud Manche répartie en 2 secteurs : le 50G06 et le 50G07 pour la psychiatrie adulte et un inter-secteur de psychiatrie infanto-juvénile, le 50I03 (147000 habitants répartis sur 20 cantons). La mixité du personnel se fait à partir de l'année 1966, celle des patients, à partir de 1973.

Dès 1981, la création d'appartements associatifs va permettre la sortie de nombreux patients, sortie accompagnée par un service infirmier dit « de suite ». Les structures extra-hospitalières sont créées sur l'ensemble des secteurs : centres thérapeutiques agrico-



les, hôpitaux de jour, C.A.T.T.P., centres médico psychologiques, appartements thérapeutiques, organisation d'une équipe de suivi des personnes âgées à domicile... Parallèlement à l'extériorisation des malades, les activités agricoles seront remplacées par l'ergothérapie puis par les ateliers thérapeutiques.

La psychiatrie infanto-juvénile implantée depuis 1965 dans le centre hospitalier (un internat accueillait une centaine d'enfants) va se tourner définitivement vers l'extérieur en 1989.

La circulaire du 14 Mars 1990 vient renforcer et dépasser les dispositifs induits par celle de 1960 et par la loi du 31 Décembre 1985 relative à la sectorisation. Le centre hospitalier de Pontorson voit disparaître quelques bâtiments, témoins d'une époque asilaire, d'autres édifices sont désaffectés ou bien réhabilités et modernisés. En 1996 le Centre d'Addictologie de la Baie ouvre ses portes au cœur de la cité.

Sur le site hospitalier, en 1997 la Maison d'Accueil Spécialisé (M. A. S.) "l'Archipel" sort de terre, une unité de géronto-psychiatrie ouvre ses portes en 2000.

Dans ce même esprit de 1990, l'offre de soins se recentre sur les Centres Médico-Psychologiques, un Centre d'Action Médico-Sociale Précoce se met en place sur le site d'Avranches et des liens se tissent entre les différents acteurs de santé, les acteurs sociaux, les établissements médico-sociaux et la population.

Aujourd'hui, le centre hospitalier de l'Estran offre 129 lits pour faire face à la crise qui si elle a changé dans son expression, néanmoins perdure, pour faire face également aux réhospitalisations.

Quelles seront les traces laissées par le XXI<sup>e</sup> siècle sur l'hôpital Saint-Jean et Saint-Antoine de Pontorson de 1382 ? Ne pouvant ni répondre, ni conclure, je citerai tout simplement une phrase extraite du livre « Peau noire, Masques blancs » écrit par Frantz Fanon, écrivain noir mais également psychiatre, qui obtint en 1953 son premier poste de médecin-chef à Pontorson :

*« ... fais de moi toujours un Homme qui interroge ».*



## PRÉSENTATION DU SAMSAH DE FLERS



### J.M. RUBIO

Directeur des Services Extérieurs  
de Flers,  
Association Lehugeur Lelièvre

*Le SAMSAH (service d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés) de Flers est un service relativement récent, puisqu'il ne fonctionne que depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2006.*

*Cette structure dépend de l'Association Lehugeur Lelièvre, qui gère plusieurs établissements médicosociaux dans l'Orne.*



Un groupe de travail s'était constitué en 2003, à l'initiative de l'UNAFAM et associant le service de psychiatrie de Flers. En 2004, l'association Lehugeur Lelièvre rejoignait ce groupe et acceptait de porter le projet de création de ce service.

Le constat de départ était le manque de relais sociaux et médicosociaux pour des personnes souffrant de troubles psychiques stabilisés sur la région Flérienne. Celles-ci étaient souvent confrontées à la nécessité de se maintenir dans un logement indépendant et le plus souvent dans un contexte d'isolement et de solitude. Ces personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle, elles rencontraient d'énormes difficultés, voire une impossibilité à s'inscrire dans les activités ou les loisirs existant dans la cité.

En juin 2006, nous avons créé un groupe de pilotage constitué des différents partenaires de ce projet, l'association Lehugeur Lelièvre, le service de psychiatrie de Flers, l'UNAFAM et de futurs usagers de la structure.

Des rencontres ont été ainsi planifiées à un rythme mensuel. Le groupe de pilotage avait pour mission, d'être force de proposition, en accompagnant de manière dynamique et interactive l'avancée des travaux.

Ces travaux particulièrement riches ont permis de mieux nous connaître, de créer du lien et d'apprendre à travailler avec de nouveaux partenaires, comme le secteur sanitaire, pour nous venant du médicosocial. Cela s'est fait tout naturellement, chacun étant très engagé dans ce projet de création d'un SAMSAH, car convaincu de l'intérêt et de la plus value de ce projet pour les usagers.

Le travail a porté dans ce groupe à l'élaboration de l'avant-projet de service, puis du montage du dossier en vue de la création du SAMSAH. Il sera enfin présenté au CROSMS (comité régional de l'organisation sociale et

médicosociale) par un représentant du service de psychiatrie de Flers membre de ce groupe, par l'Association Lehugeur Lelièvre et l'UNAFAM. Un avis positif a été donné au projet et l'aventure a donc débuté.

Après l'obtention des budgets nous avons organisé de manière tripartite, avec les trois porteurs de projet, le recrutement de l'équipe.

Le SAMSAH fait partie d'un dispositif émanant de la loi du 11 février 2005, dite loi pour l'égalité des droits et des chances et la citoyenneté des personnes handicapées. Cette loi a donné pour la 1<sup>ère</sup> fois une définition du handicap et introduit le handicap d'origine psychique.

Le SAMSAH a les mêmes missions qu'un SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale) mais intègre de plus des prestations de soins, assurées par une équipe pluridisciplinaire de professionnels. Le service est ouvert toute l'année, 24h/24, l'astreinte est assurée alternativement par le chef de service et le Directeur. Une convention a été élaborée avec le service de psychiatrie et formalise les relais en cas d'urgence.

### Les missions du service portent sur trois domaines essentiels

1. le soutien dans la gestion matérielle de l'espace personnel, le domaine du quotidien
2. le soutien dans l'accès aux services extérieurs (administrations, loisirs)
3. le soutien dans la prise en compte des soins nécessaires

Il s'agit donc d'un accompagnement médico-social adapté, qui s'organise à la suite d'une notification de la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) et en accord avec l'usager. Cet accompagnement comporte des prestations de



soins et porte sur la réalisation du projet de vie des usagers, en favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité.

Nous sommes agréés pour accompagner 24 usagers, notre effectif est aujourd'hui de 18 personnes suivies et nous montons progressivement en charge. Les personnes présentent une pathologie stabilisée, elles vivent en logement autonome avec un potentiel à pouvoir vivre seules et adhèrent au projet d'accompagnement.

Les interventions se font au domicile de la personne mais également dans tous les lieux où s'exercent ses activités sociales et professionnelles.

Le financement de la structure est assuré par le Conseil général et l'assurance-maladie.

## Composition de l'équipe

L'équipe est composée de :

- 1 **Directeur à temps partiel**
- 1 **chef de service à ½ temps** qui pilote le service
- 1 **infirmière à temps complet**,
- 1 **conseillère en économie sociale et familiale 0.80 ETP**
- 1 **aide médico-psychologique 0.50 ETP**
- 1 **auxiliaire de vie à mi-temps** et 1 **auxiliaire de vie à temps complet**.
- 1 **secrétaire à temps partiel 0.10 ETP**.
- 1 **psychologue à temps partiel 2h/mois**, mis à disposition par le service de psychiatrie et qui intervient auprès de l'équipe afin de lui offrir un espace régulier de parole.

Nous allons mettre en place dans les prochains jours, des rencontres mensuelles en présence d'un cadre de santé et d'un infirmier relevant du service de psychiatrie. Ces rencontres porteront sur des thèmes et un regard croisé sur des situations d'usagers.

## Les interventions

La moyenne des interventions est de deux par semaine. Elles s'effectuent au domicile de l'utilisateur et dans la cité. Ces visites sont programmées sur des créneaux fixes, la durée est variable.

Les interventions sont individualisées et sont très flexibles elles s'effectuent au domicile. Le SAMSAH occupe une place originale, il est à la tête d'un réseau qui gravite autour de l'utilisateur, il coordonne le projet.

## Le Partenariat

Il est essentiel dans notre champ d'intervention, car le service ne peut traiter, ni même gérer seul la globalité de la personne. Ceci nous conduit à nous inscrire dans un réseau de partenaires en visant la mutualisation des compétences, tout en respectant ses compétences propres.

En fonction des projets individualisés différents partenaires sont sollicités, il s'agit véritablement d'une intervention à la carte, à géométrie variable.