

*Première Journée d'Etudes Infirmières
de l'Hôpital Saint Jean de Dieu*

CETTE JOURNÉE INFIRMIÈRE SE VEUT UNE JOURNÉE

DE REFLEXION, DE RECONNAISSANCE D'UN

SERVICE INFIRMIER DE QUALITÉ

PREMIERE JOURNEE INFIRMIERE
DE L'HOPITAL ST JEAN-DE-DIEU

- REFLEXION SUR UNE MEILLEURE PRISE EN
CHARGE DU PATIENT, QUEL QUE SOIT LE
MODE DE PRISE EN CHARGE (OPTIMISATION
DES POTENTIALITES)

JEUDI 30 NOVEMBRE 1989

- SENSIBILISATION A LA MISSION INFIRMIERE,

- RECONNAISSANCE DE LA SPECIFICITE, DE
LA COMPETENCE INFIRMIERE ET DE LA QUALITE

LA PLACE DE L'HOSPITALISATION

DANS

LA POLITIQUE DE SECTEUR

LE COMITE D'ORGANISATION,

B. ANELOT

B. ANDRIEUX

C. CRESPEL

A. HOUGAY

R. LE TALLEC

J.P. LERMINE

THEATRE DES JACOBINS

22100 DINAN

SOMMAIRE

- CETTE JOURNÉE INFIRMIÈRE SE VEUT UNE JOURNÉE DE REFLEXION, DE SENSIBILISATION, DE RECONNAISSANCE D'UN SERVICE INFIRMIER DE QUALITE.**
- REFLEXION SUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DU PATIENT, QUEL QUE SOIT LE MODE DE PRISE EN CHARGE (OPTIMISATION DES MOYENS).**
- SENSIBILISATION À LA MISSION INFIRMIÈRE.**
- RECONNAISSANCE DE LA SPÉCIFICITÉ, DE LA COMPÉTENCE INFIRMIÈRE ET DE LA QUALITÉ DU SERVICE RENDU.**
- LE COMITE D'ORGANISATION,**
B. AMELOT
B. ANDRIEUX
C. CRESPEL
A. HOUGAY
R. LE TALLEC
JP. LERMINE.

SOMMAIRE

- HISTORIQUE GENERAL DE LA PSYCHIATRIE PAGE 1
Evolution des services d'admission
par Claude LEBRETON, Didier GRABOT
service du Dr GUENNOC
- STRUCTURES ET CONDITIONS D'ACCUEIL PAGE 10
par Pierrick BENOIST, Liliane HARO
service du Dr VANHOOVE
- LA DEMENCE A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE PAGE 18
par Anne BODIN et Béatrice DAVY
service du Dr CASTILLE
- LE CURSUS DES PERSONNES AGEES PAGE 23
DANS LE SECTEUR 22 G 05
par Simone LESAICHERRE, René JUVAUX
Marie-Odile LAGUITTON
service du Dr VANHOOVE
- LA GERONTO-PSYCHIATRIE PAGE 34
Sa place et son devenir
dans le secteur psychiatrique
par Pascal LEJART
Intersecteur de géronto-psychiatrie
- LA MIXITE A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE PAGE 37
par Pierre ALLORY et Thierry BIGOT
service du Dr GUENNOC
- A PROPOS DES PROJETS DE SERVICE PAGE 42
par Didier COCHARD, Michel LEROUX
et Annie TOURNAFOL
service inter-sectoriel
- L'HOPITAL DE JOUR "ROSE DES VENTS" PAGE 48
Une des structures de l'inter-secteur
de psychiatrie infanto-juvénile
par Gilbert RAVARD et Annie LE BLEVEC
service du Dr CROCHETTE
- DE L'HOSPITALISATION A TEMPS COMPLET PAGE 57
A L'HOSPITALISATION DE JOUR A L'ARC-EN-CIEL
par Christine LE CORRE et Armelle RICHER
service du Dr CROCHETTE
- POURQUOI UN HOPITAL DE JOUR POUR ENFANTS ? PAGE 62
La Maison du Jour à SAINT-BRIEUC
par Bernard CALFORT
service du Dr CROCHETTE

SOMMAIRE (SUITE)

HISTORIQUE GENERAL DE LA PSYCHIATRIE

- QUELS SUPPORTS LES SERVICES DE L'HOPITAL PEUVENT-ILS APPORTER A L'EQUIPE EXTRA-HOSPITALIERE ? PAGE 71
par Annie HUET, Didier MORICEAU, Daniel GONTRAN
service du Dr CASTILLE
- REFLEXIONS SUR LES MODES ET MOTIFS D'HOSPITALISATION VUES PAR L'EXTRA-HOSPITALIER PAGE 77
par Pascale GUIHOT, Jean-Yves LE DEAN et Michel RONDEL,
service du Dr GUENNOC
- MODE D'HOSPITALISATION : PAGE 86
La place de l'extra-hospitalier dans le secteur 22 G 05
par Bernard BIDAN, Gilbert LEVENE, Chantal REBOUX,
service du Dr VANHOOVE
- LE ROLE DE L'ERGOTHERAPIE DANS LE PROCESSUS DE SOINS PAGE 97
par Marcel DAVID,
service Ergothérapies
- LA PLACE DE L'UNITE D'ALCOOLOGIE DANS LA POLITIQUE DE SECTEUR PAGE 102
par Maryse BERNARD,
service du Dr VANHOOVE
- IDENTIFICATION DU SERVICE INFIRMIER : PAGE 112
La démarche de soins
par Maryse DELACROIX, Noël REHEL,
Anne-Marie LE GUENNEC,
service du Dr VANHOOVE
- SYNTHESE ET PERSPECTIVES PAGE 115
par Paul LEFEBVRE, Directeur.

Au XVIII^e siècle, sous l'impulsion de Saint-Vincent de Paul, les aliénés furent recueillis et placés dans des dépendances d'hôpitaux inhabitées, dans des dépôts de mendicité ou dans des maisons religieuses.

HISTORIQUE GENERAL DE LA PSYCHIATRIE

L'Antiquité a connu et décrit la folie et elle la considérait comme une manifestation divine : les aliénés sont des dieux ou des individus en proie à des divinités infernales.

460 ans avant Jésus-Christ, Hyppocrate reconnut le premier la nature pathologique de la folie, institua un traitement médical en combattant les pratiques médico-religieuses et souligna l'importance du rôle des soignants auprès des malades.

Au cours de la période gréco-romaine, Coelius Aurelianus fut le premier à préconiser le "no-restraint", c'est-à-dire l'abstention des moyens de contention pour les malades.

Avec le Christianisme, nous voyons apparaître les premiers sentiments de pitié et de charité.

Mais le Moyen-Age fut une période de récession avec un retour aux superstitions. Le Fou du Moyen-Age, possédé du démon, connaissait un bien triste sort : on se moquait de lui, mais bien souvent par crainte de contagion, on l'enfermait, l'enchaînait, voire on le brûlait pour sorcellerie.

NAISSANCE DE LA PSYCHIATRIE CONTEMPORAINE

A la faveur de la Renaissance, des écrivains comme Montaigne et Rabelais, des philanthropes comme Saint Vincent de Paul, Saint-Jean de Dieu, des médecins tels Sydenham et Tissot s'employèrent à détruire les préjugés de certains médecins et du public.

C'est à cette époque de la Renaissance que "Les Frères de la Charité", venus d'Espagne, construisirent les premiers établissements appelés "Asiles" où les malades étaient soignés selon les connaissances de l'époque.

Au XVIIe siècle, sous l'impulsion de Saint-Vincent de Paul, les aliénés furent recueillis et placés dans des dépendances d'hôpitaux inhabités, dans des dépôts de mendicité ou dans des maisons religieuses.

En 1660, d'après un arrêté du Parlement, les aliénés étaient hospitalisés à Paris, d'abord à l'Hôtel Dieu où plusieurs malades couchaient dans le même lit et où aucun traitement sérieux n'était institué. Après plusieurs semaines de séjour, on transférait ces malades à CHARENTON, à la SALPETRIERE ou à BICETRE, qui étaient dénommés hôpitaux pour incurables et où persistaient des attitudes hautement répressives.

Du XVIe au XVIIe siècles, l'image représentant le personnel soignant était lamentable. On parlait des garde-malades comme des garde-chiourmes issus de la plus basse couche de la société. Il n'y avait aucune formation, l'exemple servait d'apprentissage.

Au XVIIIe siècle, les Frères Saint-Jean de Dieu réalisèrent une oeuvre importante, tant en matière d'assistance, de traitements que de créations d'établissements.

Mais, jusqu'au début du XIXe siècle, les établissements restèrent peu nombreux ; beaucoup de malades vivaient en liberté, exposés à tous les dangers ou bien étaient séquestrés dans les prisons comme des criminels.

Les découvertes scientifiques du XIXe siècle vont entraîner de nombreux bouleversements et susciter un besoin de connaissances plus poussées pour le personnel soignant.

NAISSANCE DE LA PSYCHIATRIE CONTEMPORAINE

Le courant de la Psychiatrie contemporaine prend sa source à la fin du XVIIIe siècle, à partir des réformes dues à PINEL : médecin de BICETRE, aidé de son surveillant POUSSIN, Pinel fit tomber les chaînes des Aliénés et les traita en malades auxquels la société doit assistance.

Pinel eut comme continuateur de son oeuvre ESQUIROL, médecin de la Maison Nationale de CHARENTON qui participa étroitement à l'élaboration de la loi du 30 juin 1838.

LOI DU 30 JUIN 1838

Les buts de cette loi sont :

- de provoquer la création d'établissements spécialisés,
- d'assurer la sécurité publique, tout en protégeant la sécurité individuelle,
- de déterminer les conditions juridiques de l'"aliéné".

A l'époque, deux notions se dégagent de cette loi :

1) La protection de la société contre la personne atteinte de troubles mentaux (c'était isoler le malade pour qu'il ne puisse nuire).

2) La protection du malade contre la société (celui-ci ne jouissant pas de toutes ses facultés pour se défendre).

Notons que la loi de 1838 obligea chaque département à se doter d'un établissement spécialisé pour recevoir et soigner les malades mentaux.

Cette loi de 1838 donna aux aliénés un statut propre qui les protégeait et les élevait à la dignité des malades.

Elle fut aussi la consécration officielle par les pouvoirs publics de la médecine psychiatrique.

Loi d'assistance qui fut également une loi de police dont la finalité était d'assurer l'ordre et la sécurité publics.

Dans l'esprit du législateur de l'époque, "l'asile" est fait pour soigner mais aussi pour enfermer.

La primordialité du caractère de sécurité à l'époque fait que l'hôpital psychiatrique, avec ses hauts murs et ses fenêtres grillagées, se rapproche beaucoup plus de la maison de détention.

Fort heureusement, les conceptions anciennes sur l'assistance psychiatrique ont subi une importante remise en cause ; remise en cause due à une évolution générale de la société et à la découverte de moyens thérapeutiques nouveaux.

DEPUIS 25 ANS

Il reste cependant que les maladies psychiatriques sont difficilement "reconnues" par la société.

L'atteinte de la personnalité se traduisant par des troubles du comportement est difficilement compatible avec "un ordre social établi".

Ces pathologies, souvent mal connues du public, font peur. Ce sentiment de rejet est d'autant plus accentué qu'il est parfois favorisé par une vulgarisation médiatique, diffusée trop souvent à mauvais escient.

L'acceptation de ce type de pathologies passe obligatoirement par un changement de mentalité de l'opinion publique, changement qui pour l'instant ne s'amorce que timidement. Amorce qui pourtant n'est pas négligeable, comme va vous l'exposer mon collègue, Monsieur Claude LE BRETON.

- LE SERVICE SAINT-ROCH recevant à peu près toutes les entrées.

Plusieurs services étaient rattachés à l'unité de soins de SAINT-ROCH :

- le service JEANNE D'ARC où logeaient les "travailleurs";
- le service SAINTE CAMILLE recevant tous les malades tuberculeux de l'Hôpital,
- et le service où était assurée l'insulinothérapie.

L'équipe infirmière comprenait :

- Un religieux infirmier chef de service
- Deux chefs d'unité de soins
- Deux infirmières spécialisées
- Quatre infirmiers psychiatriques.

EVOLUTION DES SERVICES D'ADMISSION

A L'HOPITAL SAINT-JEAN DE DIEU

DEPUIS 25 ANS

1989
- 25

1874

Il y a 25 ans, seuls les hommes étaient admis, les femmes étant obligatoirement adressées à l'Hôpital du BON SAUVEUR de BEGARD.

L'Hôpital Saint-Jean de Dieu comprenait alors deux services d'admission :

- L'INFIRMERIE recevant les "gens bien", c'est-à-dire ne présentant pas de troubles importants du comportement. Ce service avait la responsabilité :

- des consultations spécialisées
- du service de radiologie
- et du bloc opératoire.

- LE SERVICE SAINT-ROCH recevant à peu près toutes les entrées.

Plusieurs services étaient rattachés à l'unité de soins de SAINT-ROCH :

- le service JEANNE D'ARC où logeaient les "travailleurs";
- le service SAINTE CAMILLE recevant tous les malades tuberculeux de l'Hôpital,
- et le service où était assurée l'insulinothérapie.

L'équipe infirmière comprenait :

- Un religieux infirmier chef de service
- Deux chefs d'unité de soins
- Deux infirmiers spécialisés
- Huit infirmiers psychiatriques.

A cette époque, les soins somatiques représentaient l'essentiel du travail infirmier :

* Tous les malades ayant un épisode infectieux aigu ou somatique y étaient soignés (grippe, OAP, etc...), les malades au comportement difficile ayant subi une intervention chirurgicale, ainsi que ceux qui devaient subir un tubage gastrique.

Le rôle de chaque infirmier était défini par quinzaine.

L'équipe infirmière était aidée dans les tâches ménagères par des malades "travailleurs". A certains, même, étaient confiées des responsabilités telles que la tenue du bar ou du bazar, par exemple.

LES CONDITIONS D'ADMISSION

A cette époque, elles se faisaient rarement dans de bonnes conditions : le SERVICE LIBRE n'existait pas et on ne rentrait donc qu'en PLACEMENT VOLONTAIRE ou PLACEMENT D'OFFICE.

Il n'était pas rare de voir le malade arriver attaché et ligoté sur un brancard.

Les trois médecins psychiatres de l'établissement avaient des malades dans chaque service d'admission et ceci n'offrait pas que des avantages.

L'équipe soignante était si occupée aux soins somatiques et au confort des malades qu'elle avait peu de temps à consacrer à la relation avec les malades.

Les rôles principaux des infirmiers à l'époque étaient de leur assurer le meilleur confort possible à l'établissement, et surtout, de ne pas les couper avec l'extérieur.

Le Père Prieur a ainsi inauguré la première kermesse du 1er mai et commençait à diminuer la hauteur des murs.

Dès que l'état de santé des malades s'améliorait, ils étaient mutés dans d'autres services pour des activités ergothérapeutiques ou bien sortaient.

A cette époque, la durée de séjour était plus longue, l'absence de lieux de consultation à l'extérieur ne permettant pas, sans doute, des sorties plus rapides.

LA SECTORISATION

La sectorisation se fit d'abord intra-muros, l'hôpital étant réparti en quatre secteurs (trois adultes et un enfant). Chaque médecin put ainsi appliquer sa politique de soins comme il l'entendait.

Les services SAINT-LOUIS, SAINT-MICHEL et SAINT-JOSEPH furent attribués au secteur L3, sous la direction du Docteur GUENOC.

Le service d'admission (service SAINT-PAUL) fut ouvert dans l'un des locaux du service SAINT-JOSEPH.

Le service EXTRA-HOSPITALIER vit alors le jour, avec le développement des visites à domicile et des consultations d'hygiène mentale et aussi l'ouverture de certains dispensaires d'hygiène mentale.

Ainsi, donc, l'hôpital n'était plus le seul endroit où l'on soignait le malade mental et les sorties pouvaient être envisagées plus rapidement grâce à ce service près du domicile du malade.

Le changement était important : l'infirmier psychiatrique devenait l'infirmier de secteur psychiatrique.

Autre élément important :

La création d'un SERVICE LIBRE à l'Hôpital SAINT-JEAN DE DIEU. L'ouverture de ce service libre allait entraîner une modification importante dans les entrées des malades mentaux. A partir de cette date, on n'allait plus recevoir que les gens nécessiteux, indigents ou violents mais aussi les sujets déprimés.

L'hôpital s'adressait à une catégorie de la population plus importante.

La prise en charge des malades fut également différente. Les soignants durent s'adapter et c'est à cette époque que des formations professionnelles furent proposées aux infirmiers désireux de mieux répondre à leur nouveau rôle.

Toute cette évolution eut une répercussion sur les malades mentaux chroniques installés depuis de nombreuses années à l'hôpital. Le changement était tel que certains s'intéressèrent aux nouvelles activités et commencèrent à sortir de plus en plus. Le développement de la sociothérapie permit d'envisager plusieurs sorties.

Dans ce tourbillon de nouveautés, de soins, de bouleversements, la décision fut prise de recevoir des malades femmes et d'envisager la mixité du personnel. L'ouverture de ces services se fit le 1er juin 1972.

X

Le 1er avril 1979, s'ouvrit le service ACCUEIL pour répondre à la nouvelle clientèle du secteur L3 (états dépressifs, tentatives de suicides, etc...) et ceci dans le cadre de la politique psychiatrique définie par les médecins.

ROLE DU SERVICE ACCUEIL

Le service ACCUEIL est une possibilité de soins s'inscrivant dans un éventail thérapeutique allant de la consultation spécialisée au dispensaire, à l'hôpital, au CAT, aux appartements protégés, aux visites à domicile, etc...

Le service ACCUEIL offre la possibilité d'une hospitalisation complète ou partielle, de jour ou de nuit.

Les durées de séjour varient de quelques jours à quelques semaines. Les pathologies traitées sont variées : états dépressifs, tentatives de suicide, cures de désintoxication, bouffées délirantes, etc...

OBJECTIF DU SERVICE

L'objectif est de permettre au malade de trouver un équilibre socio-psychologique, pour l'amener à se réinvestir, à vivre de la manière la plus autonome et à être accepté dans le cadre de vie qui sera le sien à la sortie du passage difficile qu'il vient de traverser.

Depuis la mise en place du surveillant unique en mai 1988, un projet de service s'inscrivant dans un projet global de secteur a été élaboré et son utilisation permet de rendre l'équipe soignante plus performante et d'utiliser au mieux les compétences de chaque soignant.

En effet, le séjour à l'hôpital étant de courte durée, il est indispensable d'avoir une prise en charge personnalisée. Pour cela, il est nécessaire de recueillir rapidement tous les éléments permettant de soigner et d'aider le patient à régler ses problèmes.

L'équipe soignante agit en étroite collaboration avec la famille, l'environnement et le service extra-hospitalier.

Le dossier de soins est l'outil indispensable où doivent figurer toutes les informations concernant les antécédents, les objectifs à atteindre, la démarche de soins, les observations, les évaluations et les conclusions.

L'élaboration de ce recueil d'informations est l'objet de fréquentes discussions lors des réunions hebdomadaires avec le médecin du service. Différentes expériences sont tentées et certaines retenues.

Au cours de ces réunions hebdomadaires sont abordés tous les problèmes concernant les malades, l'organisation du service et la mise en place d'activités socio-thérapeutiques, ergothérapeutiques ou autres.

Le projet thérapeutique est défini non seulement pour l'ensemble des services, mais également pour chacun des malades.

Le rôle soignant de l'infirmier psychiatrique est régulièrement précisé, expliqué, pour éviter de retomber dans les erreurs d'il y a 25 ans.

Ainsi, si beaucoup a été fait depuis 25 ans à l'Hôpital SAINT-JEAN DE DIEU, nous pensons qu'il reste encore beaucoup à faire.

L'infirmier doit prendre conscience de son rôle spécifique de soignant et oublier de nombreux travaux qu'il devait effectuer autrefois.

Il doit être plus près du malade, attacher la plus grande importance à la relation avec celui-ci. Il trouvera alors sa véritable place dans le projet thérapeutique du secteur.

STRUCTURES ET CONDITIONS D'ACCUEIL

PREAMBULE

Une précision avant de commencer : nous ne parlerons que de ce qui se passe au Service St Roch puisque Madame HARO et moi qui avons travaillé ensemble sur cet exposé ne pouvons parler que de notre action au Service St Roch. Notre communication comprend quatre parties :

- une première qui consistera dans la présentation du secteur 22 G 05,
- une seconde qui sera le constat de la situation actuelle,
- dans la troisième partie, nous avons tenté de faire une analyse,
- la quatrième étant une recherche portant sur ce que pourrait être l'accueil.

1/ PRESENTATION DU SECTEUR 22 G 05

Le secteur 22 G 05 est une petite zone rurale qui s'étend sur 732 km². Il est composé de la ville de DINAN, des communes du canton de DINAN-OUEST, PLELAN-LE-PETIT, PLANCOET, JUGON, PLOUBALAY et MATIGNON, soit au total cinquante communes représentant une population de 67 000 habitants.

La zone de DINAN est, comme toutes les zones non universitaires, déficitaire en jeunes de moins de 20 ans.

Le secteur est peuplé de 13 500 personnes âgées de plus de 60 ans, 80 % de la population habitent en maisons individuelles et 70 % sont propriétaires de leur logement.

Les structures d'accueil du secteur sont théoriquement au nombre de trois ; il faut préciser que le secteur est sous-sectorisé ; il comprend :

- Le service ARGOAT, mixte, qui prend en charge les personnes âgées de 18 à 99 ans de la ville de DINAN, des communes du canton de DINAN-OUEST et celles du canton de PLELAN-LE-PETIT. C'est un service de 37 lits situé sur deux niveaux (4e et 5e étages).

- Le service SAINT-ROCH, mixte, composé de 16 lits au rez-de-chaussée (courts séjours) et de 27 lits à l'étage (moyen et long séjour), où sont réhospitalisées parfois des personnes pour la quatrième fois ou plus. Le service SAINT-ROCH reçoit les hommes de 18 à 99 ans et les femmes de 18 à 65 ans habitant des communes des cantons de PLANCOET, JUGON, PLOUBALAY, MATIGNON.

- Le service LES JONQUILLES reçoit les femmes de plus de 65 ans des mêmes communes ; c'est un service de 25 lits qui, depuis quelques années, ne dispose plus que de un à deux lits dits "d'admission".

Nous serions tentés de dire que le secteur 22 G 05 ne dispose que de deux structures d'accueil.

2/ CONSTAT DE LA SITUATION ACTUELLE

Nous devons préciser que nous recevons encore des personnes qui s'arrêtent à la conciergerie de "CASSEPOT" et qui ont du mal à trouver l'entrée du C.H.S.

Un arrêt au standard est nécessaire pour une bonne orientation : renseignements pris, il n'est pas toujours facile de trouver le bureau des entrées.

A partir de là, l'orientation vers le service d'accueil se fait parfois compliquée (exemple : problèmes de lits disponibles, personnes hors secteur ou encore lieu de résidence mal connu).

Après un voyage à travers l'hôpital, c'est par ascenseur ou par les escaliers que la personne arrive au service, celui-ci ayant été au préalable prévenu par le surveillant chef.

L'arrivée au service se fait par la salle de séjour étant donné que c'est la seule salle commune, beaucoup de personnes s'y trouvent, souvent c'est le moment du dîner.

L'accueil est fait par un infirmier qui deviendra référent ; cela commence par la présentation de la chambre (individuelle dans un premier temps), puis commentaire du livret d'accueil si la pathologie le permet où figurent les points importants de l'organisation du service, des précisions doivent souvent être apportées.

L'interne de garde ou le médecin est appelé ; il faut préciser que celui-ci a, en plus des admissions, tous les problèmes somatiques liés au C.H.S. ; c'est en attendant l'arrivée de l'interne que le travail infirmier va s'engager plus précisément.

Le premier contact qui s'établit lors de l'accueil est important ; le rôle de l'infirmier sera le plus souvent d'observer, d'écouter, de réassurer, essayer de dédramatiser la situation tout en restant conscient des problèmes.

- Rappporter les faits tels qu'ils sont pour éviter d'interpréter :

- Sans être directif, l'infirmier peut aider la personne par le langage, des gestes ou par une attitude encourageante. La compassion, la sympathie, la suggestion peuvent avoir, tour à tour, leur place.

- Il faut faire attention aux questions stéréotypées car elles peuvent être interprétées comme faisant partie d'une enquête policière.

- Ecouter la personne hospitalisée ne signifie pas s'installer avec elle dans le silence, il faut rompre ce silence parfois angoissant et ne pas la laisser longuement dire n'importe quoi.

- Lorsque la personne fuit dans des propos peu cohérents, il convient d'adopter une attitude dynamique et de la ramener dans la réalité.

Une personne ayant déjà été hospitalisée plusieurs fois doit être écoutée et observée avec autant d'attention qu'une première fois.

- Il faut se donner des limites dans le temps : il est préférable d'en avertir la personne plutôt que de regarder avec insistance sa montre.

Il faut bien préciser les demandes et de qui elles viennent, soit de la personne soignée ou de sa famille.

- Redoubler d'attention lorsque la personne est difficile à suivre et à comprendre, lorsque la personne est submergée par l'angoisse, la peur, l'incompréhension et la maladie.

- Respecter l'intimité et le confort de la personne, avoir une attitude d'écoute en utilisant la technique de reformulation, en évitant de couper la parole, de parler à sa place.

- Etre neutre, ne pas porter de jugement, accepter les différences.

A l'arrivée de l'interne de garde, la personne hospitalisée aura un entretien : par contre, l'infirmier pourra, à partir de ce moment, rencontrer la famille qui elle aussi est souvent angoissée. Il sera possible de recueillir des données qu'elle n'aura pas pu ou voulu donner en présence de la personne hospitalisée.

Le temps passé avec la famille peut être plus important parfois lorsque la personne est confuse ou délirante.

Après l'entretien de l'interne avec la personne puis sa famille, une thérapeutique sera mise en place.

Toutes les données recueillies seront ensuite consignées sur le dossier de soins.

3/ ANALYSE DE CE CONSTAT

Nous pouvons dire qu'à partir des remarques faites par les personnes hospitalisées ou leurs familles que le C.H.S. n'est pas clairement indiqué à l'entrée de la ville, que le fléchage à l'intérieur n'est pas suffisamment voyant.

Les services administratifs sont, en ce qui concerne les personnes hospitalisées dans le secteur 22G05 trop excentrés. Il faut se déplacer pour aller chercher les papiers d'entrée (fiche contact, puis certificat médical).

Les services ne sont pas toujours faciles d'accès ; je pense plus particulièrement à ARGOAT mais aucun dans le secteur n'est de plain-pied.

L'entrée par la salle de séjour est parfois angoissante pour la personne qui arrive et déstabilisante pour les personnes présentes. Une solution pourrait être apportée en indiquant l'entrée à l'autre extrémité du service.

Il faut se présenter et se sentir naturel. Depuis quelques mois de nombreuses personnes âgées sont présentes dans le service, ce qui n'est pas sans poser des problèmes, car nous devons fermer le service à clé (risque de fugues ou de chutes dans un escalier). Certaines personnes désorientées vont fouiller dans les chambres des autres ou se couchent dans leurs lits. Nous nous efforçons d'expliquer ces situations aux personnes hospitalisées qui ne le comprennent pas toujours.

Le problème de disponibilité est important car l'accueil en dépend mais les problèmes d'effectifs (maladie, formation permanente) peuvent parfois être en partie comblés par une meilleure organisation du travail.

Le service est souvent fermé à clé et il faut expliquer aux personnes hospitalisées en service libre le pourquoi de la fermeture ; mais il faut avouer que cela n'est pas toujours bien vécu.

4/ CE QUE POURRAIT ETRE L'ACCUEIL

L'ENTREE EN PSYCHIATRIE EST LIEE A DEUX NOTIONS:

- La notion de crise : c'est un évènement qui amène le dénouement en tragédie. En médecine, on parle d'une variation brusque dans une maladie qui indique soit la guérison prochaine, soit l'aggravation : notion de rupture, conflit, tension (ex: crises dans le cours normal d'un processus de maturation, dans un contexte accidentel, deuil, maladie).

- La notion d'urgence : en psychiatrie appelée le plus souvent aussi détresse psycho-sociale impliquant une intervention immédiate. C'est la réponse du groupe à l'individu en crise qui produit un symptôme. C'est aussi le passage d'une situation privée à une situation publique.

Si l'on prend la définition du Petit Robert, l'accueil "c'est la manière de recevoir quelqu'un, de se comporter avec lui quand on le reçoit ou quand il arrive".

L'accueil en psychiatrie est le moment privilégié de l'hospitalisation ; c'est souvent pour la personne hospitalisée et sa famille le premier contact avec ce milieu.

Le premier contact est important : l'on a en face de soi quelqu'un qui est anxieux, angoissé, dépressif, agité.

Il faut se présenter et se montrer naturel. Ce premier entretien va être le moment pour recueillir ces données, première phase de la démarche de soins. Ce recueil est complexe et doit être orienté. Cela suppose un but de recherche, une intention, un objectif. Il ne faut pas oublier que chaque personne est un être unique avec ses particularités, ses problèmes spécifiques.

La réflexion professionnelle, fruit de l'expérience acquise, doit orienter, guider la recherche d'informations. Elle doit être pertinente, c'est-à-dire prendre une signification dans la situation.

La démarche de soins est destinée à un individu : l'homme est un être complexe à plusieurs dimensions, un être bio, psycho, socio, culturel.

L'observation permet de recueillir des données objectives alors que l'entretien cernera davantage les données subjectives du domaine du ressenti ou de l'histoire de la personne.

Il faudra toujours garder l'esprit disponible pour enregistrer tout élément qui s'écarte du but prévu.

S'efforcer d'accepter des systèmes de valeurs différentes du sien.

En conclusion, nous pouvons dire que l'entretien lors de l'accueil requiert de la délicatesse, du discernement de la perspicacité, et surtout de l'expérience ; souvent un entretien ne suffit pas pour recueillir tous les éléments, il est alors nécessaire de renouveler celui-ci dans le temps. Toutes ces données pertinentes recueillies doivent être retranscrites sur le dossier de soins, il sera important d'écrire lisiblement, d'adopter des abréviations connues de tous. Tendre vers l'objectivité en distinguant ce qui est dit par la personne. Si des interprétations sont faites, les inscrire comme des hypothèses et non comme des faits établis.

C'EST A PARTIR DE CES ELEMENTS QUE LA SITUATION POURRA ETRE COMPRISE GRACE A L'ANALYSE DE CES DONNEES.

UN MEILLEUR ACCUEIL, POUR QUI ? POUR QUOI ?

A/ POUR LA PERSONNE HOSPITALISEE, pour sa sécurité, on ne peut pas ne pas s'organiser, nous devons gérer la crise pour rétablir un courant de communication auprès de la personne hospitalisée et de sa famille.

Il faut éviter les erreurs d'orientation car se présenter dans deux, voire trois services pour trouver un lit ne devrait pas arriver.

Il faut toujours être au courant du nombre de lits disponibles, avoir une chambre libre en permanence, ce qui n'est pas toujours possible.

Aider la personne ou sa famille dans ses démarches administratives.

Ne pas oublier la notion de temps dans un service de court séjour car l'hospitalisation peut être de courte durée (24 H ou 48 H).

Il peut s'agir tout simplement d'une hospitalisation ou non pour un réajustement du traitement, pour un suivi : la personne profitera alors de cette "berge cadrée" au contact de spécialistes.

B/ POUR LE PERSONNEL INFIRMIER : c'est l'infirmier qui accueille en premier lieu, apaise, il fait patienter, écoute, dédramatise, c'est reconnaître sa fonction d'accueil et lui en donner les moyens, c'est-à-dire lui faciliter une analyse de la situation plus rapidement, c'est favoriser la clarté et la cohérence dans l'organisation, le discours et dans l'acte.

C'est pour lui permettre de gérer la crise et donc c'être plus efficace auprès de la personne et de sa famille.

Au sein d'un service d'accueil, il faut une bonne connaissance des rôles de chacun dans l'intérêt de la personne hospitalisée.

Une bonne organisation dans le travail est nécessaire afin d'être le plus disponible possible auprès des soignés.

L'accueil est une étape importante pour la personne hospitalisée et sa famille qui arrive en milieu spécialisé ; il l'est aussi pour le soignant car son action près de la personne restera toujours tributaire de cet accueil.

Pour conclure, nous ferons quelques propositions de structures susceptibles d'améliorer l'accueil de la personne hospitalisée ou non mais il faut bien préciser qu'il en existe d'autres.

- AU NIVEAU DU C.H.S.

Il s'agit d'un service ou centre d'accueil permanent, dans l'enceinte de l'hôpital commun à plusieurs secteurs. La durée maximale de séjour ne peut excéder 24 H avec un psychiatre de garde détaché dans ce service et d'un infirmier ainsi que d'une personne chargée du standard.

- A L'HOPITAL GENERAL (STRUCTURE D'ACCUEIL NEUTRE)

Il s'agit de quelques lits de psychiatrie insérés sur le plateau des urgences où la durée maximale de séjour ne peut excéder 24 H. Elle nécessite la présence d'un médecin psychiatre et d'un infirmier psychiatrique.

- AU NIVEAU D'UNE STRUCTURE EXTRA-HOSPITALIERE

Ce peut être le centre d'accueil permanent, d'un ou de plusieurs secteurs quand les structures extra-hospitalières et les moyens en personnel sont déjà importants. Cette structure comporte deux ou trois lits ; la durée de séjour ne dépasse pas 24H. Elle est composée d'un infirmier psychiatrique et d'un médecin psychiatre sur place ou d'astreinte à domicile.

CE TRAVAIL DE REFLEXION A ETE ELABORE PAR :

- Liliane HARO, Infirmière à SAINT-ROCH
- Pierrick BENOIT, Surveillant à SAINT-ROCH.

LES ETATS DEMENTIELS ET LA PSYCHIATRIE

En 1986, Monsieur le Directeur nous proposait d'élaborer un programme d'établissement au regard d'une part des nouvelles lois et circulaire de mars 1986 définissant les structures extra-hospitalières susceptibles de répondre aux besoins et d'autre part des contraintes économiques qui pesaient sur l'établissement au travers du déséquilibre des régimes d'assurance maladie.

Il nous faisait part de sa crainte :

"La personne âgée n'aurait plus le droit d'être touchée par la maladie ou alors pas au même prix que les plus jeunes, d'où l'affirmation d'inadéquation en découlant avec des propositions de longs séjours psychiatriques ou de forfait particulier.

Il nous fixait deux objectifs :

- Mettre en oeuvre un nouveau développement de l'extra-hospitalier, cherchant notamment à répondre, partiellement du moins, à la demande des personnes âgées.

- Mettre en oeuvre des moyens propres à faciliter à notre niveau de compétence, le maintien à domicile des personnes âgées, et prévoir des interventions dans les institutions qui leur sont réservées.

A plus long terme, nous devons envisager la mise en place de structures nouvelles, correspondant aux textes en vigueur, et surtout aux problèmes réels, refusant par avance toute concession aux modes.

De son côté, le Conseil départemental de Santé Mentale souhaitait mieux connaître les besoins spécifiques des personnes âgées en institution et a diligenté à cet effet une enquête en 1988, enquête réalisée dans les longs séjours, les maisons de retraite et les foyers logements avec cure médicale.

Il en ressort :

- 71 % soit 635 personnes hébergées en long séjour ont une pathologie psychiatrique ; 318 cas soit 50 % étaient des démences.

- 851 personnes, soit 43 % des personnes hébergées en maison de retraite ou foyer-logement avec cure médicale, présentent une pathologie psychiatrique ; 237 étant des états démentiels. 11 % de cette population, soit 251 personnes, ont des troubles du caractère qualifiés de gênants.

Dans sa conclusion, le groupe note :

a) L'importance de la morbidité psychiatrique parmi la population hébergée.

b) l'absence de rejet systématique de cette population.

c) la forte demande exprimée d'une collaboration étroite et planifiée avec les équipes de secteur, avec deux objectifs :

- le suivi individuel des clients
- une action institutionnelle auprès des personnels.

Par ailleurs, une réflexion pluri-disciplinaire et pluri-institutionnelle était engagée à l'initiative du C.C.A.S. de la Ville de SAINT-BRIEUC, regroupant des institutions aussi variées que la D.D.A.S.S., des maisons de retraite publiques et privées, des travailleurs sociaux, des élus et des professionnels de la santé.

De là aussi il ressort la nécessité absolue de la collaboration étroite entre les infirmiers psychiatriques, les services de maintien à domicile, et les travailleurs sociaux du département. Pour répondre à ces attentes, il nous faut donc nous interroger sur notre pratique actuelle et notre capacité à satisfaire la demande.

Le but est de concevoir une prise en charge (infirmière) adaptée à la pathologie démentielle, que ce soit à l'hôpital psychiatrique, dans les institutions substitutives, au domicile, ou dans le milieu ordinaire de vie.

Un premier constat concernant notre établissement :

- les locaux et l'organisation des soins fonctionnent depuis longtemps et n'ont pas été conçus pour les états démentiels, d'où une inadéquation. Il a résulté que c'est la personne âgée qui doit s'adapter au service et à l'institution, malgré les initiatives infirmières pour pallier à cette situation.

- le personnel : force nous est de constater que la formation initiale que nous recevons est très insuffisante par rapport aux problèmes spécifiques posés par la détérioration mentale, les soignants "affectés" dans les services de personnes âgées se sentent trop souvent marginalisées par rapport au reste de l'institution, voire abandonnées par l'encadrement médical, d'où une certaine

rotation du personnel propice ni à l'émergence d'une dynamique d'équipe, ni à une réflexion sur notre travail.

Un deuxième constat concernant les personnes actuellement hospitalisées dans notre secteur (Notre Dame et SAINT-AUGUSTIN) :

- Sur 28 états démentiels, on remarque :

- . une personne a 53 ans
- . deux personnes ont entre 60 et 65 ans
- . quatre personnes ont entre 65 et 70 ans
- . deux personnes ont entre 70 et 75 ans
- . six personnes ont entre 75 et 80 ans
- . sept personnes ont entre 80 et 85 ans
- . trois personnes ont entre 85 et 90 ans
- . trois personnes ont entre 90 et 95 ans.

- Que treize personnes vivaient précédemment chez elles ou dans leurs familles ; trois viennent de maison de retraite, cinq de foyer-logement, une de long séjour et six autres de l'hôpital psychiatrique.

- Qu'une dizaine pourrait bénéficier d'une autre orientation et majoritairement d'un long séjour.

Quelle est donc la démarche infirmière ?

A l'admission, c'est d'abord une observation précise et le recueil d'éléments symptomatologiques et biographiques, permettant la mise en place d'un processus de soins. Ce n'est qu'ensuite, au quotidien, que l'on pourra travailler sur les repères (temporo-spatiaux, affectifs, biographiques...) et les manifestations spécifiques à chacun.

Les réponses novatrices supposent une rupture avec la représentation qu'on a habituellement du service infirmier. A titre d'exemple, nous avons mis en place une activité cuisine pour personnes âgées depuis 18 mois.

L'idée initiale était d'appréhender le patient dans sa globalité pour compléter les observations faites par les services, à partir des critères habituellement utilisés. A savoir le degré d'autonomie à travers des rites (habillage, hygiène, alimentation...) qui nous semblaient insuffisants pour mettre en place un projet cohérent et spécifique à chacun d'entre eux. Nous avons ainsi pu mettre en évidence que, même les plus "détériorés", ont un potentiel inexploité :

- dynamique de vie
- possibilité de communication
- demande affective trop importante.

L'activité cuisine est le support à un travail thérapeutique intervenant sur plusieurs plans :

- la reconnaissance de soi et des autres : ils existent parce qu'ils font partie d'un groupe actif, qu'ils ont le choix de venir ou non et de s'exprimer à ce sujet, qu'ils sont consultés pour l'élaboration des menus. Ils sont très attentifs à ce qui se passe autour d'eux : se saluent (se serrent la main), font des commentaires sur les nouveaux vêtements. Ils sont à même de prendre des initiatives tout en conservant leur rythme et leurs possibilités. Cette reconnaissance passe aussi par le travail de préparation (maquillage et toilette) effectué dans le service.

- Sur la désorientation : l'activité se déroule le mardi de chaque semaine avec les mêmes intervenants.

- Sur l'amnésie : stimulation importante par l'appellation répétée des objets et denrées utilisés, travail par petits groupes à la préparation d'un plat - rangement des ustensiles.

- Sur le plan de la mobilisation physique (se rendent à pied ou en voiture au local) de la dextérité manuelle (retrouvent des gestes anciens) insoupçonnée, laissant à penser que cette habileté peut être exploitée dans d'autres domaines, notamment l'habillement.

Mettre en place une telle activité n'est malheureusement pas aussi simple qu'on pourrait le penser :

- dès le début, nous avons pu constater l'image négative que sous-tend la démence par l'idée du caractère irréversible du processus.

- les difficultés à obtenir un local que nous venons de recevoir et que nous aménageons actuellement.

- les difficultés à nous dégager du temps pour cette activité qui ne semble pas toujours prioritaire pour certains collègues. Mais cela progresse, et nous avons pu assurer l'animation de façon hebdomadaire en 1989. Une dizaine de patients ont bénéficié de cette activité encadrés par trois intervenants (inf. et A.S.) dont un fixe et un représentant des deux services principalement intéressés (Notre-Dame et Saint-Augustin).

Pour terminer, des souhaits :

- Que nous puissions créer au niveau du secteur une équipe pluridisciplinaire (infirmiers, A.S. et A.S.H.) décidée à investir dans la prise en charge de la personne âgée. Cela implique nécessairement le volontariat, la disponibilité pour une formation complémentaire et actualisée aux problèmes spécifiques de la détérioration mentale.

- Gilbert LEVENE - Service extra-hospitalier

- Brigitte LAGRANGE - SAINT-ROCH

- Une équipe médicale qui définisse avec nous un mode de fonctionnement et une prise en charge compatible avec la politique de secteur et les besoins de la population.

- Nicole HEDE - DE MAGALLON

- Patrick QUICE - DE MAGALLON

- René JUVAUT - DE MAGALLON

- Des locaux fonctionnels à but thérapeutique.

Notre exposé se compose de six parties :

ONT PARTICIPE A CETTE REFLEXION :

- Anne BODIN - Aide-soignante
- Christian COLLEU - Aide-soignant
- Anne COMBOT - Psychologue
- Daniel COUNY - Infirmier
- Béatrice DAVY - Infirmière
- Jean-Claude FOUTEL - Surveillant
- Christophe GREAUD - Aide-soignant
- Guillemette LEROUX - Infirmière
- Jean MAINGUY - Surveillant
- Francis MORIN - Surveillant
- Béatrice SAINTILAN - Aide-soignante.

1/ PRESENTATION DU SECTEUR 22 C 05

Le secteur couvre le territoire géographique de :

- Dinan Ville
- Les cantons de Dinan Ouest
- Plélan le Petit
- Plancôët
- Rostignen
- Pleubalay
- Jagon.

La population est d'environ 67 000 habitants dans 13 000 personnes âgées de plus de 60 ans, soit un pourcentage de 21 %.

LE CURSUS DES PERSONNES AGEES

AU NIVEAU DU SECTEUR 22 G 05

Le groupe qui a participé à l'élaboration de cet exposé se compose de :

- Gilbert LEVENE - Service extra-hospitalier
- Brigitte LAGRANGE - SAINT-ROCH
- Soeur ADELE - LES JONQUILLES
- Marie-Odile LAGUITTON - LES JONQUILLES
- Simone LESAICHERRE - LES JONQUILLES
- Annie HEDE - DE MAGALLON
- Patrick OUICE - DE MAGALLON
- René JUVAUX - DE MAGALLON.

Notre exposé se compose de six parties :

- 1/ LA PRESENTATION DU SECTEUR
- 2/ LE TRAVAIL EXTRA-HOSPITALIER
Prévention et suivi
- 3/ L'HOSPITALISATION "COURTS SEJOURS" ST ROCH
- 4/ L'HOSPITALISATION "MOYENS ET LONGS SEJOURS"
- 5/ L'HOSPITALISATION "LONGS SEJOURS" DES
PERSONNES AGEES / DE MAGALLON
- 6/ LES STRUCTURES A DEVELOPPER ET LES SOUHAITS.

2/ EXTRA-HOSPITALIER : PREVENTION ET SUIVI

1/ PRESENTATION DU SECTEUR 22 G 05

Le secteur couvre le territoire géographique de :

- Dinan Ville
- Les cantons de Dinan Ouest
- Plélan le Petit
- Plancoët
- Matignon
- Ploubalay
- Jugon.

Sa population est d'environ 67 000 habitants dont 13 000 personnes âgées de plus de 60 ans, soit un pourcentage de 21 %.

Parmi ces personnes âgées, les femmes sont plus nombreuses que les hommes : 8000 femmes pour 5000 hommes différence qui va en s'accroissant avec l'âge.

Au niveau du secteur, les hospitalisations des personnes âgées représentent environ 2/5 des admissions.

Au niveau du C.H.S., le secteur se compose des services :

- SAINT-ROCH : admissions courts séjours
- ARGOAT : admissions courts séjours
- LES JONQUILLES : moyens et longs séjours
- DE MAGALLON : longs séjours
- SAINT-YVES : longs séjours
- ARVOR : longs séjours.

Le service extra-hospitalier assure la prévention et le suivi, gère le centre de jour, les appartements thérapeutiques et les appartements protégés.

Les services SAINT-ROCH et ARGOAT accueillent les personnes âgées en courts et moyens séjours.

Le service LES JONQUILLES accueille les personnes âgées en moyens et longs séjours.

Le service DE MAGALLON accueille les personnes âgées en longs séjours.

2/ EXTRA-HOSPITALIER : PREVENTION ET SUIVI

Le secteur intervient également auprès des personnes âgées. Ces prises en charge concernent globalement quatre types de patients :

- personnes âgées vivant seules et de façon autonome et commençant à présenter des troubles psychiques,

- personnes âgées autonomes, ayant un passé psychiatrique (hospitalisations en phase aiguë, consultations),

- personnes âgées non autonomes, dépendantes de leur famille ou d'une structure type foyer-logement, maison de retraite et présentant des troubles psychiques,

- personnes âgées non autonomes souffrant de troubles physiques et psychiques nécessitant des soins pluridisciplinaires importants (personnes grabataires par exemple).

INTERVENTIONS

Notre intervention peut démarrer dès l'hospitalisation quand elle a lieu.

Nous travaillons alors en étroite collaboration avec le service afin de connaître le motif de l'hospitalisation et l'évènement déclencheur des troubles.

Nous profitons de ce temps d'hospitalisation pour rencontrer le malade, observer son comportement dans le service et préparer sa sortie (contact avec la famille, le généraliste, le bureau d'aide sociale), l'hospitalisation ne devant répondre qu'à l'urgence.

Après l'hospitalisation, nous visitons ces personnes âgées afin d'évaluer leur réelle autonomie ainsi que leur capacité à gérer quotidiennement leur situation matérielle, financière et médicale. En cas de problèmes de santé, le généraliste est le premier appelé.

Dans le cas de personnes âgées vivant en institution et posant des problèmes en personnel, notre intervention pourra permettre une plus grande tolérance envers les difficultés de ces malades.

Ces rencontres améliorent notre connaissance des différentes institutions et favorisent les rapports entre l'hôpital et les structures d'accueil.

3/ SERVICE DE "COURTS SEJOURS" : SAINT-ROCH

Le premier contact de la personne âgée entrant dans l'institution psychiatrique a une importance capitale: de l'accueil dépendra souvent le comportement de celle-ci.

Quels que soient ses origines, sa culture ou son âge, l'être humain doit être respecté comme tel. Notre rôle principal à l'entrée est d'établir une relation humaine.

Un seul soignant prendra en charge le patient (notion d'infirmier référent).

Il faut créer autour de lui un climat de mise en confiance, de sécurité et d'écoute.

- par rapport à l'hospitalisation
- à la durée de l'hospitalisation
- au changement du lieu de vie (déracinement).

Dès le premier entretien, le malade aborde en effet l'ensemble des thèmes qui lui tiennent à coeur. Il parle de sa souffrance, des différents aspects de sa maladie (ses troubles), de ses contrariétés par rapport à ses enfants (sentiment d'abandon), de ses peurs (peur de la mort)...

Dans certains cas, il faudra savoir respecter le silence, attendre qu'il ait envie de s'exprimer. Une attitude d'aide affective s'exprimant par le toucher, les sourires, peut constituer les prémices d'entretiens futurs.

Dans d'autres cas, l'angoisse étant tellement présente, il faudra susciter la relation.

L'entretien est parfois impossible du fait de l'agitation, du délire. C'est auprès de la famille qu'il faudra collecter tous les renseignements concernant l'apparition des troubles, toutes les perturbations qu'ils auront entraînés.

Suivant l'état psychologique dans lequel se trouve le patient, la remise du livret d'accueil lui sera faite.

Dans toute hospitalisation, il faut songer également à l'accueil de la famille. Celle-ci est souvent anxieuse, maladroite et agressive. Elle a donc aussi besoin d'un accueil humain. Si elle part avant l'arrivée du médecin, l'inviter à prendre dans les jours qui suivent un rendez-vous avec celui-ci. Pendant l'hospitalisation de la personne âgée, elle devra toujours être présente.

Pour être thérapeutique :

Il est essentiel de connaître la biographie du patient. Celle-ci donne un éclairage indispensable à la compréhension des symptômes en précisant notamment les événements et les circonstances qui ont précédé leur apparition.

- Mentionner tous les examens, tous les renseignements techniques effectués :

- . les derniers bilans sanguins
- . les examens radiologiques
- . les interventions chirurgicales.

- Mentionner également et mettre en évidence tous les problèmes somatiques connus.

Tous ces renseignements seront consignés dans le dossier de soins.

- Mise en place d'une feuille de surveillance des différents paramètres, d'une feuille d'autonomie, application du traitement médical, feuille d'observation des premières quarante-huit heures.

Après ces premières 48 heures, une analyse sera faite.

Elle précisera dans quelle situation se trouve le malade :

- Foyer-logement
- Pose d'objectifs
- Mise en place de repères :

. dans l'espace : affichage d'une image à la porte de sa chambre,

. dans le temps : pose d'un calendrier,

. personnalisation de sa chambre : photos, souvenirs.

Chaque jour, tout nouveau changement sera consigné dans le dossier de soins infirmiers, de nouveaux objectifs seront posés.

La durée de l'hospitalisation à SAINT-ROCH est relativement courte. Elle est de l'ordre de 8 jours à 3 mois.

Notre but est de prévenir toute chronicisation à l'intérieur de l'hôpital :

- un retour au domicile chaque fois qu'il est possible,

- des sorties vers des structures plus adaptées (V 240).

Si une prise en charge s'impose :

- foyer-logement
- maison de retraite.

Si l'hospitalisation s'avère inévitable :

- le malade sera dirigé vers DE MAGALLON ou LES JONQUILLES.

4/ L'HOSPITALISATION "MOYENS ET LONGS SEJOURS"

Accueil et prise en charge des personnes âgées au service LES JONQUILLES :

Dans notre service LES JONQUILLES - moyens et longs séjours- nous recevons des personnes âgées de plus de 65 ans, présentant des troubles démentiels.

Ces personnes viennent de différentes structures :

- foyer-logement
- maison de retraite
- du domicile
- d'un service "courts séjours" en psychiatrie.

La moyenne d'âge du service est de 80 ans.

La durée moyenne du séjour est de 214 jours au 30 octobre 1989.

Le service a une capacité d'accueil de 25 lits (femmes).

MOTIF DE L'HOSPITALISATION :

L'aggravation des troubles du comportement peut compromettre temporairement ou définitivement leur maintien dans une structure à domicile.

Suivant l'évolution des troubles du comportement de la personne âgée, la prise en charge sera différente selon qu'il s'agisse d'un moyen ou long séjour.

Prise en charge de la personne âgée :

Avoir à l'esprit que toute hospitalisation est source d'angoisse. La personne âgée se retrouve dans un lieu inconnu, entourée de personnes qui lui sont étrangères, d'où l'importance de la rassurer.

- "MOYENS SEJOURS"

- Dès l'entrée, situer la personne dans le service

- Observer le comportement
- Evaluer son autonomie.

A partir de la connaissance du patient, le médecin et l'équipe infirmière définissent un projet de soins ayant pour objectif le retour vers le lieu de vie habituel.

Ce projet de soins aura pour but d'aider la personne âgée :

- à garder ou retrouver ses automatismes
- à s'orienter dans l'espace (personnaliser la chambre)
- à s'orienter dans le temps (calendrier, tableau journalier)
- à faire des exercices de mémorisation
- à participer à des activités (linge, fêter les anniversaires, promenades dans le parc)
- à garder contact avec sa famille (courrier, visite, téléphone).

- "LONGS SEJOURS"

La prise en charge pour les longs séjours sera différente car la dépendance psychique et physique est plus importante.

- augmentation des troubles du comportement (turbulence, sommeil)

- dégradation progressive de l'état général.

Notre objectif sera d'apporter à la personne âgée une meilleure qualité de vie.

Pour y parvenir, notre action portera sur :

- la rééducation à la marche (déambulateur, aider à marcher seul)
- aider à l'alimentation ou les alimenter
- rééducation sphinctérienne.

- soigner l'aspect physique (vêtements personnels, esthétique, coiffure)

- leur donner la possibilité de continuer leur pratique religieuse :

- . accompagner à la messe
- . visite à l'aumônier.

Lorsque la personne âgée présente une altération plus importante de l'état général avec complications (respiratoires, cardiaques), nous procédons, sur prescription du médecin généraliste, à des soins plus spécifiques.

Tous ces soins sont assurés pour éviter un transfert à l'hôpital général, source d'angoisse et de désorientation.

Quand l'état de santé de la personne âgée devient de plus en plus précaire, notre rôle est de l'accompagner jusqu'au terme de sa vie, ceci en liaison avec la famille.

L'assistance des derniers moments est importante : une présence rassurante, tenir la main peut diminuer l'angoisse de la mort.

Tenir compte des convictions religieuses du patient.

CONCLUSION :

Nous rencontrons des difficultés pour faire sortir les personnes âgées dépendantes, par manque de structures d'accueil, où les structures existantes sont mal adaptées pour les recevoir.

En raison du nombre croissant de personnes âgées, il paraît nécessaire de prévoir des services spécialement conçus pour la prise en charge de ces personnes âgées.

5/ L'HOSPITALISATION "LONGS SEJOURS" DES PERSONNES AGEES : SERVICE DE MAGALLON :

Après un ou plusieurs séjours dans les services d'admissions, lorsque le degré de détérioration est important, écartant ainsi tout projet de sortie dans l'immédiat, la personne âgée est orientée vers un service "longs séjours" où différents objectifs sont fixés en fonction de la gravité de la pathologie.

Le service DE MAGALLON accueille 36 patients, hommes et femmes, d'une moyenne d'âge de 72 ans, se répartissant en trois groupes avec des prises en charge différentes :

- Patients polyhandicapés "longs séjours", invalides ou semi-valides, ayant des problèmes de désorientation, souvent grabataires.

- Patients déments, valides, semi-valides, dépendance totale, désorientés, agités.

- Patients valides, semi-autonomes, avec troubles du comportement, par exemple, confusion, délire, dépression, agitation.

Ces pathologies nous amènent à élaborer différents objectifs : avant de fixer ces derniers, il faut se rappeler :

- que la personne âgée vieillit comme elle a vécu,

- qu'un service qui accueille des personnes âgées en "longs séjours" est autant un service de soins qu'un lieu de vie,

- que la personne âgée arrivant en "longs séjours" est trop souvent délaissée par son entourage,

- que la personne âgée a souvent des troubles somatiques d'où la nécessité de l'intervention d'un somaticien : les déséquilibres somatiques étant des facteurs de troubles du comportement. On ne peut donc dissocier les troubles somatiques des troubles psychiatriques.

Ces différentes pathologies nous amènent ainsi à fixer cinq grands objectifs :

- 1/ Apporter un maximum de confort et de qualité de vie,

- 2/ Eviter et lutter contre la désorientation,

- 3/ Aider la personne âgée à garder ou retrouver son autonomie,
- 4/ Lutter contre la désocialisation,
- 5/ Avoir pour objectif la sortie vers un établissement d'accueil extérieur chaque fois que cela est possible.

Afin d'assurer le suivi de ces objectifs, chaque patient étant pris en charge par deux infirmiers référents, il est mis en place une démarche de soins individualisée dont toutes les consignes et observations sont mentionnées sur le dossier de soins. Une évaluation de l'état de chaque patient est faite lors de synthèses avec le médecin psychiatre responsable du service.

Les différentes activités proposées :

- Groupe de conversation animé par le psychologue, aidé d'un infirmier : axé sur la remémorisation des faits anciens.

- Activité cuisine animée par deux soignants : axée sur la préparation des repas, suivie de dégustation afin de lutter contre l'appauvrissement sensoriel de l'odorat et du goût.

- Atelier éveil, animé par le psychologue aidé d'un infirmier : axé sur la réactivation des différents acquis (écriture).

- Activité piscine, animée par deux infirmiers axée sur la découverte du corps en tant qu'unité.

- Activités sorties extérieures afin de lutter contre la désocialisation.

- Activités quotidiennes : axées sur la remémorisation des activités antérieures.

Enfin, une fois par an : organisation d'un séjour thérapeutique d'une semaine.

Actuellement, certains patients stabilisés pourraient être orientés vers d'autres structures telles que maisons de retraite ou maisons de cure.

Nous rencontrons là un problème de places et de tolérance de ces établissements.

En outre, les familles qui sont souvent satisfaites de la qualité des soins et de l'hébergement dans un système de prise en charge financière intégrale sont souvent très réticentes et désirent voir leur parent rester au C.H.S.

6/ LES STRUCTURES A DEVELOPPER ET LES SOUHAITS

- Création d'un service d'hospitalisation à domicile.
- Création d'un service de géro-psycho-geriatrie active, "courts séjours".
- Création d'un hôpital de jour pour personnes âgées.
- Spécialisation d'un service en géro-psycho-geriatrie "moyens et longs séjours".
- Développer les hospitalisations à la carte pour soulager les familles.
- Développer les placements familiaux avec création d'une équipe spécialisée.
- Possibilité de collaborer avec l'équipe soignante de l'hôpital général afin de parer à divers troubles du comportement des personnes âgées et éviter ainsi un nouveau transfert.
- Souhait d'une spécialisation de toute l'équipe soignante appelée à travailler avec les personnes âgées par la formation permanente.

LA GERONTO-PSYCHIATRIE

SA PLACE ET SON DEVENIR DANS LE SECTEUR PSYCHIATRIQUE

Notre réflexion sur ce thème a été animée par deux motivations principales et complémentaires :

- Cerner les problèmes et besoins des personnes âgées nécessitant à un moment donné un suivi psychiatrique.
- Envisager, à partir d'une structure existante, un service répondant aux besoins de prise en charge actuels et à venir.

NOTRE DEFINITION DE LA GERONTO-PSYCHIATRIE

L'AGE : A partir de 60/65 ans.

LA NATURE DES TROUBLES ET LEUR ORIGINE :

- . Personnes ayant un long passé à l'hôpital psychiatrique et dont les troubles psychiatriques sont en partie stabilisés. Il faut encourager et préparer le placement de ces personnes hors de l'hôpital psychiatrique.
- . Personnes atteintes de troubles naissants laissant craindre une évolution défavorable (états pré-déméntiels : désorientation, perte de mémoire, fugue...).
- . Personnes présentant des troubles passagers liés bien souvent à des événements douloureux et à la fragilité psychique des personnes âgées (états d'agitation, dépressifs, confusionnels, délirants, mélancoliques).

LES CONDITIONS D'UNE PRISE EN CHARGE EFFICACE

L'EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE DE SECTEUR :

- . Evolue dans un cadre extra-hospitalier.
- . Elabore avec le patient, la famille, un projet de soin personnalisé.
- . Propose pour chaque patient un coordinateur (infirmier référent).
- . Travaille en liaison étroite avec le champ médico-social (généralistes, assistantes sociales, maison de retraite, foyer-logements, etc...).

- . Fait un travail de prévention en étant présente dans le champ social.
- . Soigne par procuration en informant sur la santé mentale (ceci constituant les limites de non intervention).

L'HOSPITALISATION A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE

- . Structure adaptée.
- . Séjour réduit au minimum.
- . Diversifier les prises en charge (Centre de Jour, Hôpital de nuit) afin d'éviter la chronicisation.
- . Prévoir une structure de type "garderie" pour soutenir l'hospitalisation à domicile, soulager la famille pour une durée déterminée.

L'HOSPITALISATION A DOMICILE

- . Pour éviter la perte des repères et habitudes de vie du patient.
- . Pour préserver les relations habituelles du patient avec son entourage.
- . Pour remplacer la dépendance (relation dominant-dominé existant à l'hôpital psychiatrique) par une véritable assistance.

BEAUMANOIR : DU PROJET POSSIBLE

SES AVANTAGES :

- LE CADRE

- . Cadre extra-hospitalier, pas d'étiquette d'hôpital psychiatrique.
- . Petites unités à caractère familial et ouvertes.
- . Dimension plus humaine facilitant les points de repères, le contact avec les familles.
- . Périmètre de marche non négligeable sans accompagnement.

- LES PATIENTS

- . Possibilités d'investissement dans la vie de chaque unité de soins.
- . Habitudes de vie mieux conservées et respect des valeurs traditionnelles.
- . Moins d'anonymat, solidarité et responsabilisation entraînant une baisse de l'agressivité.

- LE PERSONNEL SOIGNANT

- . Responsabilité et autonomie (institution moins pesante).

- SES INCONVENIENTS

- . Homogénéisation difficile liée à la cohabitation des trois secteurs.

- . Eloignement :

du centre urbain

manque d'investissement des médecins psychiatres.

Pour en finir avec cette réflexion, nous pouvons dire que la nécessité de développer l'hospitalisation à domicile paraît aussi évidente que d'adapter la structure intra-hospitalière à une réelle prise en charge des personnes âgées dont le maintien à domicile paraît irréalisable.

Peut-être pouvons-nous améliorer l'alternative intra/extra en prenant en charge ces deux aspects par une même équipe soignante.

TRAVAIL ELABORE PAR LE PERSONNEL INFIRMIER

DU SERVICE BEAUMANOIR.

DESCRIPTION DE LA SITUATION ANTERIEURE DANS

NOTRE ETABLISSEMENT

Jusqu'en 1972 la population hospitalisée était uniquement constituée de malades hommes venant de tout le département. Les malades femmes étaient hospitalisées à BEAUXARTS. Ceci posait des problèmes d'éloignement par rapport à leur domicile.

LA MIXITE A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE

PREAMBULE

La mixité dans les établissements ou hôpitaux psychiatriques a été mise en place après la parution de différentes circulaires.

Notamment la circulaire du 24 janvier 1960 évoquant la bisexualisation des hôpitaux psychiatriques de la manière suivante :

"la sectorisation des départements en matière de lutte contre les maladies mentales et l'alcoolisme, se trouvait fréquemment entravée par le fait que certains hôpitaux psychiatriques étaient réservés aux malades d'un même sexe ou que, même lorsqu'ils étaient bisexualisés, ils comportaient des services distincts pour les hommes et pour les femmes".

Cette même circulaire précisait que : "normalement, les malades d'un même secteur, installés certes dans des locaux séparés selon les sexes, devaient être regroupés sous l'égide d'un même médecin chef de service".

Une deuxième circulaire du 15 mars 1960 (textes sur la sectorisation) prévoit "que la population doit être aidée dans son ensemble". Cette circulaire a été le fruit d'une action concertée des psychiatres des hôpitaux et de plusieurs directeurs auprès des services ministériels.

Un arrêté du 14 mars 1972 est venu compléter l'organisation du secteur fixant notamment l'effectif de l'équipe de secteur (effectif médical et para-médical).

Les moyens étaient donc en place pour rendre possible la mixité.

DESCRIPTION DE LA SITUATION ANTERIEURE DANS

NOTRE ETABLISSEMENT

Jusqu'en 1972 la population hospitalisée était uniquement constituée de malades hommes venant de tout le département. Les malades femmes étaient hospitalisées à BEGARD. Ceci posait des problèmes d'éloignement par rapport à leur domicile.

La mise en place de la mixité se présentait comme une grande évolution : on était tenu de recevoir des femmes à l'hôpital ST JEAN DE DIEU, établissement à caractère religieux avec du personnel masculin jusqu'alors habitué à ne soigner que les hommes.

L'établissement ST JEAN DE DIEU était conçu et équipé pour recevoir des hommes (environ 1200 malades à cette époque).

Il allait falloir d'une part réaliser des transformations de locaux et d'autre part faire des mutations ou des sorties pour libérer des places.

C'est ainsi que des permutations avec BEGARD ont été effectuées à partir de 1972, de manière progressive. La sectorisation aidant, nous avons assisté à une diminution massive, dans un premier temps, puis continue ensuite pour arriver à un effectif patients inférieur à 1000 assez rapidement.

LES OBJECTIFS GENERAUX ETAIENT

- De recevoir et soigner des malades femmes
- De permettre une prise en charge globale de la population humaine sur un secteur géographique donné ; en effet, l'éloignement d'une part et la durée relativement longue des hospitalisations d'autre part faisaient que le malade était le plus souvent coupé de toute relation.

La sectorisation et la mixité ont donc permis au malade de renouer avec son environnement familial et local, de préserver son indépendance et son autonomie de manière à faciliter un possible retour à son domicile.

- D'améliorer le comportement et le dynamisme pour l'ensemble des malades hospitalisés :

Pour ce faire, il a fallu à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique, s'adapter, tant sur le plan des locaux que du point de vue des ressources humaines. C'est ainsi qu'une aile de corps de bâtiment comportant trois niveaux a été entièrement transformée pour répondre aux besoins des trois secteurs d'adultes féminins (L1, L2, L3). Agencé d'une manière fonctionnelle pour les besoins de l'époque, chaque niveau, aménagé de façon strictement identique, avait une capacité d'accueil de 24 places.

Du point de vue des ressources humaines, il a fallu procéder au recrutement et à l'embauche de personnel féminin. C'est ainsi qu'environ six personnes, infirmières diplômées, ont été recrutées. Parallèlement à cette embauche, une promotion de quinze élèves infirmières a pu commencer sa formation à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique en octobre 1971.

Tout ce personnel était réparti dans les différents services de l'hôpital psychiatrique. Cette promotion a été renouvelée l'année suivante pour 21 élèves, ce qui portait l'effectif féminin à 39 personnes en 1972.

A partir de cette date, les conditions étaient donc réunies pour permettre les tous premiers échanges avec BEGARD et l'ouverture des services féminins a été effectivement réalisée à l'hôpital psychiatrique au cours de cette même année, en juin 1972.

Les équipes soignantes de ces trois services, dans un premier temps, étaient constituées de :

- une religieuse pour l'encadrement
- deux infirmières
- deux A.S.H ou élèves infirmières.

Donc, du personnel uniquement féminin.

Aujourd'hui, avec le recul, ne pourrait-on pas dire qu'il s'agissait d'un micro-hôpital dans un grand hôpital avec tout ce que cela comporte :

- un mélange de pathologies
- d'où de nombreux problèmes de cohabitation de malades jeunes et moins jeunes, de malades chroniques et de malades relevant de court séjour ; par ailleurs, le service étant constamment fermé, il y régnait une ambiance relativement tendue avec une agressivité toujours latente et ponctuellement il n'était pas rare de faire appel au personnel masculin dans les moments les plus difficiles d'auto et d'hétéro-agressivité.

Déjà, on voit apparaître les difficultés d'une équipe composée uniquement de femmes et du déséquilibre psychologique que cela peut engendrer.

Comme il s'agissait d'une unité qui fonctionnait complètement en vase clos, il faut bien dire que le personnel ne se posait pas trop, à l'époque, le problème de la bisexualisation.

Pour autant, la préparation à la mixité s'est faite progressivement, au travers de rencontres, par invitations mutuelles des services féminin et masculin, sous formes d'après-midi récréatives.

La première étape concernant cette mixité à l'hôpital était bien atteinte, mais l'esprit de la circulaire de 1972 n'était pas respecté et ce n'est que plus tard, en avril 1979, qu'il a été décidé de regrouper les malades du secteur 22 G 06 par pathologies, ainsi donc deux services mixtes : SAINT-PAUL et L'ACCUEIL ont vu le jour.

LE SERVICE ACCUEIL avait pour objectif de recevoir et soigner les patients qui relèvent d'un court séjour.

LE SERVICE ST PAUL, lui, devait prendre en charge les patients relevant d'un moyen et long séjour.

Pour réaliser cette nouvelle prise en charge, des équipes mixtes ont été constituées. Nous ne nous étendrons pas sur les états d'âme du personnel à cette époque, qui a vécu difficilement l'intégration des soins corporels, par respect de la personne soignée.

Ces difficultés se sont rapidement dissipées grâce au regard nouveau apporté par le personnel féminin et par une dédramatisation très vite assimilée d'une prise en charge nouvelle et différente.

Avec ces années de recul, on peut mieux évaluer aujourd'hui toutes les améliorations qui sont liées ou qui découlent directement ou indirectement de la mixité. En effet, la note féminine a permis un enrichissement du cadre de vie, par une recherche dans les décors intérieurs tels des rideaux, des nappes, des fleurs, des dessus de lit... Elle a également permis une recherche au niveau de l'esthétique par le maquillage, les bijoux, la coiffure, une tenue vestimentaire plus personnalisée, adaptée et actualisée.

La mixité a également engendré une diversification des différentes activités occupationnelles par le tricot, la couture, la pâtisserie et la cuisine. Toutes ces activités nous ont amené vers une progression des animations à l'extérieur : piscine, tennis, basket, activités corporelles de stimulation, pour arriver plus tard à des sorties au restaurant et même des séjours thérapeutiques en gîtes ruraux.

Tout ceci a sans nul doute contribué à améliorer le vécu de l'hospitalisation et a participé à un réel changement des mentalités des populations environnantes, en ouvrant notre hôpital et en démystifiant la maladie mentale.

Notre groupe de réflexion s'est constitué spontanément sur la base d'un intérêt commun, celui ayant trait à la notion de projet de service.

Dans le cadre de cette journée colloque qui traite de la place de l'hospitalisation dans la politique de secteur, on a voulu retracer brièvement l'historique de la mixité du secteur L3.

Si celle-ci ne s'est mise en place que très progressivement, nécessitant une vigilance de tous les instants en raison des angoisses vécues tant par les malades que par le personnel, aujourd'hui tous les services du secteur sont mixtes, ou vont le devenir, et chacun s'accorde à considérer cet état de fait comme globalement positif et nul ne souhaiterait revivre la situation antérieure.

Dans tous les cas, nous prenons le risque d'une certaine provocation alors que nous n'avons aucune intention de donner de leçon et que notre approche du travail n'est que celle d'un échange d'expériences.

ONT PARTICIPE A L'ELABORATION DE CE TRAVAIL :

- Monique LECORVAISIER, Surveillante
- Monique CREPEL, Infirmière
- Maurice ROBERT, Infirmier
- Thierry BIGOT, Infirmier
- Michel QUIGNON, Infirmier
- Pierre ALLORY, Surveillant.

C'est le 11 juillet 1987, dans le cadre du projet d'établissement, que la notion de projet de service est apparue pour la première fois, officiellement, dans l'établissement.

Comment cela a-t-il été vécu ?

- Pour certains, avec l'indifférence la plus totale, ne se sentant pas concernés.

- Pour d'autres, il s'agit d'un langage sans signification.

- Pour les derniers, à l'opposé, il s'agit d'un concept bien défini.

A PROPOS DES PROJETS DE SERVICE

Notre groupe de réflexion s'est constitué spontanément sur la base d'un intérêt commun, celui ayant trait à la notion de projet de service.

Dès nos premières réunions de travail, nous avons rencontré une difficulté, celle de bien cerner le pourquoi de notre intervention.

- Devions-nous livrer notre représentation de ce que doit être un projet de service ?

- Devions-nous chercher à mettre en évidence tout ce qui nous a semblé avoir entravé l'élaboration des différents projets ?

Dans tous les cas, nous prenons le risque d'une certaine provocation alors que nous n'avons aucune intention de donner de leçon et que notre approche du sujet est bien aléatoire puisque pour diverses raisons, elle ne sera pas étayée par des bases d'observation rigoureuses, aucune recherche, aucune méthodologie approfondies n'ayant précédé notre réflexion.

Seuls notre vécu et le bouche à oreilles ont servi de support à notre interrogation.

Toutes ces considérations font que notre propos manquera de rigueur et sera diversement ressenti.

C'est le 31 juillet 1987, dans le cadre du projet d'établissement, que la notion de projet de service est apparue pour la première fois, officiellement, dans l'établissement.

Comment cela a-t-il été vécu ?

- Pour certains, avec l'indifférence la plus totale, ne se sentant pas concernés.

- Pour d'autres, il s'agit d'un langage sans signification.

- Pour les derniers, à l'opposé, il s'agit d'un concept bien défini.

Passé ce premier cap, discussions aidant, cela a suscité craintes, inquiétude, dangers, remise en cause ou au contraire stimulation et regain d'intérêt pour le travail et une certaine reconnaissance professionnelle.

Certains se sont mis au travail rapidement, tandis que d'autres attendaient de voir.

Parallèlement, des formations étaient en cours de réalisation, principalement celles des surveillants, lesquels se reconnaissaient d'emblée comme initiateurs et garants du projet de service ou se l'entendaient dire.

Progressivement, des projets s'élaboraient d'une manière esseulée :

- ou le surveillant rédige et propose à l'équipe
- ou une concertation se met en place, souvent laborieuse
- ou le médecin est l'initiateur
- ou il s'associe à la réflexion
- ou il se contente de lire la copie.

A la lumière de cela, on peut s'interroger :

Les services étaient-ils prêts ?

La lecture des rares projets qui ont été portés à notre connaissance permet de constater une grande disparité dans leur conception même.

Les uns définissent davantage l'aménagement structurel et immobilier du service, tandis que d'autres s'attachent plutôt à définir le fonctionnement de l'équipe.

Des surveillants interrogés sur ce point expliquent ces différences par le fait que l'élaboration des projets a bien souvent précédé la formation reçue.

D'autres facteurs sont souvent évoqués, notamment l'imprécision relative à la spécificité du service et à l'organigramme du secteur peu ou pas défini.

De même, l'accent est largement mis sur le projet de secteur qui n'est qu'implicitement défini ou pas connu.

Face à ce constat, notre groupe de réflexion estime cependant que ces raisons évoquées expliquent incomplètement les différences de conception relevées.

Nous pensons tout d'abord que la raison d'être du projet n'a pas d'emblée été suffisamment précisée, qu'il eût été indispensable de débattre plus en profondeur sur le pourquoi d'un tel projet, sur ce qu'il était censé changer dans notre manière de travailler, en quoi il était fondamental pour améliorer la qualité du service hospitalier.

Bien sûr, cette réflexion préalable a pu avoir lieu dans certains services, mais il eût fallu, à notre point de vue, qu'elle se déroulât également à l'échelle du secteur, voire de l'établissement.

Ainsi, inévitablement, le projet de service aurait pris corps autour des points suivants :

- D'abord définir la spécificité du service, ce qu'est sa vocation, en quoi il est original, en quoi il permet d'apporter une réponse particulière à telle ou telle problématique.

- Ainsi sans pour autant parler de spécialisation, les services devaient définir leur raison d'être.

Cette définition en aucun cas ne pouvait incomber seulement aux agents des services concernés. Sans être mis à l'écart, il ne leur appartient pas de définir eux-mêmes leur mission, celle-ci n'est qu'une pièce d'un ensemble hospitalier.

Dire cela, ramène à situer le service dans l'organigramme du secteur. Tous les services sont en interaction, les malades évoluant de l'un à l'autre suivant leurs besoins particuliers.

Cette conception autorise d'emblée à dire que les projets de chaque service se complétant, il est indispensable qu'ils soient connus de tous, cela à l'opposé de cette ambiance de secret qui entoure les projets actuellement élaborés. Tout se passant comme si chacun redoutait une quelconque comparaison de son projet avec celui de son voisin.

Un autre chapitre à considérer dans le contenu de ce projet, celui des philosophies, des valeurs, du "au nom de quoi on fait les choses".

Il va sans dire que c'est bien la conception que l'on a de notre objet de travail qui détermine notre manière de travailler. La nécessité d'agir tous dans la même direction implique donc que nous engagions le débat, que nous réfléchissions sur nos manières de penser, sur nos valeurs, sur nos modèles.

Ce débat ne peut pas être éludé, sinon le projet de service perd son âme et il en est réduit à une approche purement matérielle, purement économique de l'organisation du travail.

Ce projet de service doit également définir les objectifs globaux du service, lesquels peuvent se confondre avec la spécificité du service ou constituer un chapitre séparé dans lesquels ils sont affinés, précisés.

Les moyens, quant à eux, feront l'objet d'un développement détaillé :

Les ressources humaines et matérielles doivent être inventoriées afin de mieux appréhender les activités à mettre en oeuvre.

Les méthodes de travail doivent être réfléchies et organisées. La démarche de soins en constitue la base essentielle. Elle organise le suivi du malade, elle crée une prise en charge personnalisée, respectant celui-ci dans sa globalité, son unicité, son système de relation avec son environnement, sa raison d'être à l'hôpital.

La démarche de soins est donc la méthodologie essentielle du travail soignant, le dossier de soins avec laquelle elle est encore parfois amalgamée n'étant quant à lui qu'un outil de cette démarche.

Les différentes étapes de la démarche de soins impliquent également la mise en place de réunions. Elles permettent l'échange des observations, des données, la compréhension des situations, la mise en évidence des besoins, la formulation des objectifs à atteindre, l'organisation des moyens à développer. Elles permettent également de faire les évaluations nécessaires.

Toute la vie du service s'organise autour de ces réunions. Chacun y participe en fonction de sa place dans l'équipe pluridisciplinaire. Tout en permettant la prise en considération des différents points de vue, elles permettent de respecter les compétences et les statuts. La complémentarité de chacun permet une approche moins subjective, plus fiable et fait que chacun peut ensuite agir dans la même direction. Ainsi peut s'élaborer une globalisation de la prise en charge.

Les compétences du personnel soignant sont donc prises en compte. Il s'agit de respecter les qualifications, mais aussi de considérer les aptitudes particulières de chacun. Chaque soignant est unique, défini par ses connaissances, sa compétence et sa personnalité. Il constitue donc un moyen spécifique et doit s'inscrire dans le projet en fonction de ses différentes qualités.

S'il s'avérait que des soignants ne se reconnaissent pas dans le projet, il leur appartiendrait de rechercher un service correspondant davantage à leurs aptitudes et motivations.

Nous pensons alors qu'il convient de créer les conditions d'un changement de service qui prenne en compte ces considérations.

Ainsi les mutations du personnel de service à service s'organiseraient-elles sur le mode de l'adaptation plutôt que sur celui du rejet. Il se créerait ainsi une dynamique dont le premier bénéficiaire serait le malade lui-même.

Avec les autres moyens, s'ouvre le chapitre des activités à réaliser. Elles existent déjà, le projet de service permet de les approfondir, de les structurer. Les choses ne sont plus laissées au hasard, on sait quand elles se déroulent, comment elles se déroulent et sous la responsabilité de qui.

L'élaboration du projet de service amène à s'interroger sur la raison d'être de toutes ces activités, certaines peuvent paraître inadaptées, tandis que d'autres doivent être développées, voire inventées, tout cela créant un climat de créativité.

ROBERT ARVOR
 JEAN-PIERRE SCARDIN, ARVOR
 JEAN LEROUX, SAINT-RAPHAËL
 JEAN-CAROL DE MAGALLON
 CHRISTOPHE FELIX, SAINT-YVES
 JEAN-LOUIS TOUVAÏOL, SAINT-YVES.

En aucun cas ces activités ne doivent être mises en place par souci de meubler l'emploi du temps. Il s'agit d'activités de soins et chacune d'elles doit donc correspondre à un besoin.

Le soignant saura que la mise en oeuvre de ces activités répond à des objectifs précis, correspond aux réels besoins du malade. Il s'agira de faire autre chose que de l'occupationnel. Ces activités n'auront également de sens que si elles sont suivies d'une évaluation.

Un autre point que le projet de service ne peut passer sous silence, celui de la formation des personnels qui ont charge de le réaliser. Le projet est lui-même générateur de formation en même temps qu'il met en relief les besoins de chacun. Ceci doit aboutir à une nouvelle approche de la formation, l'émergence des besoins se faisant d'une manière qui colle à la réalité.

Les acquisitions des acteurs du projet influencent le projet lui-même. La réalisation d'un projet n'est donc pas figée. Son contenu subira donc des rajeunissements périodiques.

Tous ces aspects nous paraissent être des éléments que l'on doit retrouver dans chaque projet. Ils ne s'opposent pas à ce que les contenus, le détail, soient parfois très différents suivant la spécificité de l'unité de soins et les moyens dont on dispose.

Il ne nous appartient pas de dire ce que pourrait être le contenu détaillé de tel ou tel projet ; cela serait contraire à l'idée que nous nous en faisons. Par notre propos, nous avons essayé de relancer le débat cherchant à faire en sorte que les différents projets soient mis sur la table, expliqués, rectifiés, recommencés peut-être, élaborés pour la première fois pour certains. Cette dynamique pourrait se créer au sein de chaque secteur, rien n'est figé. Les apports respectifs des uns et des autres permettraient, tout en respectant la démarche de chaque service, de créer la nécessaire complémentarité donnant ainsi corps au projet de secteur lui-même.

ONT PARTICIPE A CE GROUPE DE REFLEXION

- Guy TEXIER, SAINT-ROCH
- Pierre PORCHER, ARVOR
- Paulette ROBERT, ARVOR
- Jean-Yves SCARDIN, ARVOR
- Michel LEROUX, SAINT-RAPHAEL
- Didier COCHARD, DE MAGALLON
- Pierrette FELIN, SAINT-YVES
- Annie TOURNAFOL, SAINT-YVES.

L'HOPITAL DE JOUR

"ROSE DES VENTS"

UNE DES STRUCTURES DE L'INTER-SECTEUR DE PEDO-PSYCHIATRIE

Ouvert en 1980, le Foyer thérapeutique "La Rose des Vents" a d'abord fonctionné en internat, puis s'est progressivement orienté vers un accueil en hospitalisation de jour depuis 1985 (le terme de "Foyer" devenant de ce fait inadapté).

Devenu aujourd'hui l'hôpital de jour "La Rose des Vents", cette structure s'inscrit dans le cadre de l'Inter-Secteur de Pédo-Psychiatrie des Côtes d'Armor rattaché à l'hôpital SAINT-JEAN DE DIEU (DINAN).

Son action thérapeutique s'inscrit en complémentarité avec les autres structures de l'Inter-secteur :

- L'ARC-EN-CIEL, situé à Dinan, assurant une prise en charge thérapeutique d'enfants poly-handicapés, traditionnellement sous forme d'internat, mais évoluant actuellement vers une hospitalisation de jour.
- LA MAISON DU JOUR, située à Saint-Brieuc, l'hôpital de jour accueillant une quinzaine d'enfants de profil prépsychotique ou psychotique.
- Les C.M.P.T., lieux de consultations ambulatoires.

I/ OBJECTIFS THERAPEUTIQUES

- Favoriser l'individualisation, la structuration de la personnalité d'enfants psychotiques afin de leur permettre d'appréhender la réalité extérieure.

- Favoriser l'autonomisation progressive de l'enfant, ses capacités relationnelles, son intégration dans les milieux de vie habituels.

- Contenir les angoisses parentales et restaurer leurs capacités afin de les mobiliser dans une dynamique relationnelle auprès de l'enfant.

Dans une dimension pluridimensionnelle

- Thérapeutique : abordant le champ des symptômes, de la souffrance dans une perspective psycho-dynamique.
- Educatif : touchant les apprentissages, la socialisation, la loi...
- Pédagogique : favorisant l'élaboration des processus cognitifs.

II/ ADMISSIONS-SORTIES

La capacité d'accueil est de 10 enfants âgés de 3 à 15 ans, réalisable dans un rayon de 30 kms.

Population accueillie

L'hôpital de jour "La Rose des Vents" accueillait jusqu'alors une population hétérogène d'enfants âgés de 6 à 14 ans, présentant des profils très diversifiés (psychoses, carences affectives, névroses, troubles caractériels graves,...).

"La Rose des Vents" s'oriente actuellement vers l'accueil d'une population :

- plus homogène : psychoses infantiles, dysharmonies évolutives à versant psychotique, états pré-psychotiques...
- plus jeune : à partir de trois ans.

Contre-indications pour l'admission

- Pathologie à versant déficitaire
- Dépendance physique d'une tierce personne permanente.

III / LES RESSOURCES HUMAINES

L'équipe se compose de :

- un praticien hospitalier,
- une psychologue à 1/4 temps,
- un surveillant,
- quatre infirmiers (es) à temps plein,

- un aide-soignant,
- une A.S.H. assurant la fonction de maîtresse de maison.

L'évolution de la structure et son orientation thérapeutique progressive font apparaître la nécessité d'une diversification des compétences et des qualifications de l'équipe respectant la spécificité de chacune des différentes fonctions :

- l'adjonction d'éducateurs spécialisés au personnel intervenant auprès des enfants permettra une approche éducative spécialisée mieux adaptée aux possibilités évolutives de l'enfant.
- la nécessité de psychothérapie individuelle auprès de ces enfants, porteurs de pathologies lourdes, souligne la nécessité de création d'un poste de psychothérapeute à mi-temps.
- l'intervention d'une psycho-motricienne à 1/4 temps semble être un support thérapeutique indispensable à l'approche corporelle de ces enfants psychotiques confrontés à un vécu corporel morcelé et angoissant.
- de même la présence d'un (e) orthophoniste à 1/4 temps favoriserait un abord spécialisé des troubles du langage le plus souvent massifs caractérisant les organisations psychotiques.
- soulignons enfin l'importance d'une prise en charge pédagogique adaptée par un instituteur spécialisé délégué par l'Education Nationale.

MOYENS THERAPEUTIQUES

1/ LA MAISON

Maison individuelle située à DINAN.

AVANTAGES

- la socialisation (proximité par rapport aux commerçants, au centre ville),
- les relations avec l'hôpital et les autres

- structures de l'inter-secteur sont plus faciles,
- lieu investi et respecté par les enfants.

2/ LE FONCTIONNEMENT

L'hôpital de jour offre des horaires de fonctionnement proches de ceux des établissements scolaires avec accueil des enfants de 10 heures à 17 heures du lundi au vendredi pendant toute l'année.

LE REGLÉMENT INTERIEUR

L'urgence potentielle, expliquant cette absence de discontinuité dans l'année, est une éventualité qui, à l'expérience, s'avère fort rare, et à laquelle ne peut répondre une structure fonctionnant en hospitalisation de jour, l'urgence nécessitant le plus souvent un accueil en internat plus ou moins prolongé.

LES REGLES DU FOYER

C'est pourquoi l'hôpital de jour est désormais fermé pendant une partie des vacances scolaires, cette rythmicité temporelle évite une ségrégation sociale et familiale de l'enfant, avec alternance présence-absence ayant une valeur structurante auprès de l'enfant en lui permettant de vivre la séparation nécessaire à l'élaboration d'un espace psychique interne.

LES REUNIONS

PERMANENCE DU CADRE

- Les réunions quotidiennes (9h-10h)

La prise en charge thérapeutique des enfants se fait dans deux groupes différenciés, prenant en compte différents facteurs (âges, pathologies...).

Un groupe de quatre enfants de 3 à 10 ans, présentant un profil psychotique, voire autistique avec des troubles massifs du langage et de la communication.

Un groupe de quatre enfants de 10 à 12 ans, présentant un profil de carence affective précoce avec des troubles graves du caractère et/ou du comportement, scolarisé à temps partiel.

Chaque groupe est encadré par deux soignants fixes avec l'intervention d'une cinquième personne sur chacun des deux groupes. Notons une différenciation des lieux propre à chaque groupe.

- la permanence du lieu permet à l'enfant d'investir un ou plusieurs lieux privilégiés, repérés, ceci pouvant favoriser les liens.

- la permanence temporelle, avec régularité de la journée de l'enfant psychotique et rythmicité journalière, interrompue pendant les week-ends et les vacances.

- la permanence relationnelle favorise les investissements relationnels de l'enfant auprès des personnes repérées et reconnues, avec permanence pour certains enfants d'une image maternante de référence, l'équipe assurant la fonction de tiers.

LE REGLEMENT INTERIEUR

Joue le rôle de tiers symbolique entre la famille et l'institution permettant à l'enfant de découvrir ou de vérifier l'existence d'un accord à son sujet.

LES REGLES DU FOYER

Garantissent la vie individuelle et collective pour les enfants et les adultes en précisant dans la réalité (loi écrite et symbolisée par des images) les limites institutionnelles acceptables.

LES REUNIONS

- Les réunions quotidiennes (9H-10H)

Il ne s'agit pas proprement de réunion mais de temps de travail personnel (préparation d'une activité, d'une synthèse, d'une action d'observation, lecture, échange sur des aspects cliniques ou de fonctionnement...).

- Réunion de synthèse hebdomadaire ayant lieu le vendredi matin (de 9H à 12 H).

- Réunion de supervision hebdomadaire par un psychanalyste le jeudi de 16H à 18H animée par un psychanalyste extérieur.

Elle permet d'aborder la psychodynamique de l'enfant à travers les phénomènes transférentiels et contre-transférentiels dans le cadre institutionnel.

- Réunion d'évaluation et de régulation mensuelle - "autour de différentes activités".

- Réunion institutionnelle mensuelle.
- Journée de travail, deux ou trois fois par an, de préparation, réflexion, organisation, bilan, évaluation.

3/ L'ORGANISATION DE LA JOURNEE SE FAIT AUTOUR :

- **D'un temps d'accueil**, de "réunion" pour chacun des groupes, lieu de parole pour certains, mais surtout de repérage pour ceux qui n'ont pas ou peu accès au langage, permettant à chaque enfant de s'inscrire dans le projet individualisé proposé.

- **D'activités, supports thérapeutiques** orientés essentiellement sur les relations et les émotions vécues, activités adaptées et choisies pour chaque enfant, mais laissant à l'adulte toute possibilité de spontanéité et de créativité dans sa relation thérapeutique avec l'enfant.

Ces activités ont pour objectif de favoriser :

- la communication,
- les apprentissages (cognitifs, loi sociale..)
- l'individualisation, l'autonomisation et la socialisation progressive,

autour d'une approche centrée sur les sensorialités, le langage, le corps, l'imaginaire, la vie sociale...

Au sein du groupe, d'un sous-groupe ou d'une relation individuelle (maternage...).

4/ LA SCOLARISATION

Il s'agit d'un moyen pédagogique complémentaire du projet thérapeutique (et qui ne saurait se substituer à ce dernier).

a) Elle s'inscrit :

- dans un désir de l'enfant,
- soutenue par une demande parentale le plus souvent massive, par le souhait parental de voir l'enfant réintégrer une "certaine normalité" sociale, demande qui ne respecte pas toujours les réelles capacités de l'enfant.

Pour beaucoup de parents, l'hôpital de jour...
"c'est l'école".

- Dans le cadre d'une prise en charge thérapeutique globale au sein de l'hôpital de jour, bien différenciée du projet pédagogique.

b) Cette intégration se fait :

- Dans un établissement scolaire (classes normales ou classes de perfectionnement).

Avec pour objectifs :

- L'intégration sociale
- apprentissages scolaires
- intégration de la loi,
- et la découverte de nouveaux modèles.

Celle-ci nécessite un accompagnement des parents dans cette démarche.

Et un travail régulier et suivi avec les instituteurs désireux d'accueillir des enfants en difficulté.

Les troubles de la personnalité (notamment psycho-intellectuels et cognitifs) des enfants psychotiques entravent le plus souvent leurs possibilités d'adaptation et d'intégration en milieu scolaire et nous font envisager un abord pédagogique plus adapté à leurs capacités dans le cadre-même de l'institution (lieu "classe" bien différencié des lieux thérapeutiques).

Certains troubles de la personnalité plus importants, rendant la scolarisation impossible, nous amènent à envisager un lieu dans la structure, bien différencié, des lieux thérapeutiques.

5/ LES PSYCHOTHERAPIES

La psychothérapie individuelle est un outil indispensable, complémentaire de la prise en charge psychothérapeutique globale de l'enfant au sein de l'institution, permettant l'abord et l'élaboration de la problématique fantasmatique interne de l'enfant psychotique.

6/ TRAVAIL FAMILIAL

Aspect essentiel de l'action thérapeutique, il permet de mobiliser les parents dans le projet thérapeutique pour l'enfant, d'aborder l'histoire de l'enfant au sein de la dynamique familiale, les interactions interpersonnelles dont la pathogénie contribue souvent aux troubles de l'enfant.

Ce travail familial se situe à différents niveaux :

- préparation et contrat lors de l'accueil de l'enfant ;
- abord et élaboration du vécu et de l'histoire de l'enfant, du ressenti des parents ;
- temps de parole favorisant l'expression de la souffrance parentale et familiale, les désirs et projections ambivalentes suscités par la pathologie de l'enfant ;
- travail sur la place de l'enfant au sein de la famille (fratrie, génération,...) ;
- mobilisation relationnelle parentale autour de l'enfant en difficulté.

Ce travail revêt certaines particularités lorsque l'enfant est placé en famille d'accueil, l'institution étant parfois amenée à jouer malgré elle un rôle symbolique de tiers entre les deux familles.

7/ RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR

Elles sont importantes pour sensibiliser les différents intervenants à la souffrance psychique de l'enfant et assurer une meilleure cohésion entre les différentes actions entreprises auprès de l'enfant.

- rencontres régulières avec les écoles ;
- rencontres avec les autres institutions ;
- contacts réguliers avec les médecins généralistes, spécialistes... ;
- participation ponctuelle à des réunions de circonscription (CCPE) ou départementale (équipe technique de la CDES).

8/LE PLACEMENT FAMILIAL

Peut s'inscrire dans le cadre ou en complémentarité de l'hospitalisation de jour pour des raisons diverses :

- éloignement géographique ;
- pathogénie du milieu familial ;
- intolérance familiale liée à la pathologie de l'enfant.

Ces distorsions relationnelles rendent parfois toute prise en charge thérapeutique difficile, nécessitant un éloignement temporaire ou prolongé de l'enfant avec sa famille afin de favoriser ses possibilités évolutives.

- placement à long terme ;
- ou placement familial dans le cadre "d'un troisième lieu" favorisant le processus de séparation chez l'enfant psychotique.

Les seules possibilités actuelles en ce domaine sont les placements familiaux dits sociaux (DASS) souvent peu adaptés pour les enfants porteurs de pathologies lourdes.

En effet, les familles d'accueil, confrontées aux symptômes ne bénéficient pas du soutien thérapeutique nécessaire à la compréhension thérapeutique de l'enfant, le suivi étant essentiellement d'ordre social.

AU DÉBUT DES ANNÉES 70

C'est pourquoi, il paraît souhaitable de réfléchir à la constitution d'un réseau de familles d'accueil spécialisées, travaillant en collaboration avec une équipe pluri-disciplinaire formée, celle-ci étant chargée de soutenir et d'accompagner ces familles dans leurs tâches auprès de l'enfant.

DE L'HOSPITALISATION A TEMPS COMPLET

A L'HOSPITALISATION DE JOUR

A L'ARC-EN-CIEL

INTRODUCTION

L'institution connaît plus ou moins l'histoire de l'Arc-en-ciel.

Nous avons saisi l'opportunité de cette journée sur le thème de la place de l'hospitalisation dans la politique de secteur pour vous présenter l'évolution de notre service, qui, en vingt ans, est passé de l'hospitalisation complète à l'hospitalisation de jour.

AVANT LES ANNEES 70

Le service hospitalier ST JEAN BOSCO qui accueille une cinquantaine d'enfants de sexe masculin, les filles de la région étant hospitalisées à BEGARD, fonctionne encore sur le mode asilaire. Il assure essentiellement une fonction de protection et de recueil des enfants dans une perspective d'adoption à vie pour la plupart.

L'enfant placé, a perdu quasiment son statut familial propre et devient l'enfant de l'institution. Dans la majorité des cas, les relations avec les familles sont inexistantes.

AU DEBUT DES ANNEES 70

1/ Le service des enfants est transféré dans une nouvelle structure, plus spacieuse, plus autonome et située en retrait de l'hôpital. Ce service appelé "Les Coquelicots" permet entre autre de répartir les enfants en fonction de leur handicap.

Quelques familles accueillent leur enfant en week-end ou en vacances.

L'introduction de la mixité permet le rapprochement géographique des enfants, du lieu de résidence de leur famille.

2/ Le contexte politique, économique et culturel de l'époque permet aussi d'amorcer par toute une série de circulaires :

- l'évolution du secteur pédo-psychiatrique ;
- l'ouverture de l'hôpital sur l'ensemble du secteur ;
- la réflexion sur la philosophie du soin infirmier.

3/1976 est un tournant important dans l'histoire du service.

L'équipe fait, peu à peu, l'expérience d'un travail pluri-disciplinaire : assistante sociale, éducateurs, psychologue, orthophoniste, infirmiers à domicile, psychomotricienne, kinésithérapeutes.

A l'extérieur de l'hôpital, des structures de soins ambulatoires s'ouvrent : la Maison du Jour à SAINT-BRIEUC, les C.M.P.T. de DINAN et de SAINT-BRIEUC.

Toutes ces évolutions conduisent le service à élaborer son premier projet thérapeutique en 1977.

Ce projet permet, entre autre, d'accentuer les différents modes de relation avec les familles (entretiens familiaux, week-ends, vacances, visites à domicile).

Ces relations mal définies se font principalement sur le versant social.

EN 1980,

La fermeture d'un étage du service Les Coquelicots permet les redéploiements nécessaires à l'ouverture du foyer thérapeutique "LA ROSE DES VENTS".

Ces années de naissance laborieuse du secteur infanto-juvénile sont aussi le début d'un tout autre type de relation à l'enfant et à son milieu familial...

En 1983,

Le service, passé en dix ans de soixante à vingt enfants, est transféré dans une structure de plain-pied, désenclavé de l'hôpital ; cette nouvelle unité s'appelle "L'ARC-EN-CIEL".

Le mélange de deux populations (70 % de jeunes adultes, 30 % d'enfants) et la difficulté croissante

de répondre aux besoins différents, voire opposés de ces deux groupes, conduisent l'équipe à réfléchir sur l'orientation du service.

Le problème délicat de la mutation des jeunes adultes est posé :

Il faut préparer au mieux leur mutation, rechercher l'orientation la plus appropriée et ne pas oublier que leur maintien dans le service, le temps de ce travail, entrave la prise en charge des plus jeunes et l'accueil de nouveaux enfants.

Il nous faut donc :

Pour certaines familles, les accompagner dans le deuil d'une évolution rêvée, pour leur enfant devenu adulte et toujours gravement handicapé.

Et pour d'autres, les aider à accepter le handicap de leur jeune enfant et à élaborer avec elles un projet thérapeutique.

Tous ces aspects constructifs dans l'ensemble, ont pu être pris en compte grâce à la volonté de l'équipe, qui non sans effort a su adapter ses moyens humains et matériels, aux objectifs fixés.

Actuellement, dix-neuf enfants sont hospitalisés à l'ARC-EN-CIEL, soit en hospitalisation de jour, soit en hospitalisation complète.

Les entrées se font essentiellement en hôpital de jour, l'internat n'est proposé que s'il y a indication thérapeutique.

Nous avons choisi depuis plusieurs années de privilégier l'hôpital de jour, pour les raisons suivantes :

- l'internat entraîne le désinvestissement inévitable de la famille : l'enfant perd son identité ;
- la demande de la majorité des familles est de "garder son enfant" tout en lui proposant une prise en charge spécialisée ;
- l'hôpital de jour dédramatise l'hospitalisation en psychiatrie ;

- le retour journalier à la maison évite à la fratrie de découvrir tardivement et de façon dramatique l'existence de l'un d'entre eux, handicapé, vivant dans une institution ;
- l'enfant découvre de nouvelles expériences et acquiert des repères, au niveau du temps et de l'espace .

La population hospitalisée se compose d'enfants polyhandicapés et psychotiques.

A l'avenir, l'ARC-EN-CIEL recevra uniquement en hôpital de jour des enfants polyhandicapés.

Afin de favoriser la continuité des soins et une prise en charge plus individualisée, l'équipe s'est répartie sur trois groupes :

- un groupe d'enfants psychotiques ;
- deux groupes d'enfants polyhandicapés.

Cette répartition fait suite aux difficultés rencontrées dans la réponse à apporter à un nombre d'enfants présentant des pathologies différentes.

Les enfants sont suivis régulièrement par les mêmes infirmiers avec des référents par activité.

Le passage progressif de l'hospitalisation complète à l'hôpital de jour permet l'intensification des activités de soin, tant auprès de l'enfant que de sa famille :

Auprès de l'enfant, avec pour objectifs :

- Prévention des conséquences psychiques du handicap de l'enfant ;
- rééducation ou amélioration des fonctions déficitaires ;
- favorisation de l'insertion sociale et culturelle.

Auprès de la famille, sous la forme :

- d'entretiens familiaux ;
- de groupes de parents ;

- de visites à domicile ;
- d'un travail mère-enfant individuel ou en groupe ;
- d'interventions précoces auprès de jeunes enfants.

C'est en effet une nécessité : avant l'âge scolaire, les familles d'enfants lourdement handicapés restent isolées et mal informées des possibilités qui s'offrent à elles. La société ignore les difficultés de l'enfant handicapé et de sa famille. Ceci, malgré un suivi médical qui se transforme parfois en un marathon de consultations spécialisées, qui laisse les parents démunis et découragés.

L'attention de la famille et des médecins se cristallise sur le handicap de l'enfant au détriment de l'équilibre familial.

Ceci explique en partie le fait que l'ARC-ENCIEL prenne en charge peu d'enfants de moins de six ans.

D'où notre projet d'intervention précoce, auprès de professionnels de la petite enfance (pédiatrie, P.M.I...), ce qui nous permettra d'entreprendre un travail de soutien auprès des familles d'enfants polyhandicapés dès confirmation du diagnostic.

Afin de répondre au développement de ces activités de soins, il nous paraît nécessaire d'élargir et d'intensifier les actions de formation infirmière.

De plus, l'équipe soignante, déjà pluridisciplinaire, sera enrichie par l'intervention d'autres professionnels (éducateurs, psychomotriciens...).

CONCLUSION :

Le choix que nous avons fait d'une hospitalisation de jour pour des enfants polyhandicapés est relatif à un pari d'évolution possible de ces enfants pour qui le maintien des liens familiaux nous paraît essentiel.

Nous restons conscients que nous ne répondons pas à la demande de soulagement des familles qui souhaitent un hébergement occasionnel.

Aussi, nous essayons de travailler conjointement avec elles sur un projet d'accueil temporaire (familles d'accueil, relais entre parents, associations, système de garderie...) afin de soulager les proches de ces enfants lourdement handicapés.

POURQUOI UN HOPITAL DE JOUR POUR ENFANTS ?

LA MAISON DU JOUR DE SAINT-BRIEUC

PREAMBULE

La Maison du Jour a été créée en 1975. Elle a de cette manière constitué le premier maillon alternatif à l'hôpital. Parler de maillon alternatif pourrait paraître prétentieux mais, à cette époque, être hospitalisé signifiait encore trop souvent "être enfermé".

L'hôpital de jour prend à ce moment la signification d'un lieu où l'on peut soigner, où l'on peut pratiquer autrement.

Il est bien évident qu'en 1989, nous n'en sommes plus là.

Que les services soient intra ou extra-hospitaliers, la mission d'enfermement, de protection de la société a laissé place à des objectifs et des pratiques à visées thérapeutiques et évolutives. L'hôpital de jour est l'une des structures dont dispose l'intersecteur pour mener à bien sa mission.

Nous essaierons de voir quelle est sa place, sa mission et les pratiques des différents acteurs qui y interviennent.

Bien sûr, notre propos sera modeste. Il se veut une contribution et une prise de participation à la démarche lancée aujourd'hui.

Nous avons donc dit que la Maison du Jour avait été ouverte en 1975. Jusqu'au 1er mai 1989, elle a existé sous l'autorité administrative du Centre Départemental de l'Enfance. Depuis, suite à la loi de rattachement, elle fait partie de l'intersecteur du C.H.S. ST JEAN DE DIEU.

Il faut savoir qu'en 1975, il n'existait pas de structure locale de pédo-psychiatrie. Les enfants de l'agglomération briochine ayant de grosses difficultés psychiques étaient orientés vers DINAN et vers les différents établissements spécialisés de la région (I.M.P.).

La Maison du Jour, avec le C.M.P.T., a ainsi pu jouer son rôle : offrir une alternative et se faire une place qui est reconnue aujourd'hui.

Notre propos sera de dire maintenant pourquoi certains enfants y sont admis et quelles sont les différentes réponses apportées à leurs difficultés.

L'INDICATION

Notre hôpital de jour accueille des enfants psychotiques et dysharmoniques.

Nous constatons :

- une absence de structuration primitive de la personnalité ;
- une désadaptation scolaire grave, le rejet de l'école étant constant.

De ce fait, la prise en charge ambulatoire en C.M.P.T. et notamment l'indication psychothérapeutique sont insuffisantes.

C'est à ce stade qu'apparaissent nécessaires les différentes structures d'aides proposées par l'intersecteur et notamment l'hospitalisation de jour. Celle-ci a le mérite d'être à la fois une réponse thérapeutique intensive et évite de trop marginaliser l'enfant par rapport à sa famille et son entourage social.

L'hospitalisation est également justifiée par le dysfonctionnement des capacités parentales qui n'ont plus l'énergie et la sérénité suffisantes pour aider l'enfant.

La pluridisciplinarité de l'équipe, la mise en oeuvre commune des objectifs thérapeutiques fournissent le quotidien de la prestation de l'hôpital de jour et le rendent indispensable pour des enfants particulièrement perturbés.

L'ACCUEIL A L'HOPITAL

L'une des premières choses qui caractérise la psychose est l'état de non-place dans lequel se trouve l'enfant. Il a du mal à prendre place auprès de ses parents. L'école dit ne pas pouvoir faire quelque chose.

Dans la famille élargie, bien souvent il n'y a plus de place, et c'est la structure parentale et l'enfant qui vont se trouver isolés.

L'entrée à l'hôpital de jour va constituer une première réponse à une situation bloquée.

Les parents, à travers la préparation d'admission vont être traités en interlocuteurs. Il en sera de même pour l'enfant.

Il y a là une première expérience qui se joue pour les parents et l'enfant, c'est que quelque part une structure adaptée existe précisément pour leur enfant.

A travers cette entrée, se joue une première mission de l'hôpital de jour, c'est l'accueil. En lui-même, cet accueil va produire des effets de soulagement et de décrispation et aussi de rupture.

LES DIFFÉRENTES PRESTATIONS

"Enfin, il y a un lieu de soins pour mon enfant" pensent certains parents.

Les conditions sont ainsi bien meilleures pour commencer un travail de soins auprès de l'enfant mais incluant également les parents. Nous insistons sur les premiers temps car à ce moment la capacité de collaboration avec les parents est bonne.

Bien souvent d'ailleurs, ces premières rencontres marqueront le reste du séjour de l'enfant.

De la confiance qui va en résulter, sortira un style de travail et de rencontre particulier à chaque famille.

LE DEMARRAGE DU PROJET DE SOINS

Simultanément à cette entrée, l'équipe va commencer à élaborer un premier projet de soins.

Celui-ci va se concrétiser par l'intégration à l'un des deux groupes d'enfants. En permanence, l'enfant sera sollicité, incité à prendre place, à participer, en fonction de ses moyens.

Ceci va prendre diverses formes bien sûr. Il est tenu compte de l'état psychique de l'enfant. Mais, le sens de la démarche sera de lui proposer une place dans laquelle sa personne est prise entièrement en compte.

Selon qu'il parle ou ne parle pas, des mots lui seront prêtés ou alors il recevra de l'aide pour formuler, dire.

Ces premiers temps verront un aller et retour de l'échange entre ceux et celles qui partagent la vie de l'enfant au quotidien, le médecin et l'équipe plénière avec une synthèse au bout de un à deux mois de séjour.

Celle-ci a pour but de faire le point, de vérifier les premières hypothèses et de fixer les premiers objectifs de travail. Ce premier travail sert également à mesurer la part d'implication de l'enfant. C'est là un point important puisque, tout au long de son séjour, cette aide à l'implication active et subjective fera l'objet de nos efforts.

LES DIFFERENTES PRESTATIONS

Tout en étant accueilli dans un lieu de soins, l'enfant arrive aussi dans une communauté humaine faite d'adultes et d'enfants. Son arrivée est l'objet d'une préparation. Il vient d'abord pendant une semaine, partageant la vie des deux groupes d'enfants. Cette première semaine, à travers une première synthèse, nous permet une meilleure connaissance de l'enfant et surtout nous permet d'élaborer déjà un projet d'aide.

L'enfant fera ensuite son entrée. Il fera partie d'un des deux groupes d'enfants.

Ce qui est important c'est que là encore, l'équipe va oeuvrer pour lui permettre d'occuper son espace existentiel, fût-il symptomatique. Nous n'en restons pas là bien sûr. Nous tentons de créer en permanence un travail et une réflexion dynamique en alliance avec l'enfant et ses possibilités de mobilisation et d'évolution.

1/L'EDUCATION

Les circonstances et la pathologie font que les possibilités éducatives parentales n'ont pu s'exercer normalement pour ces enfants "hors normes".

En relais et collaboration avec les parents, ce lieu d'accueil se doit donc d'exercer une fonction éducative adaptée. Il faut tenir compte à la fois des normes sociales, de la vie de groupe et des possibilités présentes de chaque enfant, en lien avec sa maladie mais aussi de sa thérapie.

Cette fonction éducative s'exerce d'une part à travers la vie quotidienne :

- dans la maison, dans la rue et dans les lieux publics.

La vie quotidienne dans la Maison du Jour prend en compte, avec les enfants, les nécessités de la cuisine et de l'animation.

D'autre part, à l'occasion des différentes activités adaptées et choisies, en fonction d'objectifs précis (équitation, piscine, apprentissage du vélo, atelier, conte, etc...). Il ne s'agit en aucun cas d'activités occupationnelles.

La fonction éducative nécessite :

- de développer, pour chaque éducateur, sa capacité de verbalisation et celle de l'enfant ("prêter les mots").

- de coopérer avec les psychothérapeutes.

- de réajuster, constamment, les exigences et les propositions concrètes, faites à l'enfant.

Ceci garantit à la fois le respect des possibilités réelles de chaque enfant et sa dynamique de progression.

LA PEDAGOGIE ADAPTEE

Les enfants qui sont à la Maison du Jour sont tous rejetés de l'école. La présence d'un instituteur spécialisé, délégué par l'Education Nationale, nous apparaît nécessaire à maintenir.

Il fait partie intégrante de l'équipe, avec sa spécificité et sa différence statutaire.

Dans quel but ?

Ces enfants ont des capacités d'apprentissage très perturbées, voire complètement inexistantes. Ces difficultés sont souvent aggravées par leur inadaptation sociale totale et parfois celle de leur famille.

L'instituteur a donc deux missions :

- proposer, adapter et concevoir les apprentissages minimaux, possibles dans le cadre d'une scolarité hors école.

- faciliter la réinsertion progressive dans un cursus scolaire à l'école.

Le travail de l'instituteur permet à l'enfant de ne pas perdre ce qui est resté sain en lui, de sa capacité d'apprendre et même de favoriser le processus thérapeutique dans certains cas.

La collaboration s'avère donc, là encore, nécessaire ; c'est ainsi par exemple que les pré-apprentissages de type école maternelle sont proposés à certains enfants par les éducateurs dans le lieu de vie lui-même, en coordination avec le travail de la classe.

L'INTEGRATION

Nous avons souligné les actions d'intégration scolaire pour les enfants qui peuvent en bénéficier.

Il faut bien mesurer que pour nombre d'enfants cette intégration sera à jamais barrée. Les règles et les usages de l'Education Nationale, additionnées aux difficultés pathologiques des enfants, concourent à cet état de fait (les limites d'âge en particulier).

C'est pourquoi nous insistons sur les différences entre apprentissages scolaires et intégration scolaire.

S'ajoutent, ou restent donc, d'autres domaines d'intégration sociale qu'il convient impérativement de proposer aux enfants et à leur famille.

Si l'intérieur de la Maison du Jour est un outil mis en valeur par les enfants eux-mêmes, qui ont imposé ce terme de "Maison du Jour", c'est qu'il est indissociable d'une mise en valeur correspondante de l'extérieur.

Dans la rue, les magasins, les lieux collectifs, la confrontation avec la réalité du monde extérieur, ses difficultés, ses limites, ses risques, sont des repères fondamentaux pour la mise en place de l'autonomisation personnelle et sociale de l'enfant. Ils le sont tout aussi fondamentalement pour la capacité des parents eux-mêmes, à réaliser, en confiance, leurs propres initiatives.

L'équipe thérapeutique doit donc pouvoir s'appuyer sur des dispositions d'établissement qui prévoient la couverture des risques encourus, les possibilités financières et d'assurance de séjours extérieurs, nuit et jour (camps, stages individuels) encadrés par l'institution.

Ces séjours se sont révélés des préalables nécessaires, efficaces pour des intégrations proposées par la Maison du Jour, ou menées par les parents eux-mêmes : centres aérés, colonies de vacances, séjours chez les grands-parents, etc...

4/LES PSYCHOTHERAPIES

A la Maison du Jour, l'ambition nécessaire d'une prise en charge globale repose, bien entendu, sur la mise en place de psychothérapies.

Par ailleurs, nos recherches, nos formations, nos rencontres, nous amènent à affirmer que les psychothérapies de référence psychanalytique opèrent l'aide complémentaire indispensable pour le type de population accueillie.

C'est pourquoi nous continuons de développer en lien avec d'autres praticiens et chercheurs, deux types de psychothérapies : individuelles et groupales.

QUELLES AUTRES ALTERNATIVES

Il est nécessaire de maintenir ces deux possibilités en fonction d'indications précises.

Dans la situation psychanalytique individuelle, la relation du sujet "aux objets internes" et à la "famille interne", est appréhendée et le travail s'appuie sur des possibilités de relations inter-individuelles minimales.

L'approche groupale quant à elle, permet l'abord des souffrances primitives, favorise la constitution du "théâtre interne" de chaque individu et l'accès à l'individuation.

C'est pourquoi cette approche est particulièrement indiquée dans les problématiques autistes et psychotiques comme préalables ou concomitantes aux psychothérapies individuelles.

L'échange avec les professionnels qui partagent la vie quotidienne de l'enfant est fécond, si les conditions suivantes sont respectées :

- la mise en place de procédures, de lieux, de positions de thérapeutes, dégagées de toutes autres implications affectives ou concrètes dans la vie quotidienne. Ceci vaut pour les entretiens avec les parents ou les familles.

Nous avons un calendrier de synthèses établi pour chaque enfant, deux fois par an pour chaque enfant en règle générale. Cette synthèse permet effectivement de mesurer la part d'implication et d'évolution de l'enfant, permet d'avoir une approche multi-disciplinaire, et elle permet de maintenir l'enfant en état de soin et de nous maintenir en état de soigner. A la fois de nous questionner sur nos pratiques, de nous questionner sur l'évolution de l'enfant, de formuler des objectifs.

Un autre point dont il a été question tout à l'heure, c'est le Placement Familial. Pour certains enfants, très gravement perturbés, nous avons pu pratiquer le placement familial dans le passé mais c'est suspendu actuellement, faute de moyens. Il nous paraît important que les enfants puissent vivre dans un modèle de communication, dans un modèle humain différent de leur propre famille. Nous avons eu l'occasion d'y constater des progrès étonnants et nous aurons certainement à reparler de la possibilité de créer ce type de réponse aux difficultés des enfants.

QUELLES AUTRES ALTERNATIVES

A L'HOPITAL DE JOUR ?

La gravité des troubles chez l'enfant n'est pas la même pour tous.

Certains enfants, en cure ambulatoire, pourraient se maintenir à l'école. Il s'agit-là de la minorité des enfants que nous recevons et pour laquelle, au bout du compte, le séjour est bénéfique même s'il est moins long que pour l'autre majorité.

Pour les autres, nous voyons difficilement d'autres solutions.

L'école, ils ne peuvent s'y maintenir et quand ils le font c'est souvent pour stagner. Les établissements de type I.M.P. ne peuvent pas non plus répondre à ces difficultés ou n'y répondent que de façon partielle.

Il reste l'hôpital et l'hôpital de jour en particulier.

Nous croyons par contre que celui-ci doit constamment s'adapter aux besoins comme le font les hôpitaux en France à l'heure actuelle.

La prévention et le dépistage précoces peuvent progresser. Nous constatons que plus l'admission est précoce, plus les chances d'évolution sont grandes. Nous pouvons moduler le temps de présence à l'hôpital de jour.

L'hôpital de jour pourrait fournir d'autres prestations. Nous pensons à des observations plus poussées.

QUELS SUPPORTS LES SERVICES DE L'HOPITAL

PEUVENT-ILS APPORTER

A L'EQUIPE EXTRA-HOSPITALIERE

PREAMBULE

La pratique de prise en charge de psychotiques chroniques stabilisés en extra-hospitalier depuis deux ans nous interroge dans le fonctionnement de l'institution et semble remettre en cause la valeur attribuée à la notion d'hospitalisation et de soins.

Quels supports les services de l'hôpital peuvent-ils apporter à l'équipe extra-hospitalière dans la gestion de situations nouvelles pour les patients, situations inhérentes au changement de prise en charge.

Cette prise en charge n'étant plus exclusivement intra-hospitalière, mais pluridisciplinaire et devenant une pratique soignante visant à améliorer la qualité des soins psychiatriques par la diversification et la personnalisation des lieux et activités thérapeutiques.

Sommaire de l'étude :

- HISTORIQUE DU SECTEUR
- EVOLUTION DE LA NOTION D'HOSPITALISATION
- EVOLUTION DE LA NOTION DE SOINS
- EVALUATION ET PERSPECTIVES.

RAPPEL HISTORIQUE DU SECTEUR

Le début de la prise en charge extra-hospitalière est contemporain de la répartition géographique de secteurs en 1972 avec la nomination d'un infirmier responsable de l'extra-hospitalier. Avec l'arrivée de nouveaux médecins en 1976, l'activité dite de secteur, s'est accrue par le détachement d'infirmiers intra-hospitaliers, à raison d'une journée par semaine.

EN 1984, constitution d'une équipe extra-hospitalière spécifique, en complémentarité des intervenants déjà en place.

En 1987, renforcement de l'équipe fixe constituée en 1984, avec travail spécifique sur l'extra-hospitalier et abandon du détachement de l'intra-hospitalier. Ce renforcement ayant pour but la prise en charge des personnes âgées en institution et la prise en charge des psychotiques chroniques stabilisés, installés en ville, en appartements protégés ou individuels. L'objectif étant non seulement d'éviter la désadaptation, mais d'initier et de participer à la réinsertion sociale des patients.

DEHOSPITALISATION OU RESOCIALISATION

Il y a deux ans, avec le renforcement de l'équipe extra-hospitalière, le travail du centre de jour portant sur l'autonomisation et la resocialisation des patients, il a été décidé de faire sortir des patients de l'hôpital, d'abord en appartements protégés. Puis, après un séjour de 3, 6 mois ou plus, un bilan est effectué ; si le patient a acquis une autonomie suffisante, il est alors logé en appartement particulier, la prise en charge s'effectuant par l'accompagnement de ces patients à l'extérieur par les V.A.D. et l'aide aux différentes démarches nécessaires (meubler l'appartement, gérer l'argent quotidien pour la nourriture, et réguler les dépenses personnelles).

Afin d'éviter une coupure trop rapide du mode de vie antérieur, ces patients sont en hôpital de jour et, pour la plupart en ergothérapie ; ceci leur permettant d'avoir un rythme de vie similaire à celui de tout le monde et de se sentir valorisé par ce qu'ils considèrent comme un travail. Enfin, cette "occupation" évite le désœuvrement propice à l'alcoolisation et à la rechute.

Tenant compte de leurs difficultés à se prendre en charge à l'extérieur et de leurs faibles ressources, l'hôpital leur offre un certain nombre de "services" (médicaments, consultations médecins généralistes, entretien du linge).

Lorsqu'il y a recrudescence de symptômes, psychoses ou angoisse importante, indépendamment et en dehors des heures d'intervention de l'équipe extra-hospitalière, il leur est proposé de faire appel à l'hôpital ou de se rendre dans le service "de référence" pour y recevoir les soins nécessaires. Les services intra-hospitaliers assurent ainsi la complémentarité de l'équipe extra-hospitalière par leur disponibilité (24H/24), par des interventions à l'extérieur, si nécessaire et par l'établissement d'un projet de soins visant à sa sortie (les temps d'hospitalisation variant de quelques jours à quelques semaines).

Actuellement, environ 25 patients bénéficient de ce type de prise en charge. La plupart d'entre eux sont en hôpital de jour. Certains ont d'abord bénéficié de l'hôpital de jour, puis, leur autonomie s'accroissant, ont pris de la distance avec l'hôpital, et ne sont plus suivis que par l'intermédiaire des V.A.D. et des consultations médicales.

Certains se sont stabilisés et habitués rapidement à ce nouveau mode de vie, même si au départ, ils avaient une certaine réticence à sortir de l'hôpital. D'autres ne peuvent vivre à l'extérieur qu'au prix d'une dépendance importante envers l'hôpital (avec des hospitalisations ponctuelles).

EVOLUTION DE LA NOTION D'HOSPITALISATION

La conception habituelle de l'hospitalisation étant la prise en charge, dans une structure spécifique, de l'individu désadapté à son cadre de vie (désadaptation familiale, sociale, culturelle), l'incapacité à être autonome entraîne le placement dans une institution d'assistance ou de réadaptation ; les deux aspects de l'hospitalisation étant une prise en charge technique nécessitée par l'état du patient, prise en charge devant pallier à une vie sociale suspendue.

L'hospitalisation a d'abord été un accueil, un refuge pour gens sans ressources, l'hôpital étant un asile d'accueil et d'entretien et éventuellement de soins.

Le développement de la médecine et de la science a privilégié l'aspect soins aux dépens de l'hébergement. Les asiles sont alors devenus les H.P., puis des Centres Hospitaliers Spécialisés.

Actuellement, les progrès de la science, les nouvelles données économiques, une approche politique de la maladie mentale différente ont apporté une diversification importante des structures et des activités adaptées aux demandes très diverses des malades permettant une prise en charge individualisée. L'hospitalisation qui a d'abord été l'unique réponse aux demandes ou besoins du patient, ne constitue plus qu'une étape de son traitement qui devra être poursuivi dans les organismes de prévention et de post-cure. La réduction sensible de la durée d'hospitalisation et les efforts entrepris pour améliorer les conditions de vie et de soins des malades hospitalisés ont été possibles, grâce à l'évolution des thérapeutiques et au progrès des pratiques soignantes.

LE SOIN INFIRMIER

Le soin infirmier est la prise en charge totale ou partielle avec une perspective d'assistance ou de rééducation d'un individu lorsqu'il est incapable d'assurer la qualité ou la quantité de ses actions nécessaires au maintien de la vie et de la santé.

Les soins infirmiers se fondent sur des méthodes et des pratiques qui leur sont propres. Ce sont des procédés clairement établis en vue d'accomplir des actions spécifiques dans un but donné (décision de mettre en place un dossier de soins et un projet de service).

L'évolution de la prise en charge dans le secteur a débuté par le "repérage" d'un groupe de psychotiques qui nous a amené à réfléchir à une approche thérapeutique différente de celle du patient hospitalisé depuis de longues années. Les structures intermédiaires n'étant pas forcément adaptées à ce type de patient. Il a été créé alors un service de soins actifs (BROCELIANDE) pour introduire une dynamique nouvelle et une prise de contact avec l'extérieur.

L'étape suivante a été la création d'un Centre de jour avec une plus grande ouverture sur l'extérieur (activités, séjours,...). Ensuite, il y a eu l'ouverture d'appartements protégés thérapeutiques et la prise en charge de malades en hôpital de jour. Les raisons qui ont conduit à cette nouvelle forme de prise en charge ont été les progrès chimiothérapeutiques, l'influence des courants psychiatriques (échec des thérapies institutionnelles), les possibilités matérielles (aide financière aux handicapés), la mise en place d'un projet de secteur, liés aux possibilités en locaux et en personnel. Une autre raison non négligeable est la contrainte économique (limiter le coût de l'hospitalisation et réduire le nombre de lits en psychiatrie). Enfin, l'évolution des mentalités (acceptation sociale de la différence).

BILAN CRITIQUE ET PERSPECTIVES

Les patients, sortis en appartements protégés ou individuels, sont, pour la plupart, en hôpital de jour et ne restent à l'extérieur qu'au prix d'une certaine dépendance les aidant à acquérir une autonomie plus importante.

Les demandes fréquentes d'assistance, d'écoute ou d'hospitalisation dans les moments d'angoisse (souvent hors des heures d'activité de l'équipe extra-hospitalière et le week-end) sollicitent les services intra-hospitaliers d'une manière différente de leur fonctionnement habituel et exigent une souplesse dont les équipes soignantes ne disposent pas toujours.

Malgré cela, les entrées et sorties fréquentes de ces patients donnent une dynamique nouvelle dans la prise en charge offerte par les services, obligeant ceux-ci à travailler en collaboration avec tous les intervenants auprès des patients (autres travailleurs sociaux) et à élaborer une prise en charge individualisée.

Afin de réduire la dépendance à l'hôpital et d'accentuer l'insertion sociale par le développement de l'interaction entretenue avec les liens extérieurs, il serait souhaitable d'avoir un lieu d'écoute et d'accueil spécifique hors institution qui permettrait une prise en charge plus adaptée de la crise qui souvent est d'une durée assez brève.

DEGRE DE SATISFACTION

Les patients

- Désir de sortir de l'hôpital, d'être comme tout le monde,
- solitude sociale et affective difficile à vivre, recherche de la convivialité dans les bars ou entre eux (invitation à prendre les repas ensemble, ou retour à l'hôpital) la solitude sociale étant due essentiellement à la pauvreté des contacts extérieurs, certains d'entre eux ayant vécu pendant très longtemps dans l'institution (10, 20 ans et plus).
- satisfaction d'avoir un "chez soi", d'être indépendant, de ne plus être à charge. Apprentissage d'autres règles que celles de l'hôpital.

Les services

- Désencombrement de patients qui n'avaient plus trop leur "place" mais qui restaient, faute de projets ou de moyens.

- problèmes posés dans le fonctionnement habituel par la disponibilité demandée, tant au niveau de l'accueil et des interventions à l'extérieur qu'au niveau des retours fréquents dans les services obligeant ceux-ci à une prise en charge plus "ponctuelle" (les patients venant dans des périodes de crise, d'angoisse).

L'extérieur

- Grande tolérance par rapport à des gens qu'ils considèrent comme marginaux du fait de l'absence d'ancrage dans le social.
- rassuré par la présence et la "médiatisation" de l'équipe extra-hospitalière, quant aux conflits qui peuvent surgir, l'accompagnement infirmier servant de garantie, voire de caution, quant au respect de la tranquillité de la population.

En résumé, dans la majorité des cas, nous avons pu observer une nette amélioration du comportement des malades (présentation, démarches, contacts avec autrui) une meilleure acceptation de la symptomatologie des uns par rapport aux autres, une certaine faculté d'adaptation que leur long passé dans l'institution ne permettait plus de soupçonner.

Et pour conclure, on peut dire que bien que des difficultés liées à ce nouveau type de prise en charge subsistent, la démarche est globalement positive dans la mesure où elle induit une participation de tous et une cohérence dans l'approche thérapeutique d'une même personne.

ONT PARTICIPE A CETTE REFLEXION :

- Huguette BESNARD, Infirmière
- Jean-Marc BESRET, Infirmier
- Gisèle DELEPINE, Infirmière
- Daniel GONTRAN, Infirmier
- Yannick GUILLEMER, Surveillant
- Christian HERVE, Infirmier
- Annette HUET, Infirmière
- Jean MAINGUY, Surveillant
- Didier MAURICEAU, Infirmier
- Maurice MENARD, Infirmier
- Marinette POUSTIER, Surveillante.

REFLEXIONS SUR LES MODES ET MOTIFS D'HOSPITALISATION

VUES PAR L'EXTRA-HOSPITALIER

I/HISTORIQUE DE L'HOSPITALISATION VUE PAR L'EXTRA-HOSPITALIER

La circulaire du 15 mars 1960 ayant notamment pour objectif de ne pas séparer le malade de sa famille, de son milieu naturel, ne fut véritablement développée dans le secteur qu'à partir de 1969, année de création d'une antenne extra-hospitalière avec un infirmier.

En 1969, 322 personnes sont hospitalisés dans le secteur. L'infirmier avait pour mission principale le suivi après l'hospitalisation.

En 1974, 243 patients hospitalisés, les effets de la sectorisation commencent à se faire sentir. L'hospitalisation n'est plus qu'une étape dans la prise en charge du malade, au même titre que les consultations au centre médico-social, les visites à domicile et en maison de retraite ainsi que les séjours en centres de post-cure.

En 1975, la mission extra-hospitalière est confiée à l'infirmier des services hospitaliers. Tous les infirmiers de l'intra ont possibilité de suivre les patients à l'extérieur.

Le 1er janvier 1978, pour une meilleure organisation et assurer un suivi plus efficace, une équipe est créée avec un surveillant, deux infirmiers et une assistante sociale à temps plein.

Au 1er janvier 1978 :

177 hospitalisés
396 patients sont suivis à l'extérieur
et 2596 visites à domicile sont effectuées.

Le 2 janvier 1984, l'équipe est renforcée par la création de trois postes supplémentaires (loi RALITE).

Actuellement, au 1er janvier 1988, le nombre d'hospitalisés est de 162 malades et 455 personnes suivies en extra-hospitalier ; 3066 visites à domicile pour une file active de 1614 ; donc l'hospitalisation n'est plus qu'une étape du traitement. Nous constatons la mouvance de la prise en charge de l'intra vers l'extra-hospitalier.

II/ QU'EST-CE QU'UNE HOSPITALISATION ?

A/ GENERALITES

L'hospitalisation est une étape dans la prise en charge spécifique d'un malade dans un lieu de soins. Cette hospitalisation est un temps de soins et non une finalité.

RAPPEL DES DIFFERENTS MODES D'HOSPITALISATION :

Placement d'office, placement volontaire, service libre.

Au 15 décembre 1988, il y avait 164 présents dont trois placements d'office, 48 placements volontaires et 113 services libres.

B/ VUE PAR LES PATIENTS

Pour certains, l'hôpital est un lieu où ils peuvent manifester leur douleur mais aussi un lieu d'assistance leur fournissant le gîte, le couvert, la réassurance et la sécurité.

Pour d'autres, il s'agit d'une punition, d'une incarcération, d'un rejet.

REFLEXIONS DE QUELQUES PATIENTS

MONSIEUR J. : "On sait lorsqu'on rentre, mais on ne sait pas lorsque l'on sort"

MONSIEUR P. : Réhospitalisé après un séjour d'un an dans une famille d'accueil, "A l'hôpital, on est plus tranquille, on joue à la belotte le week-end..."

Et comment envisagez-vous votre avenir ?

C'est à vous de décider, dit-il.

Au bout de quelques jours, Monsieur P. accepte passivement un autre projet".

Monsieur H., il s'agit d'un témoignage d'un patient admis dans le service en placement d'office en 1984 : "On m'a imposé l'hospitalisation après une dispute avec un voisin. Malgré tout, je me suis bien habitué avec les autres pensionnaires, le personnel infirmier ainsi qu'avec les médecins. Je suis tout de même resté six mois à l'hôpital..."

Actuellement, je vais au dispensaire tous les mois et je reçois la visite d'un infirmier une fois par mois. Cependant, le dispensaire et les piqûres ne me sont pas utiles, mais j'aime bien vos visites de camaraderie."

Monsieur T. est un patient qui refuse tout projet de sortie "Le médecin me prescrit un traitement ; je suis une poubelle à neuroleptiques donc ma place est à l'hôpital".

C/ VUE PAR LA FAMILLE ET L'ENTOURAGE

La famille considère l'hospitalisation comme une mesure obligatoire pour parer à une situation insupportable et insécurisante, souvent comme un dernier recours après des échecs dans d'autres structures.

Pour les personnes âgées, la famille considère l'hôpital comme un lieu privilégié et souhaiterait une prise en charge définitive tout en participant aux frais d'hébergement.

D/ MOTIFS D'HOSPITALISATION

Il s'agit avant tout de la prise en charge du malade en phase aiguë, d'une personne ayant besoin d'être soulagée dans sa souffrance, de la protéger. L'hospitalisation permet de soulager les familles.

Exemple de Mademoiselle G. en famille d'accueil qui, tous les ans, était réhospitalisée un mois par an, pour permettre de libérer cette famille et qui, depuis quelques années, en collaboration avec l'équipe, part en pension de famille.

C'est un moyen aussi de maintenir le seuil de tolérance dans le lieu de vie du patient : foyer logement, maison de retraite, famille d'accueil, employeur.

L'hospitalisation permet de rééquilibrer le traitement et de resocialiser ; c'est la recherche d'une alternative à l'hôpital psychiatrique.

Pour d'autres, il s'agit de l'hôpital-refuge, lieu vécu comme seul repère, où le malade trouvera asile.

III/ PEUT-ON SOIGNER A L'EXTERIEUR ?

A/ STATISTIQUES

(Courbes d'entrées de 1969 à 1988)

En 1969, 215 entrées et 322 présents dans le secteur 22 G 06.

En 1988, 493 entrées et 162 présents.

ce qui montre que les mouvements entrées et sorties sont beaucoup plus importants et que le nombre de présents va en diminuant.

Parallèlement, la file active de 1988 est de 1614, ce qui souligne bien l'importance de la prise en charge ambulatoire puisqu'au cours de cette même année, les malades pris exclusivement en charge ambulatoire sont au nombre de 1101.

- Les activités au dispensaire : 962 patients vus pour 2140 actes.
- Les soins à domicile : 193 patients pour 1273 actes.
- Les soins en institution : 312 patients pour 1215 actes.

B/ LE ROLE DE L'EQUIPE

Le rôle de l'infirmier extra-hospitalier est le maintien à domicile. Il devra aider le patient à garder ou à reprendre son autonomie. Son rôle est aussi de lui éviter une hospitalisation ou de réduire celle-ci lorsqu'elle est inévitable.

Il est important de drédramatiser en rassurant le malade lui-même ainsi que son entourage.

Nous avons un rôle d'information auprès des familles en leur expliquant ce qu'est la maladie mentale. Il est souhaitable que les familles prennent conscience des difficultés relationnelles, des réactions que le malade peut présenter, dans le but de lever leur angoisse, leur inquiétude. La famille doit être participante dans le projet de soins du patient.

C/ NOS MOYENS

VAD

La visite à domicile, qui est une prescription médicale, permet de rencontrer le malade chez lui. Il s'exprime plus librement, ce qui permet parfois d'obtenir plus d'informations. On observe aussi la qualité des échanges entre le malade et son entourage, la participation et l'attitude de ces derniers pendant la visite.

La visite à domicile, outre le support psychologique, permet aussi d'assurer la continuité du traitement que ce soit par la préparation hebdomadaire du pillulier, des injections retard. Ces actes ne restent que des supports à la relation.

Par l'utilisation du dossier de soins, le médecin et l'équipe soignante devront apprécier la fréquence de ces visites à domicile, l'évaluation de leurs effets et ainsi en assurer le maintien ou l'arrêt.

Nos interventions régulières dans les C.M.S., les permanences, les consultations médicales, les nombreuses demandes d'interventions dans les foyers-logement, maisons de retraite et longs séjours confirment notre rôle de soutien qui permet d'augmenter le seuil de tolérance.

IV/ CONCLUSION

A travers cet exposé, nous avons essayé de faire apparaître différentes prises en charge du malade : hospitalisations, consultations médicales ou permanences d'un dispensaire, visites à domicile, visites dans différentes institutions.

L'évolution de la psychiatrie entraîne de fait une redéfinition de la pratique du soignant, d'où la nécessité d'utiliser les outils dont nous disposons : dossier de soins, formation continue...

De l'hôpital "asile" avec des "gardiens" à l'hôpital "pivot" du secteur, les infirmiers travaillent avec une population donnée, un nouveau type de soins est apparu, plus rationnel, avec un accompagnement des patients dans leur réinsertion socio-professionnelle.

L'hospitalisation dans la pratique de secteur n'est bien qu'une étape dans la prise en charge du malade. Il apparaît qu'après 20 ans de pratique extra-hospitalière, malgré l'augmentation du nombre des hospitalisations, celles-ci restent de courte durée. Cette diminution peut s'expliquer grâce à une meilleure connaissance, à une transformation de l'image de la psychiatrie sur l'extérieur.

L'extra-hospitalier concourt à influencer sur cette image et souhaite que cette évolution se poursuive, notamment par la prévention, par la création et la mise en place de structures légères en alternative à ce qu'on continue d'appeler l'hôpital psychiatrique.

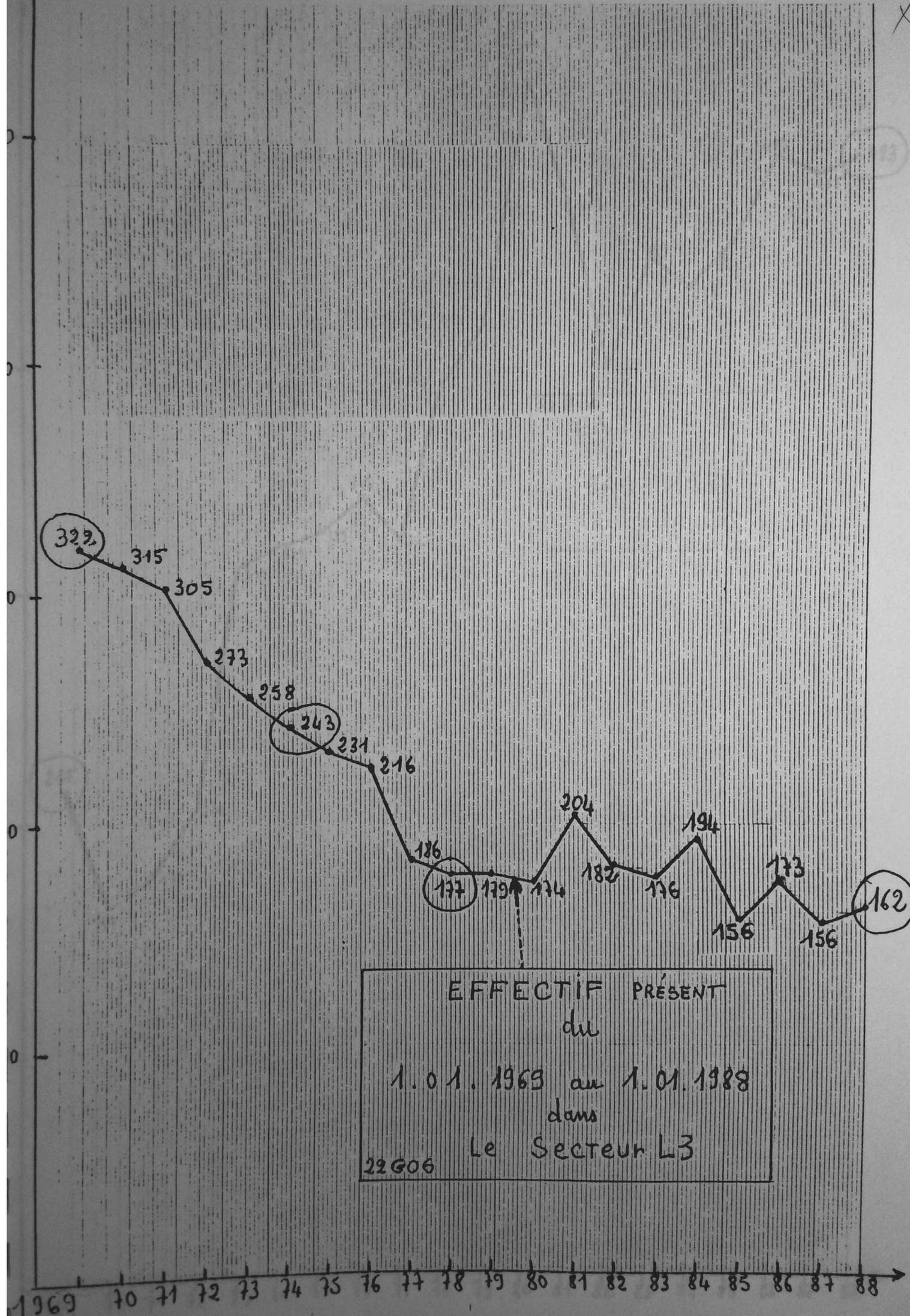
ANNEXES : Courbes sur l'évolution de l'hospitalisation en 20 ans dans le secteur 22 G 06.

BIBLIOGRAPHIE

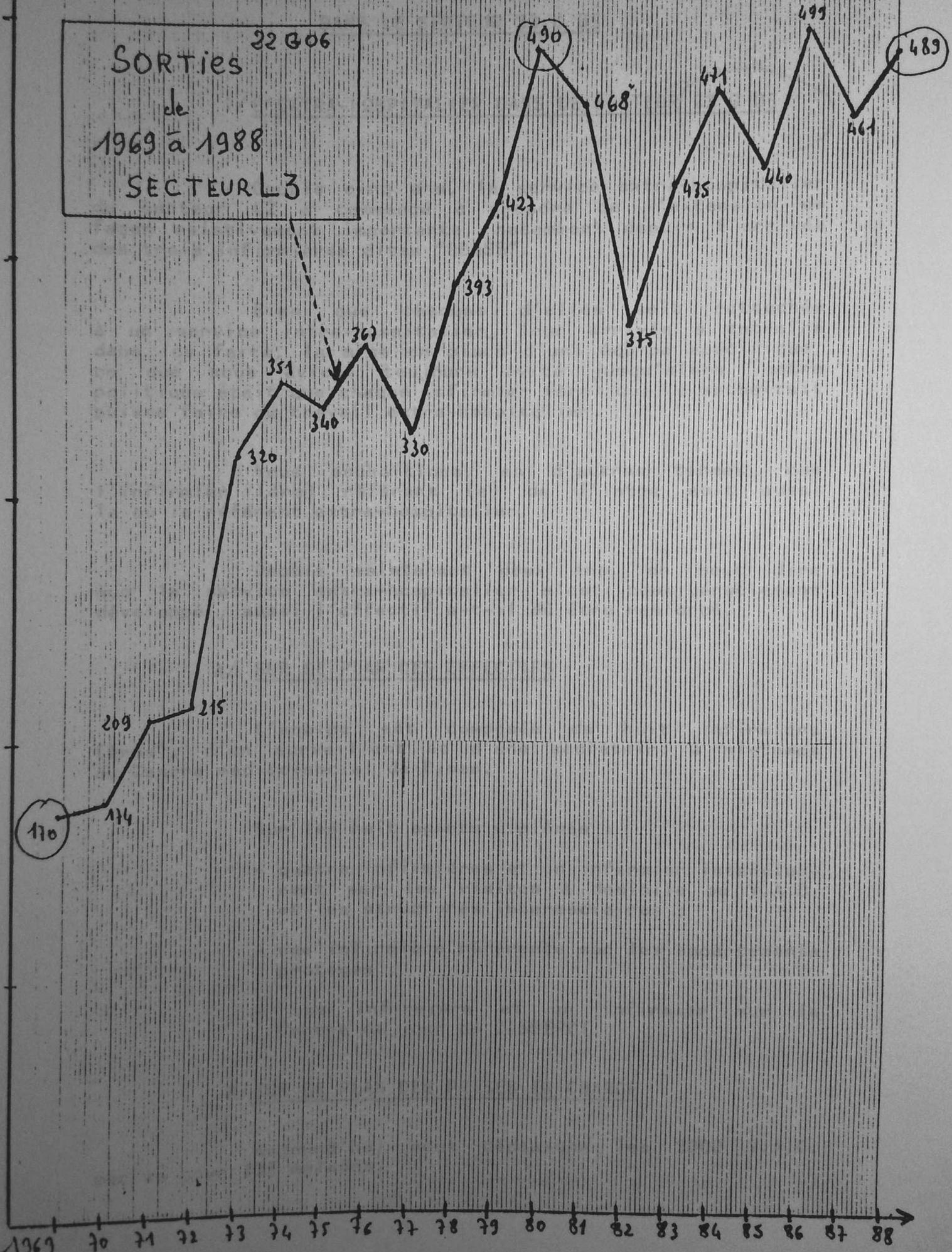
- Soins Psychiatrie N° 90 AVRIL 1988
- N° 76 FEVRIER 1987
- N° 96 OCTOBRE 1988

COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

- Germain AUFFRAY
- Monique CAMPAGNE
- Odile GLEMOT
- Pascale GUIHOT
- Jean-Yves LEDEAN
- Joëlle LE SOUDER
- Michel RONDEL.



22 806
SORTIES
de
1969 à 1988
SECTEUR L3



215

167

177

206

313

323

323

345

325

397

421

527

473

401

449

437

456

473

485

493

22 G 06
 ENTRÉES
 de
 1969 à 1988
 SECTEUR L3

1969

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

LA PLACE DE L'EXTRA-HOSPITALIER

DANS LE SECTEUR 22 G 05

I/ L'EXTRA-HOSPITALIER DANS LE SECTEUR 22 G 05

Depuis cinq ans, le service extra-hospitalier du secteur L2 a commencé à prendre de l'extension de façon relativement importante, notamment depuis l'arrivée des trois infirmières dites "DDASS".

Bien que chacune d'elles soit rattachée à un service intra-hospitalier, leur arrivée a entraîné dans les faits, la mise en place d'une équipe spécifique, ce que nous avons toujours évité jusqu'alors (notre politique était que chaque infirmier (ère) qui le souhaitait puisse faire du travail extra-hospitalier.

Nous souhaitons, en d'autres termes, que l'infirmier (ère) référent (e) de l'intra soit aussi la ou le référent extra-hospitalier.

Depuis maintenant deux ans, on peut dire que le service extra-hospitalier s'est considérablement développé ; aussi l'effectif a-t-il dû être renforcé.

A/ SUR LE PLAN DES EFFECTIFS

L'équipe est composée de huit infirmiers (ères), d'un surveillant et d'une secrétaire à mi-temps au Centre médico-social de Dinan.

Sur les huit agents diplômés :

- quatre infirmières et un infirmier interviennent sur les visites à domicile ou V.A.D. et les structures intermédiaires ;
- une infirmière référente sur les appartements protégés ;
- une infirmière et un infirmier sur le Centre de jour de CASSEPOT.

B/ SUR LE PLAN DES PRISES EN CHARGE

Aujourd'hui nous dépassons les 2000 V.A.D. par an pour 125 malades.

Cette année, notre effort s'est porté sur les prises en charge dans les structures intermédiaires (foyers-logement, maisons de retraite) en y détachant des infirmières référentes pour chacune d'elles.

Quant à la prise en charge à domicile des personnes âgées, nous citerons ici l'exemple d'une H.A.D. : prise en charge à domicile d'une personne âgée à partir de l'hôpital général, afin d'éviter une hospitalisation probablement de très longue durée dans un de nos services. L'arrivée de ce patient nous était annoncée pour l'après-midi.

CE QUE NOUS AVONS FAIT

Dès l'information reçue, et après une mini-synthèse informelle avec l'équipe médicale, il est décidé de tenter une H.A.D. Le surveillant de l'extra-hospitalier est chargé de mener à bien la coordination nécessaire :

- Contact est pris avec la famille pour expliquer nos propositions ainsi que les démarches que nous devons entreprendre : accord de la famille.

- Contact est pris avec le médecin généraliste pour lui demander son avis, son accord et son aide : accord du généraliste.

- Contact est pris avec un service de soins à domicile pour une intervention d'une durée d'une heure trente par jour (en deux fois : matin et soir) pour assurer les soins physiques très importants ainsi que le coucher et le lever : accord du service de soins à domicile, sous réserve que l'infirmier psychiatrique puisse l'assister.

- Contact est pris avec le pharmacien pour la location du matériel (lit médicalisé, déambulateur, fauteuil adapté) : accord du pharmacien, sous réserve d'accord de la Caisse.

- Contact est pris avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie : accord de la Caisse, sous réserve de certificat médical.

CE QUE NOUS PROPOSONS AU NIVEAU PSYCHIATRIQUE

Nous assurons une V.A.D. quotidienne, voire bi-quotidienne, avec pour objectifs :

- Aider psychologiquement la famille, notamment l'épouse (lui permettre d'aller faire ses courses, de souffler) ;

- Aider très concrètement l'infirmière du service de soins à domicile.

Le temps infirmier est d'une moyenne de une heure trente par jour.

Cette H.A.D. a duré trois mois, entrecoupée de réhospitalisations de courte durée à l'hôpital général.

Le rôle de l'infirmier psychiatrique était de préparer ces réhospitalisations et les sorties.

Enfin, le rôle de cet infirmier a été aussi et surtout un rôle d'accompagnement à la mort puisque le patient est décédé.

Par cette prise en charge à domicile lourde, certes, mais ô combien intéressante, nous avons permis à ce patient de mourir chez lui au milieu des siens. Cet objectif à lui seul ne suffisait-il pas pour mettre en place cette prise en charge ?

Sur le plan institutionnel, nous avons évité une hospitalisation dans l'un de nos services, et cette hospitalisation aurait très certainement mobilisé beaucoup de temps infirmier.

L'équipe extra-hospitalière s'étant étoffée, donc structurée, plusieurs points méritent d'être soulignés ici :

- la mise en place d'une réunion quotidienne de 9H à 9H30 (lieu d'échanges d'où chacun reçoit la même information, au même endroit et en même temps, et où chacun apporte son regard sur le travail de l'autre) ;

- la mise en place d'une réunion trimestrielle à caractère institutionnel ;

- la mise en place d'infirmier (ère) référent (e) non seulement à l'intérieur de l'hôpital mais aussi dans les structures extérieures (foyers-logement, maisons de retraite...).

- la mise en place d'une permanence quotidienne sauf le samedi et le dimanche, de 13H30 à 17H30 au Centre médico-social de Dinan (lieu d'accueil et d'écoute).

REALISATION DE PROJETS DE SERVICE

- Ouverture d'un centre de jour à CASSEPOT (Capacité d'accueil : 8 patients)
 - ouverture de cinq appartements au 113 de la rue de Brest à Dinan (capacité d'accueil : 10 patients).
 - mise en place d'une permanence infirmière tous les week-ends et jours fériés et ce, du 1er janvier au 31 décembre. Ces permanences sont assurées par l'équipe extra-hospitalière des V.A.D. du Centre de Jour et des appartements protégés.
- Avec pour objectifs :
- Assurer les urgences au niveau du secteur ;
 - Intervenir dans les appartements protégés ;
 - V.A.D. sur indication médicale (soit du psychiatre ou du généraliste).
 - Atelier thérapeutique "groupe cuisine", chaque vendredi de 10H à 16H au C.M.S. de Dinan.

Ces activités sont réservées (sur indication médicale) aux malades sortis. Elles ont pour objectifs de leur apprendre à faire les courses et à faire la cuisine.

II/ ROLE INFIRMIER EN EXTRA-HOSPITALIER

L'infirmier de secteur extra-hospitalier est un élément d'une équipe qui doit faire preuve de disponibilité et de cohésion. Notre rôle est de gérer le quotidien des patients au domicile ou en institution, ce qui impose un fonctionnement peut-être un peu moins sécurisant que celui de l'intra-hospitalier.

Ce travail qui consiste surtout en une prise en charge particulière des patients est tout d'abord une prescription médicale.

A/ action préventive (peu de demandes en amont d'une hospita-

lisation) curative et peuvent avoir plusieurs buts :

- assurer le suivi d'un malade après une hospitalisation, en ayant soin d'avoir son accord et d'avoir fixé la fréquence des visites, d'où collaboration étroite avec les services du secteur pour connaître le malade et connaître sa problématique ;

- soutenir la famille face à la maladie et rassurer l'entourage ;

- gérer le quotidien du patient en le consultant, en l'accompagnant dans certaines démarches pouvant le déstabiliser ;

- assurer le maintien d'une personne âgée, placée en institution, par un soutien psychologique et en aidant le personnel face aux différents troubles du comportement afin d'augmenter le seuil de tolérance ;

- permettre au malade de vivre chez lui ou dans sa famille, ce qui impose une collaboration avec les généralistes, les infirmiers libéraux, les services de soins à domicile, les assistantes sociales, les éducateurs D.D.A.S.S., les services de tutelle, les C.C.A.S.

B/ Ce travail doit permettre d'éviter les hospitalisations itératives et de limiter les hospitalisations intempestives.

Nous devons apprécier les changements de comportement qui peuvent annoncer une rechute éventuelle ; ainsi nous devons bien connaître les situations sociales financières, familiales, médicales, somatiques et psychiatriques.

Parfois, nous devons provoquer une hospitalisation avec l'aide du généraliste pour éviter qu'une situation ne devienne irréversible. Par exemple, permettre à une famille de "souffler", de s'absenter pour une raison ou pour une autre mais dans ce cas nous fixons des limites dans le temps.

C/ Etat d'urgence ou de crise

Face à ces demandes, nous devons offrir une réponse rapide :

- Il nous faut chercher les éléments significatifs permettant de prendre une décision ;

- analyser la façon dont est formulée la demande et à qui elle s'adresse ;

- il faut très vite pouvoir faire la part (si possible) des vraies urgences qui nécessitent des soins immédiats, qui imposent de prévenir le généraliste, et de l'état de crise qui demande une intervention adaptée afin de dédramatiser la situation.

III/NOS INTERVENTIONS A LA MAISON DE RETRAITE

DU JARDIN ANGLAIS

Infirmière référente : Maryse VERGOS.

Intervention au Jardin Anglais, maison de retraite de Dinan, tous les lundis après-midi, aux heures de transmission dans les différents pavillons.

On lui fait part des difficultés ou des progrès rencontrés chez les résidents suivis. Il est décidé d'une conduite commune à tenir. Nous essayons avec eux de décoder des attitudes, des comportements chez certains résidents :

Ceci dans le but :

- d'aider le personnel soignant à aborder la psychiatrie sans dramatiser ;

- mais aussi, d'aider le patient de l'hôpital psychiatrique à devenir résident ;

- parfois d'éviter une hospitalisation ;

- parfois de préparer une hospitalisation dans un de nos services de psychiatrie ;

- visite des résidents, aide à gérer le quotidien.

IV/NOS INTERVENTIONS AU "CANTOU" "COIN DU FEU"

AU FOYER-LOGEMENT DE PLANCOET

Infirmière référente : Maryse VERGOS.

Lieu de vie pour personnes âgées désorientées dépendantes psychiques.

Objectif : permettre aux personnes âgées désorientées de conserver jusqu'à leur mort leur lieu de vie, leur entourage (amis, famille).

Le service extra-hospitalier du secteur du Docteur VANHOOVE du C.H.S. ST JEAN DE DIEU a détaché quatre heures de temps infirmier par semaine de travail au Cantou.

L'intervention a été définie comme étant strictement une aide institutionnelle aux maîtresses de maison, c'est-à-dire les aider à gérer leurs difficultés, à aider les personnes âgées désorientées, dépendantes psychiquement, incontinentes, en veillant le mieux possible à :

- répondre à leurs questions, les conseiller, leur faire part de mon expérience auprès des personnes âgées ;

- les aider à "décoder" certaines attitudes et comportements (agitations, déambulation, rites gestuels, etc...) ;

- parler de la confusion mentale, du délire, etc... ;

- expliquer les traitements (différencier tranquillisants, anxiolytiques et neuroleptiques) ;

- mieux connaître et comprendre les personnes âgées pour mieux aider les maîtresses de maison.

V/ LE DEVELOPPEMENT DE L'EXTRA-HOSPITALIER A

ENTRAINE LA CREATION DE STRUCTURES NOUVELLES

1) LES APPARTEMENTS PROTEGES

Ouverts depuis le 2 octobre 1989 au 113 de la rue de Brest à Dinan.

Au nombre de cinq, d'une superficie de 50 à 60 m². Chaque appartement pouvant accueillir deux résidents. Existe aussi un immense parc constitué d'une pelouse, d'un potager, d'abris, de garages, etc...

Constituent une structure intermédiaire pour un temps donné (trois, six mois éventuellement) sur indication médicale, dans un but de préparer les résidents à une sortie définitive du Centre Hospitalier ST JEAN DE DIEU.

Actuellement six personnes résident dans ces appartements dont cinq restent en hôpital de jour.

- 8H00 : Intervention infirmière d'un membre de l'équipe ;
- de 9H à 11H00 : se rendent dans une ergothérapie de leur choix mais toujours dans le cadre de la démarche de soins ;
- prise du repas dans le service dont ils sont issus ;
- retour à 13H00 aux appartements ;
- L'intervention infirmière se situant jusqu'à 19H00.

Ce nouveau lieu de vie constitue une rupture avec la dépendance institutionnelle, le "confort" hospitalier.

*C'est un lieu d'apprentissage ou de réapprentissage de la gestion du quotidien :

- Gestion d'un budget avec les ressources suivantes :

- . A.A.H. (2830 F.)
- . Pension d'invalidité 1ère ou 2e catégorie (2 600 F.)
- . R.M.I. (1700 F.)

Tous ont droit à l'allocation-logement couvrant les frais de loyer (500F+150F).

Ce qui implique, pour accéder à l'autonomie financière :

. Un regard attentif et étude comparative des prix des différentes denrées alimentaires et autres, ceci avec l'intervention infirmière ;

. La résistance devant les nombreuses tentations qu'offrent les magasins, la télévision, etc... ;

. Une rigueur dans la gestion administrative : paiement factures, loyer, assurances, etc... afin d'éviter l'endettement ;

. Une information sur les lois sociales, les différentes aides attribuées aux handicapés.

... Lieu d'apprentissage ou de réapprentissage des règles de vie en société, d'autant qu'ils vivent à deux par appartement.

... Respect de l'autre, partage, développement des centres d'intérêt dans le but de retrouver la prise d'initiatives, la joie de réaliser certains actes en vue parfois de partager ;

... Développement des liens avec la famille afin de renforcer l'identité de la personne, de la valoriser et de l'inscrire dans la société ;

... L'intégration au tissu social grâce à l'inscription dans des clubs, participation à des activités culturelles, etc... ;

... Le développement de l'expression personnelle par le biais d'entretiens individuels lors de réunions soignants/soignés. Prise en compte des difficultés et mise en place de solutions en commun (ex: Alphabétisation).

Ce mode de prise en charge amène à une remise en cause de la position soignante qui doit en permanence adopter une flexibilité dans son mode de fonctionnement, s'adapter aux nouveaux besoins de résident, évaluer ses capacités d'autonomie en vue d'une complète réinsertion dans le tissu social.

2) LE CENTRE DE JOUR DE CASSEPOT

Historique :

Ouvert depuis le 5 juin 1989, le Centre de Jour a une capacité d'accueil de huit patients pour un encadrement de deux infirmiers.

Le Centre de Jour a assuré sa fonction avec deux patients ; actuellement l'effectif est de sept patients et durant ces cinq mois, nous avons eu quinze admissions.

Le Centre de Jour est sous la responsabilité administrative de Monsieur Bernard BIDAN et sous la responsabilité médicale du Docteur LEON qui intervient :

- le mercredi matin pour une réunion institutionnelle ;
- le vendredi matin pour un entretien avec chaque patient.

Madame Nelly NOGUES , Psychologue, intervient pour des entretiens de soutien et dans le cadre d'un groupe d'expression orale dirigée.

LA FINALITE DU CENTRE DE JOUR

Dans un premier temps, notre but est de rendre le patient le plus autonome possible afin de lui permettre de se réinsérer dans le tissu social, de lui donner les moyens nécessaires pour faire face aux exigences de la vie.

Puis, dans un second temps, aider le patient à rompre son isolement et pallier au désœuvrement au travers d'activités diverses.

C'est donc un lieu de soins actifs, ayant pour objectif de gérer la vie au quotidien, ceci en vue d'une sortie et d'une meilleure adaptation à la vie extérieure.

NOS MOYENS

Le Centre de Jour a ses lois et il est essentiel que le patient apprenne à s'y adapter. Nous lui permettons de se redécouvrir et de réapprendre :

- à utiliser ses facultés intellectuelles par l'apprentissage de la réflexion, de l'expression, de la communication et de la critique ;
- à utiliser son corps pour acquérir un mieux-être ;
- à éprouver du plaisir dans l'accomplissement de certaines tâches (préparation d'un repas, création, etc...).

L'ADMISSION

Suivant le protocole d'admission institué, le patient est admis au Centre de Jour. Il y a réalisation d'un projet précis avec le patient qui ensuite prend connaissance du règlement intérieur.

PLANIFICATION

Chaque vendredi, nous planifions les activités de la semaine suivante. Chaque patient peut à tout moment consulter le planning.

Toutes les activités sont obligatoires ;
elles s'inscrivent dans la démarche de soins.

DANS LE PROCESSUS DE SOINS

PERMANENCES

Depuis le mois d'octobre, nous intervenons
le week-end au niveau des permanences infirmières.

ONT PARTICIPE A CE THEME DE REFLEXION

- Gilbert LEVENE
- Maryse VERGOS
- Chantal REBOUX
- Martine GUERIN
- Hervé RIGAUD
- Bernard BIDAN.

LE ROLE DE L'ERGOTHERAPIE

DANS LE PROCESSUS DE SOINS

I/DEFINITION DE L'ERGOTHERAPIE

C'est un des moyens "thérapeutiques" mis à la disposition de l'équipe soignante. Cette méthode utilise le travail pour améliorer l'état physique ou psychique d'un malade en vue de son maintien ou de son accession à un maximum d'autonomie dans son environnement (familial, social, professionnel, mais aussi mobilier et immobilier).

II/HISTORIQUE TRES SUCCINCT DE L'ERGOTHERAPIE

DANS NOTRE HOPITAL

Avant la mise en place de personnels qualifiés tels que nous le faisons aujourd'hui, le travail proposé aux malades en psychiatrie était plus un moyen d'aide au bon fonctionnement de l'hôpital qu'une activité à visée soignante, même si l'activité proposée avait sans aucun doute son utilité.

A cette époque, nous parlions facilement de "malades travailleurs".

Les premiers ateliers d'ergothérapie ont été créés dans les années 1960 grâce à l'initiative du Père Paul, Directeur, et du Père Marie André donnant toujours très largement de son temps à ce service et dont les conseils nous sont toujours utiles.

III/DESCRIPTION DU SERVICE

L'équipe du service ergothérapie comporte actuellement :

- Une infirmière
- neuf infirmiers
- un maître-ouvrier
- un surveillant

(dont un infirmier, A. BOTREL, détaché aux activités physiques et sportives de l'hôpital).

Pour l'accueil des personnes soignées, des ateliers ont été mis en place de façon progressive.

Actuellement, nous avons :

- un atelier Encadrement-Vannerie
- un atelier Fer forgé
- un atelier Poterie
- un atelier Rotin
- un atelier Tissage + Cuir

et plus récemment, le Jardin Potager (ce qui représente un accueil de 80 personnes dans les différents ateliers).

Compte-tenu du nombre de personnes "femmes" hospitalisées (170 en hospitalisation complète) dont 62 entre 18 et 60 ans, il nous paraît intéressant de réfléchir lors de la centralisation des ateliers à la mise en place d'activités plus spécifiques, même si actuellement certaines activités proposées dans les ateliers existants peuvent rendre, en partie, ce service.

Notre souhait de participer à cette journée est d'être directement concernés en tant que soignants et d'essayer de mieux faire connaître la spécificité de ce service et notre place dans l'évolution de la psychiatrie.

Avant de présenter le travail réalisé par l'équipe, il nous paraît important de préciser qu'un nouveau mode de fonctionnement a été mis en place en octobre 1988, à savoir :

- une réorganisation de l'ergothérapie pour tendre à en faire un service unique mis à la disposition de l'ensemble des services de l'établissement de manière à leur offrir ainsi une plus grande diversité.

Pour parler concrètement d'ergothérapie, il nous paraît nécessaire de nous resituer dans le cadre global du soin proposé aux personnes hospitalisées.

Je crois que tout le monde est d'accord pour dire que l'ergothérapie est un des outils du soin en psychiatrie, mais il paraît également nécessaire que ce moyen, pour être efficace, réponde à certains critères.

L'accueil en ergothérapie se fait sur prescription médicale.

Cet accueil doit s'inscrire dans une démarche de soins, l'ergothérapie en étant un des éléments.

Il nous paraît également nécessaire de préciser qu'une relation étroite doit exister entre les différents services soignants et notre service, que notre rôle ne doit pas s'arrêter à accueillir et proposer des activités, mais que cette activité est le moyen mis à notre disposition pour observer, établir une relation, évaluer les capacités manuelles et comportementales des personnes accueillies, tous ces points notifiés doivent être repris lors des réunions de synthèse avec l'équipe soignante et c'est à partir de ce moment-là que l'ergothérapie prend toute sa signification.

PROPOSITIONS D'ACTIVITES

IV/ PROPOSITION DE PROJET D'EVOLUTION DE L'ERGOTHERAPIE

Sans remettre en cause l'ergothérapie telle que proposée actuellement, nous pensons que pour certaines personnes hospitalisées, cette ergothérapie n'a pas suffisamment la vocation de réadaptation parce que proposée à l'intérieur de l'Institution.

Actuellement le service ergothérapie accueille vingt personnes en hospitalisation de jour.

Le fait de revenir tous les jours à l'hôpital en sachant aussi que pour certains cela est nécessaire (particulièrement au début de cette hospitalisation partielle), pour d'autres (à notre avis) une prise en charge à l'extérieur devrait privilégier cette réadaptation.

Pour mener à bien cette démarche, nous proposons :

- La création d'un atelier thérapeutique extra-hospitalier implanté dans la cité ou aux abords ; il aurait une signification totalement différente.

Il proposerait aux personnes prises en charge des activités facilement transposables du service ergothérapie actuel.

Mais cet atelier ne serait (à notre sens) qu'un lieu d'accueil à tout ce qui devrait se mettre en place à partir de cet atelier.

Car nous pensons qu'en ergothérapie, tout ce qui se passe autour de l'activité est souvent plus important que l'activité elle-même et cela aussi bien

à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'hôpital même si parfois la matière est élément de mesure dans l'évaluation de certains patients.

A partir de cet atelier, toute une panoplie d'activités devrait être étudiée et négociée afin d'aller vers deux objectifs : **déchroniciser et réadapter**, avec pour finalité, le retour à une vie sociale la plus adaptée possible.

PROPOSITIONS D'ACTIVITES

Travaux thérapeutiques

Ces travaux réalisés actuellement par des Associations de bénévoles ne devraient pas entraver le travail des artisans et entreprises locales.

Des contacts avec les collectivités seraient nécessaires pour mettre en place ces activités (entretiens divers) et, de préférence, en collaboration avec des personnes autres que les soignants soignés.

Accueil de personnes soignées dans les entreprises locales

Proposer une activité directement coupée du milieu soignant, même si ce dernier avait la responsabilité d'encadrer indirectement ces personnes :

(négociations de l'accueil-visites-évaluations)

Parallèlement, et de façon complémentaire à cet atelier, une prise en charge de certaines personnes (dont les besoins existent) pourrait être proposée en atelier Cuisine, avec achat de denrées, préparation des repas, gestion de l'argent (globalement, apprendre ou réapprendre une gestion du quotidien).

Ce projet s'inscrit dans l'application de la loi du 31 décembre 1985 donnant aux Hôpitaux publics et privés assurant le service public hospitalier, la responsabilité des activités psychiatriques intra et extra-hospitalières dans les secteurs qui leur sont rattachés et rentrent dans le cadre de l'arrêté du 14 mars 1986 qui précise la nature et le nombre des équipements et services de lutte contre les maladies mentales en les différenciant selon qu'ils comportent ou non des possibilités d'hébergement.

Nous savons que l'élaboration d'un tel projet nécessiterait une réflexion avec toutes les parties concernées.

- Administration

- Médical

- Para-médical.

V/ CONCLUSION :

Je dirai que l'ergothérapie peut continuer à être un moyen mis à la disposition des personnes soignées à condition de s'inscrire dans une **démarche de soins** et dans la **politique de sectorisation**, si ce moyen est bien utilisé à des fins de réinsertion et de ce fait, contribue à réduire les temps d'hospitalisation.

La conduite alcoolique a longtemps été considérée comme une déviation du comportement avec toute la connotation de tabou moral que cela entraîne.

"L'ivrogne", souvent dénommé ainsi, était exclu de son groupe social d'appartenance et pour cet alcoolique "dérivé" deux solutions étaient alors envisagées :

- soit l'asile d'aliénés

- soit la prison.

L'hôpital n'étant réservé qu'aux formes marginales de l'alcoolisme (telle que la cirrhose, la polycérvite, etc...).

Au milieu du 19^e siècle (en 1849) un médecin suédois (Magnus Huss) introduit la terme d'alcoolisme. Il désigne ainsi l'ensemble des troubles déterminés par l'abus de boissons alcoolisées.

En 1872, le comité national de défense contre l'alcoolisme est créé. Il se donne comme mission de promouvoir une politique globale à l'égard de l'alcoolisme.

Dans les faits, les mesures proposées sont essentiellement éducatives ou moralisatrices.

DANS LA POLITIQUE DE SECTEUR

Avant de présenter la place qu'occupe aujourd'hui l'unité d'alcoologie dans la politique de secteur, il nous a paru essentiel de retracer l'histoire de l'alcoologie en général.

L'alcoolisme n'est pas reconnu depuis longtemps comme une maladie. De ce fait sa prise en charge médicale est récente.

Nous avons intitulé ce bref voyage dans le temps :

I/ "D'UNE NOTION D'ALCOOLISME

VERS UNE NOTION D'ALCOOLOGIE"

La conduite alcoolique a longtemps été considérée comme une **dévi**ation du comportement avec toute la connotation de tabou moral que cela entraîne.

"L'ivrogne", souvent dénommé ainsi, était exclu de son groupe social d'appartenance et pour cet alcoolique "déviant" deux solutions étaient alors envisagées :

- soit l'asile d'aliénés
- soit la prison.

L'hôpital n'étant réservé qu'aux formes terminales de l'alcoolisme (telle que la cirrhose, la polynévrite, etc...).

* Au milieu du 19^e siècle (en 1849) un médecin suédois, (Magnus Huss) introduit le terme d'alcoolisme. Il désigne ainsi l'ensemble des troubles déterminés par l'abus de boissons alcoolisées.

* En 1872, le comité national de défense contre l'alcoolisme est créé. Il se donne comme mission de promouvoir une politique globale à l'égard de l'alcoolisme.

Dans les faits, les mesures proposées sont essentiellement répressives ou moralisatrices.

Parallèlement à ce comité, les premiers groupements d'abstinents naissent (la Croix Bleue, puis la Croix d'Or ; plusieurs décennies après, Vie Libre, les Alcooliques Anonymes, et également des mouvements corporatifs...).

Ces mouvements, malgré des idéologies et des fonctionnements différents, ont le mérite de proposer enfin une aide aux personnes souhaitant rompre leur dépendance à l'alcool.

* La découverte de médicaments (tel que le Disulfirame, plus connu sous le nom commercial d'Espéral) amorce la médicalisation de l'alcoolisme, après la seconde guerre mondiale.

En 1950, Jellinek, médecin sociologue américain parle pour la première fois "l'alcoolisme-maladie en précisant la double dépendance physique et psychique".

Cette conceptualisation jouera un rôle essentiel dans l'évolution des mentalités et des modes d'intervention. En effet, quatre ans plus tard, en 1954, apparaît la première loi concernant le traitement des alcooliques. On y précise entre autre les garanties médicales et sociales pour les alcooliques jugés dangereux pour autrui (cette loi institue également la création du Haut Comité d'Etude et d'Information sur l'Alcoolisme).

Puis la circulaire du 15 mars 1960 relative à la sectorisation prévoit outre la prise en charge des maladies mentales celle des alcooliques et des toxicomanes.

La prévention et le traitement de l'alcoolisme s'inscrivent donc dans l'organisation de la carte sanitaire.

De cette circulaire, découleront plusieurs applications pratiques :

- les centres d'hygiène alimentaire (1970)
- les unités de soins d'alcoologie
- les centres de post-cure.

* Les C.H.A. (rebaptisés depuis Centres d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie) ont pour principales missions le diagnostic et le traitement précoce de toute personne en difficulté avec l'alcool.

Ils assurent un accueil, une écoute, une information et une orientation des buveurs excessifs.

Cette orientation peut se faire vers une structure hospitalière telle que la nôtre, lorsqu'un suivi ambulatoire s'avère insuffisant.

C'est pourquoi après avoir retracé brièvement l'histoire de l'alcoologie en précisant les mesures pratiques appliquées depuis quelques décennies, nous allons maintenant présenter plus spécifiquement l'unité d'alcoologie du C.H.S. ST JEAN DE DIEU.

II/ L'UNITE D'ALCOOLOGIE AU CHS ST JEAN DE DIEU

L'objectif général de ce service a été de :

"Créer une **structure curative** à visée thérapeutique, dans une région géographique particulièrement touchée par l'alcoolisme".

L'unité d'alcoologie nous a permis de mettre en avant la **spécificité de cette maladie** en tentant d'y répondre de la manière la plus adaptée possible.

1) NOS PRINCIPES D'ACTION

Ils sont de trois ordres :

- Il s'agit de **lever la dépendance physique à l'alcool**. Nous nous attachons donc dans un tout premier temps aux symptômes organiques ;

- Deuxième point et de loin le plus important :

Nous essayons de permettre au patient de rompre sa **dépendance psychologique** à l'alcool par une réflexion approfondie.

- Enfin le troisième point est de permettre au malade alcoolique de se **réinsérer dans un groupe social**, d'un point de vue restreint : dans sa famille ; d'un point de vue plus large : dans le monde professionnel et dans la société.

2) LES MOYENS

disposons :

Pour répondre à ces trois objectifs, nous

- d'une structure : l'unité d'alcoologie
- d'une équipe pluridisciplinaire
- d'une prise en charge particulière.

LA STRUCTURE : L'UNITE D'ALCOOLOGIE

14 lits.

Ce service mixte intersectoriel comporte

Il est situé dans l'enceinte du CHS car l'alcoolisme se manifeste bien par des troubles comportementaux liés à une personnalité fragile.

Par ailleurs, le fait que cette unité de soins occupe une position excentrée dans l'institution rend plus facile l'acceptation et la reconnaissance de leur maladie aux personnes alcooliques.

Le service fonctionne en collaboration avec les autres partenaires de la carte sanitaire que je vais citer brièvement :

- les services d'admissions du CHS
- les médecins généralistes, médecins du travail ou spécialistes,
- les C.H. généraux,
- les groupements d'abstinents,
- les assistantes sociales du CHS ou de l'extérieur,
- les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie,
- les centres de post-cure,
- les foyers de réinsertion socio-professionnelle,
- l'association nationale de prévention de l'alcoolisme,
- les autres unités d'alcoologie.

L'unité d'alcoologie est également en contact avec l'ANPE et les ASSEDIICS.

LE PERSONNEL

Cette équipe pluridisciplinaire est sous la responsabilité du Docteur VANHOOVE, elle est composée de :

- un interne en psychiatrie (Docteur MARTIN)
- un médecin généraliste responsable de l'aspect organique (Docteur RIDOUX)
- un psychologue à temps partiel (M. LEMOAL)
- une secrétaire
- une équipe soignante constituée d'un surveillant, douze infirmiers et trois ASH.

LA PRISE EN CHARGE

Elle repose sur **un contrat signé préalablement à l'admission** lors d'un entretien entre le patient et le médecin.

Par ce contrat, le patient s'engage moralement à suivre une cure de quatre semaines dans l'unité d'alcoologie.

Cette cure représente un **temps de réflexion** pour chaque malade sur sa propre dépendance à l'alcool.

Elle sous-entend donc la participation active et le volontariat des patients.

Les agents thérapeutiques mis en oeuvre pour aider cette réflexion sont variés mais visent tous à répondre aux trois principes d'action énoncés précédemment.

Ces principes sont, je le rappelle :

- lever la dépendance physique à l'alcool
- rompre avec la dépendance psychologique à l'alcool
- se réinsérer dans un groupe social.

Je vous propose maintenant d'aborder plus spécifiquement **la démarche de soins infirmiers** appliquée dans l'unité d'alcoologie.

Pour cela je vais reprendre quelques points particuliers de la problématique alcoolique en annonçant à chaque fois les objectifs que nous nous sommes fixés et les moyens mis en oeuvre pour y répondre.

PROBLEMATIQUE	OBJECTIFS	MOYENS MIS EN OEUVRE
LES PATIENTS SOUFFRENT D'UNE DEPENDANCE PHYSIQUE ET DE TROUBLES DE CET ORDRE		
Dépendance physique	Lever cette dépendance et éviter les accidents de sevrage	<ul style="list-style-type: none"> - Réhydratation per os ou perfusion - surveillance des constantes, de la conscience... - maternage et réassurance - veiller à la prise de traitement anxiolitique et hypnotique (si besoin)
Etat physique altéré et mauvaise hygiène de vie	restaurer physiquement les patients Revaloriser en leur faisant prendre conscience de leurs capacités	<ul style="list-style-type: none"> - bilan somatique - hygiène de vie... alimentation équilibrée hygiène corporelle et des locaux - activités physiques avec travail sur l'équilibre, les tremblements, la musculation, la souplesse, coordination (gym, équitation, marche, piscine, footing...) - activités manuelles de "précision"/ tremblements et à la coordination ; ne jamais mettre en échec, leur faire prendre conscience de leurs progrès
Les patients néoconscientisant leur maladie	Les rendre acteur dans prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> - sommeil souvent altéré (traitement, relaxation, écoute...)
Les patients alcooliques intolérants à la déshydratation	Augmenter leur capacité de tolérance	<ul style="list-style-type: none"> - Règlement intérieur - Réunions institutionnelles

PROBLEMATIQUE	OBJECTIFS	MOYENS MIS EN OEUVRE
LES PATIENTS SONT DEPENDANTS PSYCHOLOGIQUEMENT A L'ALCOOL		
Les patients utilisent l'alcool pour leurs capacités anxiolitiques afin de lutter contre leur angoisse	Lever cette angoisse par des moyens autres que l'alcool	<p>Si dans un premier temps, le traitement anxiolitique peut prendre le relais à l'alcool, il ne représente pas une finalité.</p> <ul style="list-style-type: none"> - des activités telle que la relaxation jouent un rôle primordial ; - des activités sportives visant également à la maîtrise de l'anxiété par des difficultés qu'elles engendrent sont utilisées (natation, équitation,...) - les groupes de paroles visent le même objectif - une ligne directe téléphonique permet de continuer le dialogue et les entretiens informels avec les patients lorsque c'est nécessaire après leurs sorties.
Les patients ont une image négative d'eux-mêmes	Revaloriser en leur faisant prendre conscience de leurs capacités	<p>Ecoute bienveillante des patients</p> <p>Activités représentant à priori des difficultés mais ne les laissant pas en situation d'échec</p> <p>Natation, équitation, gymnastique</p> <p>Activités créatrices (manuelles, cuisine...)</p> <p>Relaxation</p> <p>Prise de parole (groupes, réunions)</p>
Les patients méconnaissent leur maladie	Les rendre acteur dans prise en charge	<p>Rédaction de leur biographie</p> <p>Réunion d'information sur la maladie alcoolique</p> <p>Groupes de paroles</p> <p>Projection de films supports à débats</p> <p>Informations individualisées/état somatique de leur traitement</p>
Les patients alcooliques sont souvent très intolérants à la frustration	Augmenter leur capacité de tolérance	<p>Règlement intérieur</p> <p>Vie en groupe</p> <p>Réunions institutionnelles</p> <p>Tout en gardant une certaine souplesse</p>

PROBLEMATIQUE	OBJECTIFS	MOYENS MIS EN OEUVRE
LES PATIENTS SONT SOUVENT EXCLUS DU GROUPE SOCIAL		
<p>On remarque un rejet fréquent du groupe social face à ces patients alcooliques qui souvent s'inscrivent dans un groupe dit "déviant" les copains de café</p> <p>La perte d'emploi ou l'inactivité professionnelle aggrave souvent l'exclusion sociale</p>	<p>Permettre aux patients de se réinscrire dans un groupe</p> <p>Permettre aux patients de se réinscrire dans la réalité sociale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mouvements d'anciens buveurs, présentés, leur donnant la possibilité d'y adhérer à la sortie - Activités et vie de groupe (groupes de parole, retours dans la famille le week-end, sorties en ville...) - Temps libre pour les démarches - Aide matérielle tout en laissant le malade prendre l'initiative - Contact avec les AS et l'ANPE, les centres de réinsertion sociale et professionnelle - Réinstaurer les cadres horaires (pour les activités...)

L'exposé que je viens de vous développer de façon schématique est un cadre général qui est à moduler en fonction de la problématique de chaque patient, ceci dans le cadre de la démarche de soins individualisée.

En outre, je n'ai fait que citer les différentes activités proposées, dans le service, sans m'y attarder.

(Introduction au chapitre suivant pour conclure cette prise de paroles...).

NOS LIMITES

Même si nous tentons d'apporter un soutien maximal au patient pendant sa cure dans le service, le cheminement vers la guérison est de son ressort.

De plus, nous savons tous qu'il est difficile de sortir de la dépendance alcoolique et un mois de réflexion est bien court en face d'une maladie qui s'est installée depuis de nombreuses années.

Une réalité sociale et un contexte économique souvent dramatiques ainsi qu'une situation de rupture familiale fréquente, sont autant de barrières que le malade aura à franchir.

Cependant si rechute il y a, elle ne représente pas un échec mais un passage parfois obligatoire qui jalonne le cheminement vers l'abstinence.

D'autre part, la méconnaissance et l'intolérance vis à vis de l'alcoolisme dans la société, sont des freins à la guérison et à la réinsertion des patients.

Enfin, notre structure est récente et il lui reste à grandir dans un processus de maturation pour affiner nos moyens d'action.

NOS PERSPECTIVES

Elles sont de quatre ordres :

- Renforcer et élargir le partenariat tant à l'intérieur du CHS (puisque nous sommes une structure intersectorielle) qu'à l'extérieur, nous pensons en particulier à des permanences tenues par les infirmiers du service au CHA, au centre médico-psychologique et à l'hôpital général. Il nous paraît souhaitable en effet d'informer

le public concerné par l'alcool de notre désir d'échanger sur nos connaissances et pratiques réciproques.

Le recul et les critères d'évaluation manquant pour mesurer l'efficacité de notre action et en assurer le réajustement, il nous apparaît nécessaire, dans un proche avenir, d'élaborer un travail permettant de pallier à ces carences. Ce qui pourrait se faire par exemple par la mise en place de critères qualitatifs et quantitatifs.

Elargir le champ de notre intervention à la sphère familiale du patient, souvent intimement liée à la problématique alcoolique. La thérapie familiale paraît être une des orientations permettant d'intervenir de manière satisfaisante à ce niveau.

Ceci nous amène à aborder la quatrième perspective portant sur la nécessité de se former. Il va sans dire que nous sommes bien conscients que notre formation théorique de base n'est pas suffisante.

Nous envisageons donc de poursuivre, chacun dans notre domaine, un travail de recherches et d'études afin d'assurer une prestation plus performante.

IDENTIFICATION DU SERVICE INFIRMIER

PREAMBULE : REFLEXION SUR LE SERVICE INFIRMIER

Il importe donc de se demander ce qui peut rendre le service infirmier identifiable, c'est-à-dire :

"Comment discerner des signes, des marques, des repères qui le rendent reconnaissable, qui en permettent la compréhension et sur lesquels on peut agir pour en assurer la transformation et l'évolution".

Il ne s'agit pas là d'un travail exhaustif, nul n'a la prétention de détenir la vérité. Cette réflexion n'a que la valeur que chacun voudra bien lui accorder selon son éthique personnelle et professionnelle.

POURQUOI IDENTIFIER LE SERVICE INFIRMIER ?

En premier, pour être au clair avec le travail que l'on fait afin d'y apporter des transformations, des améliorations et d'évoluer soi-même dans sa vie professionnelle.

(Cf. Service infirmier 1980) : terme récent (1970), apparu lors de la parution d'une petite plaquette qui osait dénoncer "Le service infirmier doit-il rester sous-développé ?".

Ceci fait, il n'y avait pas encore de prise de conscience de sa réalité, de son existence : le public était plus attaché à l'image de l'infirmier (ère) qu'à la nature du service rendu.

Plusieurs questions se posent alors :

- Pourquoi ?
- Par rapport à quoi ?
- Au service de qui ?

ELEMENTS D'IDENTIFICATION

Notion de service offert :

- Service en tant qu'institution, qu'appareil de gestion (infrastructures...),

- Service en tant que prestation : c'est-à-dire la réponse à un besoin de vie (alimentaire, sanitaire, éducatif, psychologique).

Le service en tant qu'appareil de gestion (et les besoins qui en découlent) étant plus visible et plus tangible, a tendance à occulter la prestation à proprement parler. Alors que c'est à partir des observations, des recherches et des applications nées de celles-ci que devrait logiquement découler l'organisation des soins. C'est dans cette même logique que s'inscrit la notion de démarche de soins.

Les soins infirmiers sont la pierre angulaire du service infirmier qui ne prend son sens qu'à partir d'une interrogation sur le processus de soins.

QU'EST-CE QUE SOIGNER ?

Soigner est avant tout un acte de vie, visant à réparer, maintenir, entretenir les fonctions vitales.

Ce n'est pas un acte isolé, qu'il soit de caractère technique ou relationnel mais "l'ensemble des processus de discernement de besoins sanitaires à la vie d'un individu ou d'un groupe" et les réponses à y apporter.

(Cf. circulaire du 15 septembre 1989).

Le rôle de l'infirmière :

"Il est reconnu un rôle propre aux infirmières"... "les soins relevant de ce rôle propre sont ceux dont les infirmiers et les infirmières prennent l'initiative et dont ils organisent la mise en oeuvre..." etc...

LES OUTILS DE TRAVAIL

FORMATION

CONNAISSANCES

ACQUIS

1) Après trois ans d'une formation de base comportant un programme important d'anatomie, physiologie et pathologie, des notions approfondies de pharmacie, de législation, etc... plus pour la psychiatrie, l'étude approfondie des pathologies mentales.

2) La formation permanente nous donne la possibilité d'améliorer, de compléter et de réactualiser les acquis, enfin d'accéder à de nouvelles techniques.

Les moyens d'améliorer nos connaissances peuvent passer par la possibilité de rencontres, de concertations (conférences, informations...) dans un lieu privilégié qui pourrait être une bibliothèque ouverte à tous les soignants.

Les soins infirmiers ont à puiser dans toutes sortes de domaines, de technologies variées et à les recréer, les repenser et les adapter en vue d'une pratique de soins. Il en est de même pour les technologies de l'information, technologies élémentaires qui puissent être comprises par l'entourage.

L'outil de base étant le dossier de soins qui n'est pas immuable.

3) Enfin, il est important de souligner et de prendre en compte l'expérience des soignants n'ayant pas reçu cette formation (citée plus haut) qui eux sont riches de leur vécu professionnel, et qui par cela-même, apportent leur concours à une meilleure adaptation des soins selon les objectifs à atteindre.

CONCLUSION

- Pourquoi parler de l'identification du service infirmier ?

Pour la défense et pour l'avenir de la spécificité de notre profession.

- Qu'est-ce que soigner pour nous soignants ?

"La représentation qu'ont les soignants de "soigner" et du "soin infirmier", est-elle en adéquation avec l'objet de travail, notamment permet-elle une réponse véritable aux besoins, à la souffrance des soignés ?".

ONT PARTICIPE A CETTE REFLEXION

- Maud JOSSELIN
- Maryse DELACROIX
- Noël REHEL
- Anne-Marie LE GUENNEC

SYNTHESE ET PERSPECTIVES

PAR P. LEFEBVRE, DIRECTEUR

Pour tirer une sorte de premier bilan, à chaud, de cette journée, j'ai envie de commencer par une petite phrase provocante :

"Le service infirmier existe, je l'ai même rencontré, je l'ai surtout entendu"

Ce que nous avons tous eu les uns et les autres l'occasion d'entendre au cours de cette journée a été, et est plein d'intérêt à plusieurs titres.

- Plein d'intérêt par rapport au seul fait de cette rencontre,
- Plein d'intérêt par rapport au thème, au fond même de cette rencontre,
- et plein d'intérêt également par rapport aux suites que nous pourrions ensemble décider de donner à cette journée.

L'INTERET QUANT AU FAIT DE CETTE RENCONTRE

C'est quelque chose que j'ai perçu au hasard des pauses et du repas. Il est intéressant en soi d'avoir cette occasion-là de se rencontrer, tous acteurs de l'établissement, de l'institution dans des secteurs différents. Les occasions de se rencontrer aussi nombreux sur un thème professionnel sont relativement rares, et le seul fait de se rencontrer me paraît intéressant : il nous permet notamment de nous connaître mieux.

- Donc, occasion de se connaître un peu mieux et occasion surtout de se reconnaître, et quand je dis "se reconnaître", je veux dire que je suis assez admiratif de cette capacité qu'ont eue les intervenants d'exposer face à leurs collègues leurs pratiques.

Ce n'est pas forcément évident que de prendre le courage d'abord de préparer son intervention, c'est-à-dire de réfléchir à sa pratique, de savoir comment organiser son exposé et ensuite de prendre le courage psychologique, physique de la prise de parole en public. Et l'occasion d'exposer ses expériences professionnelles face à ses collègues procède - en partie du moins - de la démarche de reconnaissance et cela me paraît à ce titre tout à fait intéressant. Une démarche de reconnaissance mutuelle au sein de l'établissement, donc :

- une démarche de reconnaissance entre les secteurs également :

- . entre les différents secteurs adultes,
- . entre les secteurs adultes et le secteur de pédo-psychiatrie.

C'est vrai que lorsqu'on arrive dans l'établissement avec un oeil neuf, on est frappé par cette espèce de rivalité des secteurs "adultes" entre eux et par cette rivalité entre les secteurs "adultes" et le secteur "enfants". C'est lié à l'histoire institutionnelle, c'est lié aux phénomènes concurrentiels des groupes au sein d'une institution. Mais je crois que c'est intéressant au cours d'une telle journée d'avoir cette capacité pour les différents secteurs, d'exposer les pratiques quotidiennes.

Voilà donc un premier niveau d'intérêt, la rencontre elle-même.

L'INTERET QUANT AU FOND DE CETTE RENCONTRE

par rapport au contenu des exposés :

Le premier constat que je puis faire, c'est que l'occasion des exposés a permis aux groupes qui ont travaillé de déboucher presque tous sur des propositions. Ce qui prouve que lorsque l'on prend le temps de la réflexion sur l'action, on s'aperçoit toujours qu'il y a des manques ou des insuffisances dans l'action, sinon on ne ferait pas de propositions.

A partir du moment où l'on fait des propositions d'évolution dans les pratiques, c'est que l'on a repéré des insuffisances, on a repéré des manques.

J'ai trouvé intéressante cette capacité de déceler les insuffisances et les manques, et c'est vrai qu'on n'en est pas dépourvu.

L'autre aspect sur le fond qui m'a à la fois rempli d'admiration et à la fois laissé un peu sur ma faim, c'est le thème lui-même et la manière de le traiter "la place de l'hospitalisation dans la pratique de secteur".

Finalement, les uns et les autres ont exposé leur pratique d'aujourd'hui ou les pratiques souhaitées, les évolutions souhaitées dans les pratiques, les évolutions en terme d'hospitalisation. Peu - parce que je n'ai pas le droit de dire que c'est général - se sont efforcés de situer la place de l'hospitalisation dans la stratégie développée en faveur du patient. Tout au long du cursus

d'un patient, où se situe l'hospitalisation ? Quelle est sa place ? Quel est son rôle ? étant entendu qu'il n'y a pas que l'hospitalisation comme mode de réponse aux problématiques présentées par les patients. Et à ce propos, je voudrais relever un terme qui a été utilisé par un groupe, c'est le terme **hôpital-pivot** : je ne pense pas que dans nos concepts, nous ayons à entretenir cette idée d'hôpital-pivot. Car on fait encore du concept hôpital quelque chose de prédominant, or, à mon sens, et on doit être tous d'accord dans cette salle, l'hospitalisation est une possibilité de soins à laquelle on doit recourir, mais ce n'est pas la seule, et il n'y a pas de raison de rendre le concept d'hospitalisation dominant.

Et je crois qu'en fait l'hôpital est plutôt en train de devenir, s'efforcer de devenir le siège social d'une politique de secteur et en même temps aussi l'un des volets de l'arsenal thérapeutique dont peut disposer le secteur. On doit donc évoluer dans ce concept hôpital, ne plus en faire le centre, mais en faire l'un des volets et de ce point de vue là, on a dans nos têtes beaucoup d'efforts à réaliser.

Les premiers exposés de la matinée ont évoqué une histoire de la Psychiatrie, l'histoire de l'établissement, et c'est vrai que notre établissement a cultivé très loin la culture, l'expérience, la pratique hospitalière, pour des raisons qui sont liées à son caractère spécifique et notamment des raisons qui sont liées à son origine congréganiste. On ne peut pas, on ne doit pas s'étonner qu'on ait de fait développé une culture très hospitalière dans la mesure où elle se superpose aux cultures, aux traditions d'hospitalité d'une congrégation religieuse organisées sur le mode conventuel.

Nous sommes donc de ce fait-là culturellement fort imprégnés de la culture hospitalière, et nous avons donc de ce fait-là certainement plus d'efforts à faire que d'autres, même si nous en avons déjà réalisé beaucoup.

Je crois qu'on ne répète jamais assez par rapport aux stratégies à développer en faveur des patients, on ne répète jamais assez que l'hôpital n'est pas une fin en soi, mais n'est qu'un moyen mis en oeuvre vers l'objectif d'une meilleure santé. Les services soignants sont évidemment les premiers en charge de cet objectif et les autres services ne sont que des accessoires, des structures dégageant des moyens en leur faveur. Jamais assez on ne remet en cause le passé culturel, mais dans cette remise en cause, je crois, je suis sûr que les progrès réalisés par l'établissement sont tout à fait importants. Le contenu des interventions de cette journée en témoigne fortement et les chiffres me permettent de revenir, d'insister sur ce croisement qui a été mis en exergue par les intervenants du secteur 22 G 06.

Le croisement entre le mouvement descendant du nombre des hospitalisés et le mouvement ascendant du nombre des entrées qui traduit bien une modification radicale dans les pratiques hospitalières : hospitalisations plus courtes mais réhospitalisations plus nombreuses.

Mais réhospitaliser plus souvent, c'est jouer effectivement la réinsertion sociale du patient, c'est jouer son confort social, au contraire de l'hospitalisation longue d'autrefois qui était jouer sa désinsertion sociale, familiale.

Et même si ce n'est pas encore tout à fait entré dans les moeurs, il ne faut pas perdre de vue cette idée fondamentale que l'hôpital n'est pas un objectif mais un moyen.

Voilà ce que je voulais dire sur le fond donc de cette rencontre : le fond des thèmes abordés était très riche et prêté abondamment à la discussion - ce qui est le signe de sa richesse.

LES SUITES POSSIBLES

Mais ce qui m'intéresse le plus maintenant, ce sont les suites que l'on pourrait donner à cette journée, car j'en vois plusieurs. Et je ne pense pas me tromper - pour essayer de traduire un sentiment général - je ne pense pas me tromper en disant qu'il faudrait que cette journée laisse des traces durables.

La première que je vous propose m'est venue à la lumière de certains exposés où tel ou tel mettait en exergue des difficultés dans les pratiques quotidiennes. Si l'on veut parler de **la reconnaissance du service infirmier**, je dis : pour ce qui dépend de vous, faites-le, ou ne le faites plus, mais ne vous laissez pas embarrasser par des procédures qui vous gênent quand il ne dépend que de vous de les changer ou de les remettre en cause. Et n'attendez pas qu'on le fasse à votre place puisque cela dépend de vous.

Pour autant que cela soit conforme à nos objectifs pour ce qui dépend de vous, faites-le, prenez l'habitude de le faire, en élaborant, en justifiant, en informant, en négociant s'il y a besoin.

La capacité à faire que vous attendez de vos patients, appliquez-la à vous-mêmes. C'est vrai que l'on peut avoir un peu peur de se lancer, mais je crois que c'est progressivement que nous prendrons l'habitude de modifier nos comportements, de concrétiser ainsi les souhaits, les propos que l'on peut tenir à ce sujet. Voilà là première ligne de conduite que je vous propose.

La deuxième concerne les projets de service, que l'on peut associer sans crainte à la réflexion sur le dossier de soins.

Il y a des expériences ici ou là, certaines plus abouties, certaines encore en phase de réflexion, mais le mouvement est lancé, désormais de manière irréversible.

Je crois que si l'on veut travailler sérieusement au bénéfice des patients qui se confient à nous ou que l'on nous confie, on a le devoir de le faire le mieux possible, avec les moyens dont nous disposons. Cela passe d'abord par un moment d'analyse, de réflexion, cela passe ensuite par la mise en oeuvre des moyens ainsi déterminés. C'est cela le projet de service.

C'est vrai que le surveillant du service est le garant, le porteur du projet de service, mais ce projet est aussi le travail de tout le service. Et les bons projets de service sont ceux qui se sont négociés, parfois difficilement, mais qui se sont négociés avec tout le service. Un projet de service, ce n'est pas quelque chose qui peut se décréter, c'est forcément quelque chose qui se négocie, qui se met en oeuvre dans l'équipe. Bien sûr c'est difficile, c'est un travail qui met à l'épreuve, mais je crois que lorsqu'on a terminé, on a accru ses capacités à travailler de manière pertinente.

Et s'il y a une question qui devrait être prise en commun, c'est de s'obliger à réaliser partout, dans tous les services, des projets de service. On pourra m'objecter, avec raison, un certain nombre de difficultés, mais il n'en est aucune qui soit de nature à empêcher la démarche, la preuve c'est que certains l'ont fait.

Il serait intéressant que se mettent en place des groupes de travail transversaux, c'est à dire au travers d'un même secteur, ou même au travers des différents secteurs, pour travailler à repérer les difficultés, et ensuite à essayer de lever ces difficultés.

Je ne veux pas vous faire croire que cela se passe sans difficultés. Les services qui ont mené jusqu'au bout la démarche "projet de service" ont tous souffert, mais je crois qu'ils sont bien récompensés de leur effort. Alors, ne méconnaissons pas les difficultés, au contraire, on peut les répertorier et les travailler.

Quant au dossier de soins, s'il y a bien une affaire qui dépend exclusivement de vous, c'est celle-là. Il ne dépend que du service infirmier de mettre en place et de généraliser le dossier de soins infirmiers : c'est une réalité indiscutable, incontournable. Le concept, la notion de dossier de soins infirmiers est une notion qui a prêté, qui prête à la discussion. Si la forme du dossier de soins est un obstacle à sa généralisation, il faut en discuter.

La forme d'un dossier de soins doit-elle s'imposer partout de la même manière ? Je crois que non. Il faut se mettre d'accord sur un minimum commun pour faciliter les échanges, les échanges d'informations notamment ; il est éminemment adaptable à chaque situation. Je serais fort étonné que l'on puisse inventer un outil de ce type qui puisse convenir à trente services de la même manière.

On ne peut pas, on ne doit pas buter sur un problème de forme. Je sais qu'on peut buter sur une difficulté à écrire, à dire les choses : c'est une difficulté réelle qu'il faut traiter, et l'on a commencé au niveau de la formation permanente à essayer de traiter ce point.

Ensuite, on a également, et peut-être surtout, un peu peur d'être jugé. Le seul moyen de surmonter cette difficulté c'est d'accepter progressivement d'entrer dans la culture de l'évaluation. La peur d'écrire, la peur d'être jugé, est en effet significative de cette difficulté à affronter l'évaluation.

Cela, c'est le deuxième axe de travail que je vous propose.

Le premier, pour ce qui dépend de vous, faites-le.

Le deuxième, allons-y de manière décidée et obligatoire

et sur le projet de service,

et sur le dossier de soins.

Ceci dit, et pour donner peut-être à la fois une résonance au dernier exposé, et un sens plus profond à toute cette journée, je crois que, au fond, tout ce que l'on dit et tout ce que l'on essaie de faire au quotidien dans les services se rattache nécessairement à un certain nombre de valeurs.

Et il serait intéressant, en écho à ce qui a été fait en direction des malades hospitalisés, de s'écrire ensemble **une charte des valeurs** que l'on partage les uns et les autres dans cet établissement.

Cela me paraît intéressant, parce que dans beaucoup d'exposés, ces valeurs apparaissaient clairement. Et je n'en veux pour preuve, non pas mes oreilles, mais les oreilles du Président départemental de l'UNAFAM qui me disait tout à l'heure qu'il avait été fortement impressionné par tout ce que contenaient comme valeurs les exposés d'aujourd'hui, au-delà de leur aspect technique. Je crois que le témoignage d'une personne de l'UNAFAM est particulièrement significatif et encourageant pour le travail à venir.

Ces valeurs tournent forcément autour de :

- Que croit-on possible ?
- Que croit-on pouvoir offrir au malade mental ?
- Comment le reconnaît-on d'abord ?
- Et de quelle manière lui offrir ce que l'on croit pouvoir lui offrir ?

Une notion qui m'est chère c'est celle de réinsertion sociale et c'est cela finalement la problématique, c'est agir de manière à éviter la désinsertion sociale ou agir de manière à favoriser, à permettre la réinsertion sociale.

C'est toute une problématique qui nous oblige à bien caler nos actions sur toutes nos valeurs. Car, réinsérer, ou éviter que quelqu'un soit désinséré sur le plan social, c'est d'abord le reconnaître en tant qu'être social et nos façons de faire ou d'être peuvent être parfois contradictoires avec cette nécessité d'existence sociale. A chaque fois que l'on peut se dispenser de faire à la place du patient, il faut se dispenser de faire à la place du patient. Et je crois que ce n'est pas une idée en l'air que de proposer d'écrire collectivement ce que l'on peut appeler une charte, de dire ce en quoi nous croyons.

Je sais qu'au moins un service a rencontré cette nécessité de faire un peu le point sur ses valeurs de référence avant d'écrire son projet de service. Et l'on sent tellement cette préoccupation-là sous les exposés de cette journée, on la sent tellement dans les pratiques quotidiennes que cela vaut la peine de prendre le temps et l'énergie de réfléchir et d'écrire cette charte.

C'est la troisième proposition que je vous fais.

Quant à la quatrième, elle est un peu le prolongement de certains exposés, les exposés des groupes intervenant dans le domaine extra-hospitalier. Ces groupes de travail ont noté à l'occasion de la sortie de patients la difficulté du désœuvrement.

Et ce désœuvrement est peut-être un handicap à la réinsertion sociale.

Pour réussir une insertion sociale, il se réussit une relation, un échange entre deux personnes, entre moi et le groupe social, un échange qui fonctionne dans les deux sens, chacun apportant quelque chose, chacun acceptant l'autre, chacun ayant donc une utilité sociale. Et cette notion de désœuvrement, qui est un peu contradictoire avec celle d'utilité sociale, est un réel problème.

Il y a certainement plusieurs réponses possibles et je vous propose que l'on y réfléchisse. C'est vrai qu'il y a des espaces de temps un peu plus vides que d'autres, notamment pour les patients en appartements protégés, et d'un autre côté, je ne crois à l'insertion sociale qu'à travers l'utilité sociale. Ce ne sont pas seulement une A.A.H. et un domicile qui permettent de réussir la réinsertion sociale. Cela me rappelle une réalisation qui m'a beaucoup intéressé : il s'agit d'une association sous forme de coopérative entre des malades mentaux accompagnés par des soignants. Cette coopérative propose des services utilitaires à des réseaux sociaux, tout en respectant les phénomènes de concurrence avec les professionnels locaux. Et je suis sûr qu'il y a une place ici pour ce genre d'initiatives.

Enfin, la dernière idée que je vous propose comme suite à cette journée, c'est de décider qu'il y en ait une deuxième. Qu'il faudrait peut-être organiser différemment, c'est à dire en prenant plus de temps, avec des conditions de préparation qui garantissent une qualité encore accrue...

Ceci dit, je manquerais à tous mes devoirs si je n'adressais pas un profond merci à tous les intervenants pour le travail de qualité qui a été fourni, merci aussi à tous les participants - nous avons été 250 aujourd'hui - et merci, enfin, au groupe organisateur, qui a permis que cette journée ait lieu.

REMERCIEMENTS A TOUS CEUX QUI ONT CONTRIBUE AU BON DEROULE-
MENT DE CETTE JOURNEE ET A LA REALISATION DE CETTE PLAQUETTE,
ET PLUS PARTICULIEREMENT A :

M. René BENOIT, Maire de Dinan
M. GASEL, Président de l'UNAFAM
M. PELE et le CREDIT MUTUEL DE BRETAGNE
M. MESSAGER, IMPRIMERIE DE L'HORLOGE
Les Services Techniques de la Ville de Dinan
Mme Ghislaine BRIAND
Mme Claudine COCHARD
Mme Nicole COLAS
Mme Marie-Paule COLLEU
M. Serge GARCIA
M. Michel GAUVAIN
M. Michel GEGO
Mme Nicole LEMEE
M. Guy MARCQ-COLLIN
M. Gérard MOUSSET
Mme Jacqueline SOHIER
et Mme Dominique TRAMCOURT.