



PREMIÈRE JOURNÉE

DES PRATIQUES AVANCÉES SOIGNANTES

Jeudi 24 mai 2012

ACTES DES INTERVENTIONS

**Centre Hospitalier Henri EY
28800 BONNEVAL**

L'INTERVENTION FAMILIALE SYSTEMIQUE

Par Jocelyne LAURENT

Le travail systémique avec la famille favorise une meilleure acceptation et compréhension de la pathologie par l'entourage. L'intervention systémique considère les individus dans leur environnement et s'intéresse aux influences réciproques des uns par rapport aux autres. Les souffrances psychiques de la personne sont considérées dans leur contexte et en relation avec les comportements et les attentes de chacun.

Cet accompagnement permet de redonner des compétences à la famille et au patient et peut favoriser la diminution du temps d'hospitalisation en limitant les rechutes.

A travers un cas clinique, l'intervenante précisera les modalités de la prise en charge, les bénéfices, les difficultés et les limites de cette pratique.

LA VISITE A DOMICILE

par Sophie RUFFIN

En croisant les approches conceptuelles à la pratique clinique, l'intervenante expose avec précision la réalité de la pratique soignante dans le cadre de la VAD ; tant dans les aspects procéduraux, que dans le déroulement du soin. Elle souligne, d'une part, l'intérêt d'une approche pluridisciplinaire, intégrant les partenaires et d'autre part la nécessité qu'a l'intervenant de se créer les conditions d'un travail en confiance, pour apporter équilibre et réalité dans un lieu qui ne lui est pas, à priori, favorable.

LA LOGOTHERAPIE

Place de l'intention paradoxale dans le traitement des phobies et des troubles obsessionnels-compulsifs
Par le Dr Benoît BAYLE

La Haute Autorité de Santé, dans ses recommandations, préconise l'application des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) dans le traitement des troubles anxieux phobiques et des troubles obsessionnels compulsifs. Pourtant, d'autres approches, également curatives de ces troubles, méritent d'être étudiées. Ainsi, l'intention paradoxale a été mise au point par Viktor Frankl à partir des années 1930. Largement ignorée dans les pays francophones (alors qu'elle a fait l'objet de nombreuses publications dans la littérature scientifique anglo-saxonne), compatible avec les autres approches psychothérapeutiques, cette méthode consiste à apprendre aux patients à « désirer ce qu'il craint ». Ainsi, le patient phobique qui a peur de rougir en public doit apprendre à affronter cette situation en souhaitant montrer à tout le monde ses plus beaux rougissements. Par exemple, il peut se dire en lui-même : « je vais leur montrer à quel point je suis capable de bien rougir, je vais leur montrer une face cramoisie, dont ils se souviendront toute leur vie ! » Plus difficile : le patient obsessionnel qui craint de blesser un passant sur sa route, alors qu'il conduit, doit dépasser sa peur en souhaitant par exemple, « en blesser dix aujourd'hui, car il n'en a blessé que trois hier ! » L'humour reste le bienvenu, et il est bon signe de voir sourire le patient lorsqu'on lui explique les scénarios absurdes qu'il doit apprendre à se dire et qui ont un véritable effet antagoniste de l'angoisse. Cette méthode n'est pas une panacée, car certains patients ont peur de l'appliquer. Elle nécessite un savoir faire, par exemple pour détecter certaines causes d'échec, lorsque le patient annule la méthode sans s'en rendre compte, alors même qu'il semble la pratiquer correctement. Mais elle gagne sans aucun doute à être connue et utilisée, en particulier lorsque la patient ne peut accéder à aucun thérapeute TCC.

L'ACCOMPAGNEMENT EN MAISON ASSOCIATIVE

Par Léopoldine GADRAT, Marie-Noëlle BRACHET

L'accès au logement et la réinsertion sociale des patients sortant d'une hospitalisation psychiatrique au long cours sont au coeur de l'actualité. Un partenariat a été mis en place depuis plusieurs années entre le centre hospitalier Henri EY et l'association d'Entraide psycho-sociale pour l'ouverture et la gestion d'une maison associative sur Bonneval, pouvant accueillir quatre personnes. Les intervenantes proposent, à partir d'un cas clinique, l'historique du projet, le fonctionnement, l'intérêt d'une telle structure dans le paysage hospitalier, ainsi que les modalités de prise en charge des résidents.

LES THERAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES

Par Nadia SAUVAGE

Cette présentation a pour objet de partager l'expérience d'une psychologue clinicienne exerçant au sein d'un service de pédopsychiatrie. - A partir du cas clinique de Sophie, jeune adolescente présentant un refus scolaire anxieux, elle proposera une brève introduction à la théorie cognitivo-comportementale, puis présentera les principes thérapeutiques utilisés au cours de la prise en charge avec cette jeune patiente. Tenant compte de l'environnement et d'un travail en réseau suffisant, l'évaluation de la prise en charge selon une approche cognitivo-comportementale mettra en évidence pour Sophie, une reprise de la scolarité, l'amélioration des troubles cognitifs et émotionnels et une prévention des complications scolaires et sociales.

TECHNIQUE DE RESOLUTION DE PROBLÈME

« Un outil » de l'entretien infirmier

par Adeline BONNARD et Jocelyne LAURENT

La technique de résolution de problèmes vise à aider les personnes à la construction de moyens d'adaptation efficaces par l'amélioration du fonctionnement cognitif en mobilisant des comportements et des habiletés sociales.

Pour présenter cette technique, les intervenantes ont choisi de s'appuyer sur leur expérience auprès d'un groupe de personnes souffrant de dépression, hospitalisées dans l'unité de psychologie médicale.

Après avoir exposé la méthodologie, elles précisent l'orientation donnée aux séances et nous font part des limites inhérentes à la durée d'hospitalisation.

LA RANDONNÉE

Par Laure CHAPPELLIERE, Lisbeth DAVOLI, Jean-François LEROUX

Dans le cadre des activités thérapeutiques à médiation, un groupe de soignant en Hôpital de Jour évoque la mise en place d'une activité physique spécifique : la randonnée. Les objectifs qu'ils se sont fixés, sont de permettre aux patients de se mobiliser de manière conviviale en groupe, de développer le plaisir d'être en mouvement et de limiter les effets secondaires des traitements neuroleptiques à savoir la prise de poids.

L'exposé de leur expérience s'intéressera à en évaluer les bénéfices, les limites et à ouvrir le champ des perspectives.

PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE

par Christine GAUTIER, Caroline MARLY et de Dr Marieta MIHAYLOVA

Les troubles schizophréniques touchent plus de 1 % de la population générale. La plupart des troubles psychotiques débutent dans la période de transition entre l'adolescence et l'âge adulte. Ils sont caractérisés par une altération marquée des relations interpersonnelles et par un dysfonctionnement social. La schizophrénie est une pathologie chronique. La non-observance au traitement avoisine les 50 %, avec, en résultat, un taux de réhospitalisation de 75 %. D'un point de vue statistique, pour l'année 2010, la population de patients concernée au sein du centre hospitalier Henri EY est de 4 %.

Au sein de cet établissement, il existe des pratiques d'éducation thérapeutique formalisées sous la forme d'ateliers d'éducation thérapeutique ou d'information à l'éducation à la santé. Par ailleurs, ces pratiques sont hétérogènes, incomplètement utilisées et ne constituent pas en soi un programme d'éducation thérapeutique. En conséquence, les intervenants démontreront la nécessité de créer un programme d'ETP afin de fédérer et de formaliser les pratiques tout en cherchant à développer et à mesurer les compétences en auto-gestion de sa maladie et en auto-soins du patient.

LE MUR DE SUCRE

Par Nicolas BARBIER

Travailler avec des personnes lourdement handicapées souffrant de troubles envahissant du développement et de retard mental profond, nécessite chez le soignant une écoute et un sens aigu de l'observation des patients. La communication verbale étant souvent impossible, il convient de trouver des méthodes d'approches innovantes adaptées aux situations singulières auxquelles le professionnel est confronté.

L'intervenant nous propose de partager une situation clinique pour laquelle il a été amené à créer « un mur de sucre ». De cette situation singulière, il en évoquera les bénéfices, les limites et ouvrira le champ des possibles à d'autres pratiques.

DU TOUCHER A LA MISE EN FORMES DU CORPS DANS L'ANOREXIE

Par Claire EXPOSITO

Interroger le corps en relation et non le corps fonctionnel simplement... L'intervenante, à partir de l'observation d'un sujet présentant les symptômes de l'anorexie mentale, expose les fondements de la thérapie psychomotrice. Elle décrira les outils de sa pratique, du « toucher thérapeutique » au travail de la « terre »

L'INTERVENTION FAMILIALE SYSTEMIQUE

Jocelyne LAURENT

Résumé

Le travail systémique avec la famille favorise une meilleure acceptation et compréhension de la pathologie par l'entourage. L'intervention systémique considère les individus dans leur environnement et s'intéresse aux influences réciproques des uns par rapport aux autres. Les souffrances psychiques de la personne sont considérées dans leur contexte et en relation avec les comportements et les attentes de chacun.

Cet accompagnement permet de redonner des compétences à la famille et au patient et peut favoriser la diminution du temps d'hospitalisation en limitant les rechutes.

A travers un cas clinique, l'intervenante précisera les modalités de la prise en charge, les bénéfices, les difficultés et les limites de cette pratique.

Texte en cours de réécriture

LA VISITE A DOMICILE

Sophie RUFFIN

Résumé

En croisant les approches conceptuelles à la pratique clinique, l'intervenante expose avec précision la réalité de la pratique soignante dans le cadre de la VAD ; tant dans les aspects procéduraux, que dans le déroulement du soin. Elle souligne, d'une part, l'intérêt d'une approche pluridisciplinaire, intégrant les partenaires et d'autre part la nécessité qu'a l'intervenante de se créer les conditions d'un travail en confiance, pour apporter équilibre et réalité dans un lieu qui ne lui est pas, à priori, favorable.

Le concept de VAD

La VAD (visite à domicile) fait l'objet d'une prescription médicale qui en précise les objectifs pour le patient et les intervenants.

Le médecin est prescripteur, le cadre de santé est garant du cadre dans lequel se déroule le soin. Les professionnels infirmiers et assistants sociaux mettent en œuvre cet acte.

Il est constaté que la plupart des patients préparent la venue des soignants, leur venue les stimule, les mobilise.

Les indications

La VAD est un outil de prévention permettant le maintien à domicile, évitant certaines hospitalisations. Elle est aussi un outil d'accompagnement à la sortie d'hospitalisation complète, notamment pour faciliter le réinvestissement du domicile.

Les VAD conjointes (Infirmier, ASS, tuteur,...), éventuellement en présence d'autres intervenants (SAMSAH, aide-ménagère,...), permettent aux acteurs de se connaître, d'expliquer ce qui doit l'être et de se coordonner dans l'intérêt du patient.

La VAD se présente aussi comme un moyen d'avoir une «accroche», d'assurer le maintien du lien, notamment, pour les patients qui ne peuvent se déplacer au CMP.

Les VAD permettent aussi un accompagnement sur l'extérieur pour des démarches.

La VAD apparaît plus indiquée chez les personnes souffrant de pathologies lourdes, sur une structure psychotique, qui ont une tendance à l'isolement social.

Elle est également indiquée pour les personnes âgées, du fait de l'importance pour elles d'avoir leurs repères dans un lieu connu pour être en confiance, et de leurs difficultés à se déplacer.

Des VAD se font, dans ce contexte, en maison de retrait; elles ont alors un intérêt pour le patient qui est dans son lieu de vie, mais aussi pour l'institution, laquelle considère comme essentiel le soutien de l'équipe de psychiatrie du secteur.

Ce travail de soutien, sur le principe de «l'aide aux aidants», qui se fait souvent de façon informelle, apparaissant comme en marge de la visite au patient, est fondamental pour inscrire la prise en charge dans une cohérence et une durée.

Répondre aux interrogations «simples», rassurer sur les compétences, renforcer les places, redonne aux aidants naturels ou institutionnels un cadre sécurisant leur permettant de poursuivre l'accompagnement de la personne soignée.

Les limites de l'indication

La VAD ne paraît pas adaptée pour certains patients tels que ceux ayant une structure paranoïaque, ou les personnes socialisées qui travaillent, qui ont une vie familiale à préserver et pour lesquelles la venue de soignants à domicile serait trop intrusive.

Les infirmiers ne vont pas à domicile pour surveiller les patients ou vérifier ce qu'ils détiennent. Les infirmiers ne font pas de VAD dans un contexte d'urgence ni chez des personnes connues pour être armées

et capables d'agressivité.

Les soignants soulignent qu'ils se sentent à la limite du soin dans les VAD de rappel à l'ordre (congés de HO), ils questionnent leur place de soignant dans ce contexte très particulier.

Les objectifs

La VAD permet

- Une continuité dans le soin,
- De limiter les ruptures.
- Une évaluation de l'état psychique, de la prise de traitement, de l'autonomie, de l'environnement etc.
- Un travail avec les familles.
- Aux soignants de faire rentrer de la réalité chez les patients, de remettre du cadre, de les ressituer dans leurs environnements de manière adaptée.

Le patient chez lui

- Est dans son univers, il a une position différente, c'est lui qui accueille.
- Est plus en confiance, le respect mutuel est plus évident.
- Se montre plus accessible à la réassurance.
- Se montre plus authentique que dans un lieu de soin..

Le soignant au domicile

- Dispose de plus de données pour comprendre la problématique de santé en lien avec l'environnement.
- A plus d'éléments concrets pour construire le projet de soin.
- Identifie de plus près les besoins du patient pour proposer une prise en charge personnalisée.
- Est dans un contexte favorable à la création d'alliance avec les familles.
- Ses actions sont facilitées, notamment pour :
 - aider le patient dans son quotidien,
 - favoriser l'autonomie en donnant des conseils pratiques,
 - faire des réajustements plus affinés,
 - repérer les signes positifs et négatifs ainsi que les fonctionnements familiaux.
- Doit porter une attention particulière au respect des limites posées par le patient qui, en tant qu'accueillant, garde la maîtrise du déroulement de la rencontre.
- Doit faire preuve de vigilance pour percevoir les éléments en faveur d'une mise en danger et, le cas échéant, mettre rapidement en application, non sans élégance, une stratégie salutaire.

Les intervenants en VAD

Identifient les besoins fondamentaux par :

- L'observation de l'état de la maison, si les volets sont ouverts ou non, si le courrier est relevé,...
- L'observation de la personne, sa présentation (tenue vestimentaire, hygiène,...),
- La prise d'information sur ce qu'il y a à manger,
- L'observation de l'état des boîtes de médicaments pour évaluer l'observance,....

Évaluent les risques à court et moyen terme pour le patient et agissent en conséquence.

Proposent au patient et mettent en œuvre, avec son accord, un accompagnement à la vie quotidienne adapté à ses besoins.

Respectent le cadre posé par le patient :

- Les professionnels observent ce que le patient les laisse observer.
- Ils respectent ce que le patient ouvre de son domaine.
- Ils demandent à voir certains endroits (frigo,...) mais ne regardent pas si le patient n'est pas d'accord pour qu'ils le fassent.

Les aspects procéduraux

Les patients doivent être informés et d'accord. Il est noté l'importance de rappeler l'heure et la date de la VAD pour que le patient ne soit pas surpris de voir arriver les soignants.

Il existe un intérêt à pouvoir présenter les intervenants au patient lors d'une venue au CMP avant de faire une VAD.

Il apparaît préférable d'être à deux la première fois, l'un observant l'environnement, l'autre étant plus centré

sur l'échange avec le patient.

Il est également important de pouvoir être deux quand on sait que le patient va mal, pour la sécurité d'une part et pour, d'autre part, mener à bien les démarches s'il y a besoin d'une hospitalisation.

Être deux permet, également, de mieux gérer les situations qui se compliquent (patient très délirant, envahissant,...).

La double référence infirmière a, pour cet acte de soin, tout son intérêt; le patient n'aura, en effet, pas forcément la même attitude d'une visite à une autre en fonction de l'infirmier présent, il ne montrera pas forcément la même chose; les deux sources d'informations sont alors complémentaires.

Pour les patients connus, souffrant d'une pathologie chronique, qui ont déjà bénéficié de VAD (prescrites), les infirmiers prennent l'initiative de se rendre à domicile lorsqu'ils évaluent que la situation le nécessite. Ils en réfèrent ensuite au médecin.

De façon générale, pour donner un cadre à cette marge de manœuvre, la prescription médicale pourrait préciser «opportunité de se rendre à domicile selon l'évaluation infirmière».

La nécessité d'échanges

En complément des écrits dans le dossier de soins, les temps d'échanges en équipe sont indispensables pour relater ce qui s'est passé et retravailler le matériel que les professionnels ont rapporté de la VAD.

Ce soin ayant un objectif posé dans la prescription médicale, il s'inscrit sur une période donnée, et son indication a besoin d'être régulièrement évaluée avec le médecin en fonction de l'évolution de la situation.

La fréquence des visites pendant cette période peut-être ajustée, en lien avec la prescription, par les infirmiers au regard des objectifs à atteindre et de la démarche posée en équipe.

Cas concret

Nous avons choisie la situation d'une personne prise en charge par notre unité suite au redécoupage sectoriel.

Sa pathologie l'entraîne dans un isolement social et familial. Elle a une personnalité sensitive qui l'amène à se sentir persécutée par l'environnement.

Elle bénéficie de l'intervention du SAMSAH depuis un an, vient au CMP en consultation médicale tout les trois mois.

Dans un premier temps, vient sur le CMP pour son injection retard. Il lui est arrivé de ne pas honorer le RDV, les infirmières sont alors allées lui faire son injection au domicile. Cela a permis de prendre des éléments d'information sur le cadre de vie de cette dame; un travail d'accompagnement soignant est apparu nécessaire à mettre en place....

Situation de départ

Suite à une hospitalisation pour problèmes somatiques (chutes), les injections ont été arrêtées.

Le médecin du CMP prescrit alors des VAD pour évaluer l'observance du traitement avec préparation d'un semainier et savoir si il y avait nécessité d'un passage quotidien d'une infirmière libérale.

Lors de la première VAD :

- présence d'un amas d'ordures ménagères dans le logement,
- présence de cartons (l'accès à la chambre en est compliqué), nourriture dans le lit, ses affaires ne sont pas rangées, le logement n'est pas investi,
- les poignées de porte, les interrupteurs,... sont souillés d'excréments,
- l'interphone n'est pas branché, ce qui ne permet pas de sonner pour se faire ouvrir la porte (sous tendant l'idée que le passage infirmier n'est pas attendu et pas souhaité).

Déroulement du soin

Les objectifs sont alors réajustés :

- préparation des semainiers,
- tri des médicaments prescrits présents au domicile.

Un mois après, élaboration d'une intervention commune avec le SAMSAH pour faire un travail sur le logement. Cela ne s'avère pas adapté car la patiente utilise un intervenant pour désigner l'autre comme persécuteur.

Une synthèse est alors provoquée (tuteur, SAMSAH et CMP). Un mode d'intervention est élaboré précisant le rôle de chacun :

- le SAMSAH intervient à deux personnes, une s'occupe du logement, l'autre de l'hygiène. Elles viennent une fois par semaine, en alternance.
- Le CMP intervient à deux infirmières en même temps une fois par semaine. Une stimule la patiente, l'autre fait «tampon».

Situation présente

Cette organisation a permis les résultats suivants :

- Le tri des cartons et le rangement des affaires est fait en un mois; le logement est investi.
- Le nettoyage des poignées de portes et des interrupteurs est fait (souillures par négligence ou volontaires en lien avec sa persécution ?)
- Le renouvellement de la garde robe est en cours ainsi que la mise en place de l'accompagnement chez le coiffeur.
- L'interphone est branché; les infirmières sont attendues, la patiente n'appelle plus au CMP pour annuler les VAD et demande à être prévenue de tout changement d'horaire ou de jour de venue.
- Le tri des médicaments est fait. L'observance du traitement est bonne. Les infirmières rappellent les consultations médicales et assurent le suivi de ses soins.
- La patiente se déplace pour les consultations médicales.
- Cette dame n'a plus été hospitalisée depuis qu'est mis en place ce mode de prise en charge.

Devenir

- maintien au domicile,
- ajustement des objectifs à la hausse en fonction des acquis,
- à court terme, poursuite du travail sur l'hygiène :
 - soignant : parvenir à ce qu'elle fasse un pédiluve pour pouvoir la conduire à consulter un pédicure,
 - SAMSAH : poursuivre le renouvellement de la garde robe et parvenir à ce qu'elle se lave les cheveux pour pouvoir l'accompagner chez un coiffeur.

Pertinence de cette prise en charge

Pour le patient : Conservation de liens avec l'extérieur, maintien dans son logement.

Pour les intervenants : Instauration d'une alliance thérapeutique ; travail en cohésion avec le SAMSAH.

Pour l'institution : Diminution très nette du nombre d'hospitalisation.

Conclusion

La mise en œuvre de ce soin fait grandement appel aux compétences et à l'expérience des professionnels. Il nécessite, en effet, de prendre des initiatives adaptées au regard de l'analyse du contexte et d'adapter finement le discours et l'action pour parvenir à délivrer un message entendable, intégrable, porteur de sens pour l'usager le conduisant à se mettre en mouvement sur un chemin intéressant pour lui. L'intervenant a à se créer les conditions d'un travail en confiance, apporter équilibre et réalité dans un lieu qui ne lui est pas, a priori, favorable. Dans cet exercice, le soutien institutionnel est un support de première importance, notamment dans sa dimension médicale.

Bibliographie « Pour en savoir Plus »

Articles

CORBEAU R. A domicile. VST : REVUE DU CHAMP SOCIAL ET DE LA SANTE MENTALE 1997 ; (51) : 22-4.

THOLOSE A. La visite à domicile infirmière en secteur de psychiatrie infanto-juvénile : modalités et conditions de validité. ANNALES MEDICO PSYCHOLOGIQUES 1992 ; 150(1) : 47-50.

PEAN M. La visite à domicile. VST : REVUE DU CHAMP SOCIAL ET DE LA SANTE MENTALE 1989 ; (11) : 35-7.

DURAND JP. Resituer l'individu dans son milieu de vie. SOINS 2003 ; (678) : 56-7.

LENGELLE TALBOT C. La visiteuse du mardi. SANTE MENTALE 1999 ; (36) : 12-4.

QUINET P. La VAD, espace d'humanité. SANTE MENTALE 1998 ; (26) : 24-6.

FORTIER M, PAPADAKOS V. Les neuroleptiques à action prolongée dans la relation soignante. REVUE FRANCAISE DE

PSYCHIATRIE 1988 ; 6(7) : 20-7.

CHARMASSON C. L'expérience d'un secteur psychiatrique en gérontologie. PSYCHIATRIE FRANCAISE 1987 ; 18(3) : 44-6.

CIOSI M, GILBERT L. Un thé chez Mylène. SANTE MENTALE 2009 ; (136) : 36-8.

RAJABLAT Marie. Une vie de souffrance. SANTE MENTALE 1998 ; (27) : 35-7.

MERKLING Jacky. Entretiens infirmiers de première intention en psychiatrie. SOINS 2005 ; (694 cahier 1) : 20-4.

TEIXEIRA JL. La visite à domicile comme injonction thérapeutique et la loi comme médiation du soin. SOINS PSYCHIATRIE 2005 ; (237) : 29-31.

RAJABLAT Marie. En odeur de soin. SOINS PSYCHIATRIE 2000 ; (207) : 23-6.

GUEDJ Marie-Jeanne. Offre de soins et urgence. 2-7 Visites à domicile [fiche].SOINS PSYCHIATRIE 2010 ; (269) : 43-4.

PROUHEZE P. Intériorités, une rencontre entre patient et soignant. SOINS PSYCHIATRIE 2009 ; (264) : 22-4.

GAUTHIER Agnès. Le domicile : un contexte à risques. VST : REVUE DU CHAMP SOCIAL ET DE LA SANTE MENTALE 2010 ; (108) : 98-102.

ROMAN Pascal Dir., SCHELLES Régine Dir. Soins psychiques à domicile [dossier]. DIALOGUE 2011 ; (192) : 3-108.

BUISSON Elodie, COLLIER BORDET Carole. La VAD, un va-et-vient soutenant le travail de symbolisation. DIALOGUE 2011 ; (192) : 63-72.

LEVOYER David, RENOUX Laurence. 'Vous n'allez pas nous laisser tomber ?'. SANTE MENTALE 2011 ; (159) : 57-9.

TIGNOL J, MARTIN C, GRABOT D, PIERRE P, LAMOUREUX A, CULERON B, et al. La visite à domicile des infirmiers de secteur psychiatrique : évaluation de son processus, de sa clientèle et de ses résultats. ANNALES MEDICO PSYCHOLOGIQUES 1992 ; 150(1) : 97-104.

RAJABLAT Marie. Je vais te crever '. SANTE MENTALE 2012 ; (165) : 70-5.

VACHER F. L'éthique des soins à domicile. PRATIQUES EN SANTE MENTALE 2010 ; 56(2) : 5-8.

JOUGLA ROUX B, BON A. Place de la prise en charge à domicile dans l'activité d'une équipe de gérontopsychiatrie de secteur. PRATIQUES EN SANTE MENTALE 2010 ; 56(2) : 41-5.

PARADIS M Dir. Soins à domicile [dossier]. PRATIQUES EN SANTE MENTALE 2010 ; 56(2) : 1-45.

BONNET C, BELLAHSEN M, SCHMIDT S. Partenariat entre SAVS et ESM. PRATIQUES EN SANTE MENTALE 2008 ; 54(2) : 48-56.

HIEBEL MC, PROT D, LECARPENTIER M, ALAPETITE M, BEDERE S, OURY Jean, et al. Créer du lien social, assurer la continuité des soins. PRATIQUES EN SANTE MENTALE 2008 ; 54(1) : 41-7.

Ouvrages

ROUVIERE Serge, LOLIVIER Isabelle. Michel n'arrive pas à faire son ménage. Issy-les-Moulineaux : Labo. Janssen-Cilag ; 2011.

ABT Maryline, DOLBEAU Nathalie, BARADEL Catherine, TRIBOLET Serge Préf. Guide des soins psychiatriques extrahospitaliers. Vélizy : Lamarre ; 1998.

TRIBOLET S Dir., MARTIN L Collab., HEREDIA GATEAU D Collab. Soins infirmiers en psychiatrie : rôle propre et cas concrets. Thoiry : Heures de France ; 1994.

LEYRELOUP Anne Marie, DIGONNET Emmanuel. Pratique de l'entretien infirmier : pour une première approche. Paris : Masson ; 2000.

AUDISIO Michel. La psychiatrie de secteur : une psychiatrie militante pour la santé mentale. Toulouse : Privat ; 1980.

DJAOUI Elian. Intervenir au domicile. Rennes : ENSP ; 2004.

LA LOGOTHERAPIE

Place de l'intention paradoxale dans le traitement des phobies et des troubles obsessionnels-compulsifs

Dr Benoît BAYLE

Résumé

La Haute Autorité de Santé, dans ses recommandations, préconise l'application des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) dans le traitement des troubles anxieux phobiques et des troubles obsessionnels compulsifs. Pourtant, d'autres approches, également curatives de ces troubles, méritent d'être étudiées. Ainsi, l'intention paradoxale a été mise au point par Viktor Frankl à partir des années 1930. Largement ignorée dans les pays francophones (alors qu'elle a fait l'objet de nombreuses publications dans la littérature scientifique anglo-saxonne), compatible avec les autres approches psychothérapeutiques, cette méthode consiste à apprendre aux patients à « désirer ce qu'il craint ». Ainsi, le patient phobique qui a peur de rougir en public doit apprendre à affronter cette situation en souhaitant montrer à tout le monde ses plus beaux rougissements. Par exemple, il peut se dire en lui-même : « je vais leur montrer à quel point je suis capable de bien rougir, je vais leur montrer une face cramoisie, dont ils se souviendront toute leur vie ! » Plus difficile : le patient obsessionnel qui craint de blesser un passant sur sa route, alors qu'il conduit, doit dépasser sa peur en souhaitant par exemple, « en blesser dix aujourd'hui, car il n'en a blessé que trois hier ! » L'humour reste le bienvenu, et il est bon signe de voir sourire le patient lorsqu'on lui explique les scénarios absurdes qu'il doit apprendre à se dire et qui ont un véritable effet antagoniste de l'angoisse. Cette méthode n'est pas une panacée, car certains patients ont peur de l'appliquer. Elle nécessite un savoir faire, par exemple pour détecter certaines causes d'échec, lorsque le patient annule la méthode sans s'en rendre compte, alors même qu'il semble la pratiquer correctement. Mais elle gagne sans aucun doute à être connue et utilisée, en particulier lorsque la patient ne peut accéder à aucun thérapeute TCC.

Texte de l'intervention non disponible

« L'ACCOMPAGNEMENT EN MAISON ASSOCIATIVE »

Léopoldine GADRAT, Marie-Noëlle BRACHET

Résumé

L'accès au logement et la réinsertion sociale des patients sortant d'une hospitalisation psychiatrique au long cours sont au coeur de l'actualité. Un partenariat a été mis en place depuis plusieurs années entre le centre hospitalier Henri EY et l'association d'Entraide psycho-sociale pour l'ouverture et la gestion d'une maison associative sur Bonneval, pouvant accueillir quatre personnes. Les intervenantes proposent, à partir d'un cas clinique, l'historique du projet, le fonctionnement, l'intérêt d'une telle structure dans le paysage hospitalier, ainsi que les modalités de prise en charge des résidents.

Présentation de la maison associative et historique du projet

A l'occasion de la redéfinition des missions d'un service accueillant des psychotiques chroniques en structure de réadaptation et de réinsertion sociale (UF 7000) : un projet de structure alternative à l'hospitalisation a été initié.

La maison associative est apparue comme le projet le plus facilement réalisable avec une gestion financière associative.

L'implantation de cette structure sur Bonneval paraissait essentielle de par sa proximité avec l'hôpital.

Depuis son ouverture jusqu'à 2010, les patients orientés à la maison associative étaient pris en charge par ce service.

En 2011, la maison associative ne pouvait continuer à être gérée par cette unité en raison d'une réorientation du service. Le pôle Dunois Perche a souhaité conserver cet outil thérapeutique et a pris le relais du suivi des patients accueillis.

Les équipes du CMP et de l'hôpital de jour de Châteaudun assurent la prise en charge des patients en lien avec l'unité d'hospitalisation psychiatrique de Bonneval.

Fonctionnement

La maison associative, située rue de Provence à Bonneval, peut accueillir 4 personnes, homme ou femme.

Elle est louée et meublée par l'Entraide qui sous loue aux patients dans les mêmes modalités qu'un appartement classique, charges et meubles compris. L'ensemble des services de l'hôpital peut orienter des patients en adressant un dossier à la commission d'admission.

Le dossier de candidature est composé d'une **lettre de motivation du candidat**, d'un **courrier de son psychiatre référent** d'un **rapport social du travailleur social** et d'une **synthèse infirmière**.

Une commission composée du trésorier de l'entraide, du médecin responsable, et des membres de l'équipe soignante se réunit lorsqu'une place est disponible. Les candidats sont reçus par la commission afin de présenter leur projet. A l'issue des présentations, la commission délibère pour retenir ou non les candidats.

Le candidat retenu pour la maison doit **respecter un contrat de soin, adhérer au règlement intérieur et s'adapter à la vie en collectivité**. Des contrats de durée d'hébergement sont signés en fonction du projet de chacun. Les premiers contrats font offices de période d'essai.

Une fois par mois l'équipe et les résidents se réunissent pour permettre aux résidents de s'exprimer sur le fonctionnement de la maison et les difficultés rencontrées par chacun à cohabiter.

En fonction de l'autonomie et des objectifs de chacun, les équipes du CMP et de l'hôpital de jour de Châteaudun adaptent la prise en charge. Des VAD sont organisées, il peut y avoir accompagnement aux courses ; l'intervention des partenaires peut être sollicitée (SAMSAH, aide ménagère...).

Objectifs

Favoriser l'insertion sociale du patient
Favoriser le maintien de l'adhésion aux soins une fois sorti
Utiliser la maison comme un outil de transition vers plus d'autonomie.

De l'ouverture à aujourd'hui

Depuis l'ouverture de la maison associative sur Bonneval, 12 résidents ont pu en bénéficier. 5 d'entre eux ont pu accéder à un logement autonome, 3 ont dû être ré-hospitalisés et les 4 autres séjournent toujours à la maison.

Présentation du cas d'une résidente

Nous avons choisi ce cas concret parmi l'ensemble des résidents passés dans la maison pour les raisons suivantes:

- Elle vit actuellement dans la maison
- Nous la prenons en charge toutes les deux
- Sa pathologie est complexe ; elle a un long parcours en institution
- Son projet actuel est en train d'évoluer
- Par l'importance de son passage par la maison dans son projet de réadaptation

Son histoire

L'avant maison associative

Le cas concret choisi est celui d'une femme âgée de 46 ans , elle est mère d'un garçon de 26 ans qui vit dans le département avec qui elle entretient des contacts réguliers ainsi qu'avec sa famille.

Cette personne souffre de **troubles bipolaires**.

Cette patiente a eu son premier contact avec la psychiatrie en 1986 alors qu'elle était enceinte de 8 mois. A cette époque là, elle était installée dans un logement autonome sur Chartres dans lequel elle est retournée à l'issue de son hospitalisation. Elle bénéficiait d'un suivi par le CMP. Elle a eu la garde de son fils jusqu'à ses deux ans.

Il a été placé à la suite d'une tentative de suicide qui a entraîné une nouvelle hospitalisation.

Jusqu'en 1998, elle vit sur l'extérieur et elle est hospitalisée régulièrement selon son état psychique.

En 1999, elle bénéficie d'un placement dans un centre d'accueil sur la commune d'Arrou. On peut penser qu'à cette époque là il était devenu difficile pour elle de vivre seule.

Suite à la fermeture de cette structure fin 1999, elle a été ré-hospitalisée puis orientée vers l'UF7000.

La fluctuation rapide de son état psychique nécessitera une hospitalisation au long cours de 10 ans.

A partir de 2007, on a pu noter une amélioration de son humeur avec une plus grande stabilité ce qui lui a permis de s'investir dans des activités thérapeutiques et de se resocialiser à travers des sorties thérapeutiques.

Malgré cette longue hospitalisation, elle a réussi à conserver des acquis sur la gestion du quotidien (hygiène, argent, entretien de sa chambre).

Cette évolution positive nous a amenées à penser à un projet de réinsertion.

Dans un premier temps, il a été envisagé une orientation en appartement associatif sur Chartres d'où elle venait. Cela n'a pu aboutir du fait de la fragilité qu'elle a montrée lors de la présentation et des souvenirs douloureux qu'elle avait dans cette ville, ne lui permettant pas de s'y projeter.

Etant bien intégrée sur Bonneval, ayant tous ses repères et ses habitudes de vie il est apparu plus adapté d'envisager une réinsertion sur Bonneval.

La maison associative a paru être le projet le plus adapté par sa proximité avec le service d'où elle provenait et qui gérait la maison, par la possibilité d'une intégration progressive sans limite de temps en fonction de l'évolution de la patiente, par un minimum de prise de risque (financier entre autres).

Depuis l'entrée en maison associative

Elle a pu bénéficier d'une entrée progressive et d'un accompagnement personnalisé par une équipe soignante connue et de confiance.

Elle a commencé par des heures, puis des journées d'intégration, puis une nuit et deux journées et un week end.

Cette souplesse de fonctionnement a permis de se rendre compte de la faisabilité du projet engagé.

Lors de son accueil à la maison, sa place était gardée dans son service d'origine, cette possibilité était rassurante à la fois pour la patiente qui se sentait soutenue et protégée ainsi que pour l'équipe.

Son installation dans la maison a été prise en charge par l'équipe de l'UF7000 : accompagnement pour l'achat du trousseau d'entrée, accompagnement hebdomadaire aux courses, apprentissage de la gestion du semainier, éducation alimentaire.

L'évolution positive de son intégration a permis à l'équipe d'envisager un relais sur l'hôpital de jour où elle était prise en charge 5 jours par semaine, avec le SAMSAH (service d'accompagnement médico social pour les adultes handicapés) 2 fois par semaine, puis une fois, pour l'accompagnement aux courses et le soutien au ménage.

La gestion de la maison est passée sur le Pôle DUNOIS PERCHE et la prise en charge soutenue des équipes extra-hospitalières a permis de pondérer les rechutes notamment par l'organisation d'hospitalisation le plus tôt possible après l'apparition des signes de décompensation.

A ce jour, elle est prise en charge 3 jours par semaine en HDJ sur Châteaudun et une demi-journée en CATTP sur Bonneval. La diminution de sa présence à l'HDJ lui a permis d'apprendre à gérer son temps libre sur la maison ou à l'extérieur. Ses capacités d'autonomie ont été réactivées par la gestion quotidienne de la maison.

L'accompagnement par le SAMSAH a été diminué à 1 accompagnement aux courses.

Sortie de la maison et projet futur

Elle est à la maison depuis le 1 juin 2010 et son projet est d'intégrer progressivement **un logement autonome** sur la commune de Bonneval. Le choix de Bonneval s'est fait , toujours au regard de la proximité avec l'hôpital et parce qu'elle y a tous ses repères.

Elle poursuit la prise en charge hôpital de jour, CATTP et le SAMSAH. Des visites à domicile vont être programmées. La fréquence sera déterminée en fonction des besoins.

Les bénéfices de l'existence de cette structure

La gestion de la maison par l'entraide psychosociale

La gestion de la maison associative par l'association en lien étroit avec l'hôpital a permis l'instauration d'un cadre selon le modèle des appartements associatifs de Chartres : l'association loue la maison à la Roseraie et fait un bail de sous location « meublée et charges comprises » à chaque résident, ce qui implique le résident dans une dynamique de réalité (paiement d'un loyer, signature du bail...) en vue d'une intégration dans un logement autonome.

L'association permet une souplesse pour la sortie des services et l'intégration dans la maison de manière progressive : visite de lieux, rencontre avec les autres résidents, organisation de l'entrée dans les lieux, quelques heures puis une journée, puis une nuit une journée

Cette flexibilité permet également l'organisation d'une sortie par étape qui est moins angoissante pour le résident.

Cet outil permet d'individualiser les projets afin de les adapter aux difficultés de chacun.

La gestion financière par l'association permet l'organisation d'une co-location rendant le montant du loyer moins important pour chacun. Cet avantage permet aux patients d'avoir un projet de sortie à moindre frais, logement meublé et le montant du loyer plus les charges est faible. Le résident ne doit se munir que d'un matelas et de linge de maison.

Par sa situation géographique

Ce projet a été créé initialement dans l'objectif de permettre la réinsertion des patients psychotiques

hospitalisés depuis des années. Ayant tous leurs repères sur Bonneval, il paraissait difficile d'envisager une réinsertion par les appartements associatifs de Chartres.

La proximité avec les services d'hospitalisation permet une intervention rapide du personnel soignant en cas de besoin et facilite l'organisation.

La situation de la maison dans un lotissement permet les apprentissages de la vie sociale (respect des voisins...) et les déplacements dans la ville sans utilisation de transport en commun (réalisation des courses sur la même commune, proximité avec le médecin, pharmacie...)

Pour les équipes

Cet outil de travail est nécessaire aux équipes de soins pour envisager des projets de réinsertion en toute sécurité. Par le biais de ce dispositif, les équipes ont la possibilité de construire des projets individuels et adaptés tout en travaillant sur la cohabitation.

La maison est considérée comme un tremplin, par les équipes et pour les patients, vers plus d'autonomie sans limite dans le temps ce qui permet d'accompagner le patient dans « comment j'habite mon chez moi ? »

Les premières expériences et projets dans la maison, nous montrent aujourd'hui que l'on peut difficilement faire l'économie d'un passage dans ce type de logement pour les patients ayant un lourd passé en hospitalisation.

L'intégration pratique dans la maison est le seul moyen d'évaluer leurs capacités, leurs envies, leurs besoins et leurs potentialités.

Le temps passé dans la maison est nécessaire, d'une part pour les patients afin d'acquérir le maximum d'autonomie et d'autre part pour les équipes qui disposent d'un lieu pour l'éducation aux apprentissages.

Le cadre posé par la signature du bail et du règlement intérieur donne l'autorisation aux équipes d'adapter la prise en charge et d'intervenir si nécessaire.

La modification de la gestion de la maison (passage de l'UF7000 au G03) a interrompu l'intervention de l'ergothérapeute ce qui aujourd'hui se révèle être un manque dans l'apprentissage de la gestion du quotidien.

Conclusion

L'ouverture de la maison a déjà permis à plusieurs patients hospitalisés au long cours de sortir et de se réinsérer dans la société. Les objectifs atteints par ces patients n'auraient, de notre point de vue, pas pu l'être sans cet outil.

Nous pensons que ce type d'outil ne demande qu'à être développé enrichi des compétences de différents professionnels (ergothérapeutes, infirmier(e)s, assistants sociaux, Conseillères en économie social et familial) afin de répondre à l'ensemble des besoins des résidents. Il nous paraît important de souligner que la mise en œuvre de cet outil nécessite une implication particulière des professionnels motivés par ce type d'accompagnement.

Bibliographie « Pour en savoir Plus »

Articles

Logement, accompagnement, et troubles psychiques [dossier] PRATIQUES EN SANTE MENTALE 2011 ; 57(4) : 3-49

ARVEILLER Jean-Paul, JOST DALIFARD Frédérique. La capacité à habiter peut-elle s'évaluer ? À propos d'une expérience de secteur. PRATIQUES EN SANTE MENTALE 2011 ; 57(4) : 17-22.

BERGER M, POLI F, DAZORD A. Evaluation de la qualité de vie de patients psychotiques chroniques vivant en appartements protégés. ENCEPHALE 1998 ; 24(1) : 9-17.

CATZ M. Accès à un logement personnel : rôle thérapeutique pour les psychotiques ? INFORMATION PSYCHIATRIQUE 2002 ; 78(4) : 386-96.

DECKER M. Rôle d'un appartement thérapeutique dans la réadaptation de patients psychotiques. INFORMATION PSYCHIATRIQUE 1997 ; 73(6) : 552-62.

FAURE N. Eduquer à la vie sociale. SANTE MENTALE 1998 ; (31) : 26-8.

HAJBI M, MARO J, HIVERT C. Comment articuler soins et hébergement pour psychotiques. Une expérience d'appartements associatifs d'une équipe de secteur de psychiatrie. SYNAPSE 2004 ; (205) : 29-32.

HAJBI M. La maison thérapeutique transitionnelle : une passerelle vers l'autonomie. PERSPECTIVES PSY 2009 ; 48(1) : 84-92.

LAVIEILLE H. Entre toit et moi. SANTE MENTALE 2000 ; (47) : 16-9.

MEYSSONNIER C. L'appartement communautaire, une transition dans la resocialisation du malade mental. PSY-CAUSE 1997 ; (7) : 24-7.

PERRET J. Orloges : pour que le 'repaire' recrée des 'repères'. PRATIQUES EN SANTE MENTALE 2006 ; 52(3) : 43-7.

PONSO F, GAZVIT F, BOYER O, ABRIEU A, DUCAMIN JP. La notion de contrat en appartement associatif : de son utilisation à son utilité. NERVURE 1992 ; 5(2) : 46-54.

ROUFF K. Les chemins de la réhabilitation. SANTE MENTALE 2006 ; (105) : 12-3.

SAVY J. Des appartements d'insertion pour une vie autonome. READAPTATION 2003 ; (501) : 47-8.

TORRES Dolorès Lina. Pratiques sectorielles, appartements associatifs, accompagnement dans la Cité. PRATIQUES EN SANTE MENTALE 2011 ; 57(4) : 29-33.

Mémoires

RICHAUD MC. L'appartement : vers une formule thérapeutique ? [s.l.] : DE Educateur ; 1975.

AGOFROY C. Un appartement associatif est-il thérapeutique ? : création et fonctionnement d'un appartement associatif dans un secteur psychiatrique. [s.l.] : Mém. : Psychiatr. : Pais-Sud, Faculté de médecine Kremlin Bicêtre : 1984

BIDAN Bernard. L'asile...et la sortie : réflexion autour de la place de l'appartement protégé dans le devenir de malades mentaux Brest : Diplôme des hautes études des pratiques sociales ; 1992.

AMENGUAL VIALARD A. Approche de la vie quotidienne des malades mentaux en appartement associatif : des espaces différentiels d'inscription sociale. Paris 11 : DEA Santé publique option sociologie ; 1998.

BESCOND E. Appartements thérapeutiques, appartements protégés : évolution sur 10 ans. ;Reims : CES Psychiatrie ; 1991.

Communications Ecrits sur des expériences réalisées au sein du Centre Hospitalier Henri EY...

PEAN Martine. Soigner Autrement. [communication sur le fonctionnement d'appartements associatifs] Antony : 2èmes journées du G.E. R.A.R.T. : 1990

PEAN Martine. L'appartement thérapeutique Blois : Journée régionale Croix marine - CPAM : 1995

LES THERAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES

Nadia SAUVAGE

Résumé

Cette présentation a pour objet de partager l'expérience d'une psychologue clinicienne exerçant au sein d'un service de pédopsychiatrie. - A partir du cas clinique de Sophie, jeune adolescente présentant un refus scolaire anxieux, elle proposera une brève introduction à la théorie cognitivo-comportementale, puis présentera les principes thérapeutiques utilisés au cours de la prise en charge avec cette jeune patiente. Tenant compte de l'environnement et d'un travail en réseau suffisant, l'évaluation de la prise en charge selon une approche cognitivo-comportementale mettra en évidence pour Sophie, une reprise de la scolarité, l'amélioration des troubles cognitifs et émotionnels et une prévention des complications scolaires et sociales.

Texte en cours de réécriture

TECHNIQUE DE RESOLUTION DE PROBLÈME

« Un outil » de l'entretien infirmier

Adeline BONNARD et Jocelyne LAURENT

Résumé

La technique de résolution de problèmes vise à aider les personnes à la construction de moyens d'adaptation efficaces par l'amélioration du fonctionnement cognitif en mobilisant des comportements et des habiletés sociales. Pour présenter cette technique, les intervenantes ont choisi de s'appuyer sur leur expérience auprès d'un groupe de personnes souffrant de dépression, hospitalisées dans l'unité de psychologie médicale. Après avoir exposé la méthodologie, elles précisent l'orientation donnée aux séances et nous font part des limites inhérentes à la durée d'hospitalisation.

Texte en cours de réécriture

« LA RANDONNEE »

Laure CHAPELLIÈRE, Lisbeth DAVOLI, Jean-François LEROUX

Résumé

Dans le cadre des activités thérapeutiques à médiation, un groupe de soignant en Hôpital de Jour évoque la mise en place d'une activité physique spécifique : la randonnée. Les objectifs qu'ils se sont fixés, sont de permettre aux patients de se mobiliser de manière conviviale en groupe, de développer le plaisir d'être en mouvement et de limiter les effets secondaires des traitements neuroleptiques à savoir la prise de poids. L'exposé de leur expérience s'intéressera à évaluer les bénéfices, les limites et à ouvrir le champ des perspectives.

Les personnes accueillies et prises en charge sur l'hôpital de jour sont des personnes dont les affections psychiatriques et de santé mentale entraînent fréquemment des comportements inadaptés dans leurs activités quotidiennes, et leur alimentation. Ce sont des personnes qui ont besoin de se mobiliser. Cependant, elles n'ont pas toujours la capacité de s'inscrire dans une activité sportive spécifique, intensive, onéreuse. S'inscrire dans une association sportive implique des capacités fréquemment altérées en terme de socialisation.

La randonnée n'est pas une activité physique perçue comme du sport.

Pourquoi cette pratique ?

Depuis 1999, l'activité randonnée a été organisée initialement au sein de l'hôpital de jour en vue de la préparation d'un séjour thérapeutique "randonnée", de séjours thérapeutiques dans le massif central, le jura, Orne-courcerault-.

Il s'agissait de permettre aux patients de se mobiliser de manière conviviale et en groupe. De plus, proposer une activité randonnée apparaissait plus attrayante qu'un effort physique intense. Les infirmiers présents sur la structure ont donc été initiateurs.

Les patients du fait de leur manque d'activité prenaient du poids, ceci majoré par la prise de traitements neuroleptiques. Enfin, les anciens locaux de l'hôpital de jour n'étaient pas propices (endroits confinés) à l'activité.

Le choix d'instaurer une **activité Randonnée** a pour but non seulement de bouger mais également de comprendre le paysage que l'on a sous les yeux". L'observation de la faune et la flore, le cycle des saisons, le bocage, l'architecture, la toponymie (nom des lieux dits), l'histoire de la construction des villages sont également des apports de connaissances pour les patients, favorisé par les atouts d'une belle région propice à la randonnée, le PERCHE.

Les objectifs de l'activité randonnée¹

Favoriser :

l'autonomisation par l'orientation dans le temps et l'espace.

la structuration en posant le contexte : un plan prédéfini, des horaires, des consignes

la gestion du rythme et de l'effort, et renouer avec les sensations corporelles (notion de plaisir, de bien-être, d'ancrage dans la réalité)

la valorisation, l'estime de soi

La socialisation et le respect des valeurs et règles du groupe: "on ne fume pas pendant la randonnée, on s'attend. La tolérance et le respect des différences de chacun. C'est un temps de création collectif avec les exigences mais aussi les satisfactions qui en résultent.

Positionnement dans le groupe, capacité à créer des liens adaptés, convivialité, entraide entre les patients ; certains patients peuvent apporter une aide à d'autres.

La mise en oeuvre

A ce jour l'activité randonnée a lieu les mardi "grande randonnée" et jeudi "petite randonnée".

La petite randonnée a été instaurée plus tardivement afin de permettre à certains patients de bénéficier de cette activité en corrélation avec leurs capacités physiques.

L'organisation est anticipée 1 mois à l'avance afin de choisir les lieux de randonnée et programmer les sorties à la journée avec pique-nique.

1 Op cit, site internet "Objectifs thérapeutiques de la randonnée - psychiatrie et rando
...infirmierenpsy.free.fr/pages/rando.htm "

Les groupes sont constitués de 7 à 9 patients pour la grande randonnée et 7 à 8 patients pour la petite randonnée.

Les objectifs fixés avant la randonnée: Avant le départ de randonnée les personnes partent avec des orientations d'observation "souvenez-vous". Pendant la randonnée, **la mémoire** des personnes est sollicitée par différents questionnements et notamment autour du "jeu des anecdotes"; "souvenez-vous : que s'est-il passé à cet endroit lors d'une précédente randonnée ?"

A l'aide de la signalétique des chemins de randonnée, un travail sur l'orientation est réalisé. Les patients sont sollicités pour mener la randonnée.

Développer le questionnement sur la compréhension de l'environnement; des liens sont faits avec la politique agricole différente entre celle promulguée en Eure et Loir et celle de l'Orne où l'on retrouve moins de grandes étendues de cultures.

Limites

Si l'accompagnement et l'investissement dans cette activité à parfois été difficile en contenance avec l'engagement des professionnels en poste, aujourd'hui l'activité est conduite par l'ensemble de l'équipe avec motivation. Ceci met en lumière la nécessité que les professionnels aient développé des centres d'intérêts personnels, voire une réelle compétence hors champ professionnel corrélée aux compétences professionnelles. Deux professionnels doivent être accompagnateurs.

Certaines contraintes sont vite apparues notamment concernant la nécessité de l'équipement pour randonner. Il est nécessaire de solliciter les patients pour avoir a minima des chaussures de marche adaptées ainsi que des vêtements pour tout type de temps. Les conditions climatiques ne sont pas un frein à la réalisation de la randonnée. Ceci renvoie le patient vers la capacité de se projeter dans une activité ce qui parfois nécessite de réels efforts pour celui-ci.

L'organisation en amont doit également prendre en compte les horaires d'ouverture de l'hôpital de jour. Le temps de randonnée doit permettre le retour sur la structure à heure raisonnable pour les retours VSL .

Enfin les capacités physiques des patients sont à prendre en compte afin de mener l'activité en groupe dans les meilleures conditions pour ces derniers.

Benéfices

Les connaissances corrélées aux compétences professionnelles participent à la stimulation cognitive des patients ainsi qu'au plaisir et l'émerveillement. La randonnée permet aux patients de faire un détour voire un retour vers la nature, élément ressourçant.

La randonnée permet de créer des liens tant au sein du groupe qu'avec les infirmiers.

Il en résulte un réel ancrage dans la réalité et une compréhension élargie d'un certain nombre de points. Pendant la randonnée quand l'hygiène alimentaire est évoquée, la réflexion et les échanges sont également amenés vers les pratiques agricoles, la chaîne alimentaire, l'identification des races de vaches...

Quand les patients mènent la randonnée cela permet d'identifier leurs capacités cognitives, leurs capacités d'orientation, de lecture, de vision.

Les choix de lieux de randonnées ne s'épuisent pas car ils sont réalisés par toute saison. Il y a donc un regard différent à chaque sortie.

L'émergence d'une entraide et une attention à l'autre pendant la randonnée différente de celle lors de déplacements ponctuels.

Evaluation

Aujourd'hui on ne constate pas "d'essoufflement" dans la motivation et le plaisir exprimés des patients randonneurs et des professionnels.

Le développement des compétences des professionnels permettent d'initier, stimuler les connaissances des patients et leurs capacités d'adaptation

Perspectives

Poursuite de cette activité et séjour à organiser et possibilité de bivouac pour renforcer la confiance la cohésion entre patients et professionnels.

Le partage avec d'autres groupes est également envisagé.

Bibliographie « Pour en savoir Plus »

Articles

FAYARD Annick Dir., FRITZ LEGENDRE Myriam Dir. La santé... par l'activité physique [dossier]. SANTE DE L'HOMME 2007 ; (387) : 11-44.

<http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-387.pdf>

ESCALON Hélène Fréquence et temps de pratique de l'activité physique en France SANTE DE L'HOMME 2007 ; (387) : 32-33

VUILLEMIN Anne Bouger améliore-t-il la qualité de vie ? SANTE DE L'HOMME 2007 ; (387) : 24-27

BELLET Sabine Les activités physiques et sportives en psychiatrie, un tremplin à la réadaptation ? SOINS PSYCHIATRIE 2002 ; (218) : 40-2

LEVEUGLE David, LEGRAND Marjorie Prise de poids et remise en forme. SOINS PSYCHIATRIE 2010 ; (266) : 33-4

OLLIVIER Bernard, Le sens de la marche [entretien]. JOURNAL DES PSYCHOLOGUES 2010 ; (278) : 60-63

« En avant marche » ECHO REPUBLICAIN, 6 Avril 2012

Ouvrage

BRUNET François Dir., CAOUILLE Michel Dir, MACKAY Jacques Préf., GARRABE Jean préf. Corps et psychiatrie : psychopédagogie des activités physiques et sportives. Rennes : ENSP ; 1995.

Sites internet

Objectifs thérapeutiques de la randonnée sur le site « infirmierenpsy.free.fr »
<http://infirmierenpsy.free.fr/pages/rando.htm>

INPES - Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Promotion de l'activité physique quotidienne
<http://inpes.sante.fr/>

« PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE »

La bonne observance du traitement
chez les patients psychotiques entrant dans la maladie
Christine GAUTIER, Caroline MARLY et de Dr Marieta MIHAYLOVA

Résumé

Les troubles schizophréniques touchent plus de 1 % de la population générale. La plupart des troubles psychotiques débutent dans la période de transition entre l'adolescence et l'âge adulte. Ils sont caractérisés par une altération marquée des relations interpersonnelles et par un dysfonctionnement social. La schizophrénie est une pathologie chronique. La non-observance au traitement avoisine les 50 %, avec, en résultat, un taux de ré-hospitalisation de 75 %. D'un point de vue statistique, pour l'année 2010, la population de patients concernée au sein du centre hospitalier Henri EY est de 4 %.

Au sein de cet établissement, il existe des pratiques d'éducation thérapeutique formalisées sous la forme d'ateliers d'éducation thérapeutique ou d'information à l'éducation à la santé. Par ailleurs, ces pratiques sont hétérogènes, incomplètement utilisées et ne constituent pas en soi un programme d'éducation thérapeutique. En conséquence, les intervenants démontreront la nécessité de créer un programme d'ETP afin de fédérer et de formaliser les pratiques tout en cherchant à développer et à mesurer les compétences en auto-gestion de sa maladie et en auto-soins du patient.

Programme d'éducation thérapeutique

Sont retenus les patients âgés de 15 à 35 ans et ayant un code diagnostique compris entre F20.0 et F20.9 « schizophrénie » ainsi que les codes F25 « troubles schizo affectifs » soit 96 patients en 2010.

Dans le domaine de la psychiatrie, les patients atteints de psychoses chroniques connaissent de nombreux épisodes de récurrences tout au long de leur vie.

Il apparaît que ces rechutes sont souvent consécutives à un arrêt du traitement, ce qui nous amène à nous questionner sur l'importance de l'observance du traitement chez les patients atteints de pathologies psychotiques.

Non observance

La non-observance peut être définie comme « la résistance plus ou moins marquée, exprimée ou non vis-à-vis du traitement prescrit, entraînant soit des prises irrégulières, soit l'abandon de tout traitement. »

La non-observance signifie une esquive au traitement entraînant une augmentation de la morbidité et donc un coût pour la société.

Dans le cas de la maladie psychotique, le traitement n'apparaît pas, aux yeux du patient, comme vraiment nécessaire ou efficace de part la nature de ses troubles.

Au sein du Centre Hospitalier Henri EY, il existe aujourd'hui des pratiques d'éducation thérapeutique formalisées sous la forme d'ateliers d'éducation thérapeutique ou d'information à l'éducation à la santé.

Par ailleurs, ces pratiques sont hétérogènes, incomplètement utilisées et ne constituent pas en soi un programme d'éducation thérapeutique.

En conséquence, la nécessité de créer un programme d'ETP c'est imposée afin de fédérer et de formaliser les pratiques tout en cherchant à développer et à mesurer les compétences en auto-gestion de sa maladie et en auto-soins du patient.

Par ailleurs l'implication des représentants des usagers a été recherchée afin d'inscrire le programme en lien avec les potentialités de la patientelle et l'environnement familiale.

Pourquoi cette pratique ?

Selon quelques enquêtes, la prescription de neuroleptiques s'accompagne d'une « baisse globale de la mortalité » mais moins de 50 % des patients poursuivent leur traitement pendant les deux premiers mois après une première hospitalisation pour schizophrénie.

En conséquence, une éducation du patient, d'une manière globale, semble être nécessaire. Celle-ci doit être axée sur des thèmes variés qui sont l'information au sujet de la maladie, ses conséquences possibles et l'incidence du traitement.

Cette éducation a pour but l'acquisition et le maintien des compétences, la transmission d'un savoir-faire et d'un savoir-être évoluant vers une autonomie face à la maladie chronique. Ainsi, l'observance du traitement contribue à l'évitement des rechutes et à la resocialisation socio-professionnelle tant attendue par les patients, les familles et les professionnels de santé.

Afin d'optimiser notre pratique en matière d'éducation thérapeutique progressive ; il nous est apparu nécessaire, de mesurer les acquis et la satisfaction du patient en impliquant son entourage et les aidants.

Mise en œuvre

Le programme en lui-même

Il dure environ 4 mois et pourra se dérouler sur 3 sites extra-hospitalier du centre hospitalier Henri Ey, à savoir : Chartres / Lucé, Nogent-le-Rotrou et Châteaudun.

Le groupe de travail sur l'ETP a choisi d'une part, de garder des composantes d'activités existantes type INSIGHT et EQUILIBRE, car elles correspondent à notre objectif et d'autre part, de les agencer dans le cadre de notre propre programme, avec nos outils d'évaluations spécifiques.

Le programme est fixe, organisé en 9 séances et réalisé en groupe (4 à 8 personnes, de préférence en nombre pair).

Il est structuré comme suit :

- n°1 Accueil des participants au programme : explication du déroulé et lecture de la charte en insistant sur la confidentialité des échanges.
- n°2 « Qu'est-ce qu'un trouble mental » (thème 1 d'INSIGHT), vidéo
- n°3 « Les signes positifs de la maladie » (thème 2 d'INSIGHT), jeu de l'oie
- n°4 « Les signes négatifs de la maladie » (thème 3 d'INSIGHT), vidéo
- n°5 « Conscience des symptômes de désorganisation » (thème 4 d'INSIGHT), jeu de rôles
- n°6 « Conséquences psychosociales de la maladie » (thème 5 d'INSIGHT), vidéo
- n°7 « Effets des traitements » (thème 6 d'INSIGHT), jeu type quizz
- n°8 « Équilibre alimentaire » (atelier 3 d'EQUILIBRE), jeu
- n°9 Séance de clôture pour les participants : débriefing

Les animateurs des séances 1 et 9 sont des médecins, accompagnés d'au moins un animateur soignant (infirmier ou cadre de santé) du reste du programme.

Conditions de mise en œuvre

Si un patient ne se présente pas à une séance :

- Si c'est un imprévu, une absence exceptionnelle au programme : le patient bénéficie d'un « rattrapage » en individuel, pour lui expliquer en quoi consistait la séance.
- Si c'est un refus de participer à une séance et que l'équipe est prévenue à l'avance : Le patient est invité à un entretien médical et / ou infirmier pour en discuter. Le but étant de lui expliquer l'intérêt de la continuité des séances. Si le refus persiste, le patient quittera le programme.
- Si le patient n'est plus en capacité de suivre les séances (patient en phase de décompensation par exemple), le programme pour lui est arrêté. Le médecin pourra à nouveau lui proposer ultérieurement.

Le calendrier du programme est communiqué au moins un mois avant la première séance aux participants.

Les animateurs notent dans le DPUI les informations pertinentes de la séance.

Un carnet de rendez-vous servant de feuille de route pour le patient est mis en place (en annexe).

Après le programme, et sur la base du recueil et des évaluations, les équipes extra-hospitalières complètent l'éducation par des actions ponctuelles aidant à renforcer ou à compléter les séances.

Les limites

Augmentation de la fragilité du patient qui va réduire l'adhésion au programme,
Incidence des échanges réalisés sur la participation aux séances suivantes.

Le bénéficiaire

Pour le patient

Évitement des rechutes,
Meilleure adhésion aux soins avec forte alliance thérapeutique,

Augmentation de capacité à gérer sa maladie,
Acceptation de la maladie,
Augmentation de l'estime de soi,
Facilité d'une intégration sociale,
Conservation de sa place dans la société sur le plan professionnel, familial et relationnelle.

Pour les aidants

Baisse du sentiment de la culpabilité,
Amélioration des liens familiaux avec la création d'un environnement sans jugement,
Acceptation de la maladie,
Meilleure connaissance de la maladie en évitant la stigmatisation.

Pour la société

Prise en charge en ambulatoire,
Réduction du nombre de ré-hospitalisation, donc une minoration du coût de la prise en charge,
Réduction de la stigmatisation sociale du handicap mental.

Les évaluations annuelles

– **Evaluation quantitative** : les unités où se déroulent les programmes éditent des statistiques au mois de janvier / février de chaque année et les transmettent à la direction qualité gestion des risques (ces statistiques sont aussi incluses dans les rapports d'activités des unités) : combien de programmes complets (information si programme en cours), et combien de patients et de proches concernés.

– **Evaluation qualitative** : Toutes les grilles d'évaluations finales sont envoyées à la direction de la qualité et de la gestion des risques au fur et à mesure de leur remplissage (après les avoir rendues anonymes). Des statistiques sont éditées annuellement en janvier / février de chaque année sur cette base.

Les objectifs et les perspectives

100% des patients qui le nécessitent, bénéficient d'un programme d'éducation thérapeutique,
Optimisation des compétences des professionnels
Augmentation du nombre des professionnels formés,
Optimisation de la pratique de l'ETP dans l'établissement,
Augmentation du nombre de professionnels en extra-hospitalier pour répondre à l'ajustement des besoins afin de permettre à la patientelle d'être soigné et accompagné en dehors des lieux d'hospitalisation,
Réduction du nombre d'hospitalisation,
Réduction de la stigmatisation de la maladie mentale
Renforcement de l'attractivité du Centre Hospitalier Henri EY
Communication et publication des résultats

Bibliographie « Pour en savoir Plus »

Articles

BENOIT M, PON J, ZIMMERMANN MA. Comment évaluer la qualité de l'observance ? ENCEPHALE 2009 ; 35(1 SUPPL 3 janvier) : 87-90.

BENSASSON Géraldine, VASSAL Laurent, LINARD François, MNIF Slim. Le comportement d'observance des patients atteints de schizophrénie : impact du diagnostic et du traitement. Analyse phénoménologique de trois attitudes. EVOLUTION PSYCHIATRIQUE 2011 ; 76(4) : 641-57.

BORDENAVE GABRIEL C, GIRAUD BARO E, BEAUCHAMP I de, BOUGEROL T, CALOP J. Pourquoi les patients souffrant de troubles psychotiques ne sont-ils pas observants à leurs médicaments ? ENCEPHALE 2003 ; 29(3 cahier 1) : 213-22.

BOURGOIS ML. Insight et conscience de la maladie en psychopathologie. EMC PSYCHIATRIE 2010 ; 141(37-032-A-20) : 1-9

BRUNIE Vanida, GUT Anne, OLIE Jean-Pierre. Education thérapeutique du jeune patient schizophrène. SOINS PSYCHIATRIE 2011 ; (273) : 23-25.

CASTRO D, ZOUTE C, LE ROHELLEC J. Adhésion au traitement prescrit et traits de personnalité dans une population de patients atteints de schizophrénie. ANNALES MEDICO PSYCHOLOGIQUES 2004 ; 162(4) : 262-270.

CHABANNES Jean-Paul, BAZIN N, LEGUAY Denis, NUSS P, PERETTI CS, TATU P, et al. Intérêt du programme éducationnel Soleduc pour la prévention des rechutes dans la schizophrénie. ANNALES MEDICO PSYCHOLOGIQUES 2009 ; 167(2) : 115-118.

CHARPENTIER A, GOUEMAND M, THOMAS P. L'alliance thérapeutique, un enjeu dans la schizophrénie. ENCEPHALE 2009 ; 35(1) : 80-89.

- COMBES C, FERAL F. Observance médicamenteuse et lieu de contrôle de la santé dans la schizophrénie. ENCEPHALE 2011 ; 37(Suppl 1) : 11-8.
- COUPAT P, LEROUX F, PONET F. Quelles postures professionnelles dans l'éducation à l'observance thérapeutique ? 'Deux expériences de terrain'. RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS 2008 ; (92) : 106-13.
- CUSSAC BUCHDAHL Catherine, TEMPIER Marion, BLANDIN Françoise. 'L'atelier du médicament' et ses livrets. SOINS PSYCHIATRIE 2011 ; (273) : 26-30.
- DALERY J. A propos de l'observance... SANTE MENTALE 2005 ; (94) : 48-50.
- DROULOUT T, LIRAUD F, VERDOUX H. Influence de la conscience du trouble et de la perception subjective du traitement sur l'observance médicamenteuse dans les troubles psychotiques. ENCEPHALE 2003 ; 29(5) : 430-437.
- FRIARD D. Recettes pratiques pour une meilleure observance. SANTE MENTALE 2003 ; (79 SUPPL) : 2-10.
- FRIARD D. Peut-on refuser de prendre un neuroleptique ?; SANTE MENTALE 2002 ; (68) : 44-45
- GOUREVITCH R. Comment améliorer l'observance chez le patient souffrant de schizophrénie ? ENCEPHALE 2006 ; (octobre cahier 4) : 929-30.
- HECKTOR L.; Recettes pratiques pour une meilleure observance.; SANTE MENTALE 2002 ; (68) : 58-64.
- KAPSAMBELIS V, PALAZOLLO J, CONSTANTIN J, PREVOST X, SCHEDE D, CUNGI C, et al.: J'ai envie d'arrêter mon traitement [dossier]., SANTE MENTALE 2007 ; (115) : 23-76
- LACHAUX B, COSTE J, HERZLICH C, COLLECTIF. nObservance, 'ton traitement tu prendras !' [dossier] nSANTE MENTALE 2002 ; (68) : 20-64.
- LUCA M de, JEANNE A, BESNARD B. n'ai 20 ans et je ne veux pas prendre de médicaments. bPSYCHIATRIES 2005 ; (144) : 171-181.
- MCGRATH BM, MOSIER KE, TEMPIER RP. vRéponse subjective au médicament antipsychotique dans la schizophrénie : implications pour l'adhésion, l'issue du traitement et la qualité de vie. ACTA PSYCHIATRICA BELGICA 2009 ; 109(3) : 29-38.
- MISDRAHI D, LLORCA Pierre-Michel, LANCON Christophe, BAYLE FJ. L'observance dans la schizophrénie : facteurs prédictifs, voies de recherches, implications thérapeutiques. ENCEPHALE 2002 ; 28(3 cahier 1) : 266-272.
- MISDRAHI D. L'observance thérapeutique : un objectif essentiel. ENCEPHALE 2006 ; 32(décembre cahier 3) : 1076-1079.
- OLFA D, ZERAMDINI R, HAFFANI F. Mauvaise observance thérapeutique dans la schizophrénie : facteurs impliqués. PSY-CAUSE 2009 ; (54) : 45-49.
- PAILLOT C-M, INGRAND P, INGRAND I, JAAFARI N. L'insight et les croyances relatives aux médicaments influencent l'observance médicamenteuse dans la schizophrénie. ANNALES MEDICO PSYCHOLOGIQUES 2011 ; 169(7) : 446-448.
- PAILLOT CM, CSILLIK AS. Stades d'observance des patients schizophrènes chroniques. JOURNAL DE THERAPIE COMPORTEMENTALE ET COGNITIVE 2008 ; 18(1) : 32-5.
- PALAZZOLO J, WEIBEL L, MIDOL N, DUNEZAT P. Enquête sur la perception de l'observance dans la schizophrénie. ANNALES MEDICO PSYCHOLOGIQUES 2007 ; 165(5) : 313-324.
- PALAZZOLO J. Observance médicamenteuse et rechutes dans la schizophrénie : des neuroleptiques classiques aux APAP. ANNALES MEDICO PSYCHOLOGIQUES 2009 ; 167(4) : 308-317.
- PALAZZOLO Jérôme. Entre adhésion et gestion autonome de la médication. NERVURE : JOURNAL DE PSYCHIATRIE 2011 ; 24(2) : 1-4.
- PASSERIEUX C, CAROLI F, GIRAUD BARO E. Les personnes atteintes de schizophrénie et la rechute. ENCEPHALE 2009 ; 35(6) : 586-594.
- PELICAND J, FOURNIER C, AUJOLAT I. Observance, auto-soin(s), empowerment, autonomie : quatre termes pour questionner les enjeux de l'éducation du patient dans la relation de soins. ADSP : ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE 2009 ; (66) : 21-23.
- PENFORNIS A. Accompagner les patients sur la voie de l'observance. SOINS 2006 ; (703 SUPPL 1) : 1S29-1S30.
- SCHMITT A, LEFEBVRE N, CHEREAU I, LLORCA Pierre-Michel. Insight et observance dans la schizophrénie. ANNALES MEDICO PSYCHOLOGIQUES 2006 ; 164(2) : 154-158.
- SOUILLE N, PALAZZOLO J. Observance médicamenteuse et pratique infirmière. SOINS PSYCHIATRIE 2005 ; (237) : 41-44.
- SPADONE C. L'adhésion aux soins dans le suivi des patients atteints de schizophrénie. NERVURE : JOURNAL DE PSYCHIATRIE 2007 ; 20(3) : 1 ; 8-9.
- TARQUINIO C, TARQUINIO MP. L'observance thérapeutique : déterminants et modèles théoriques. PRATIQUES PSYCHOLOGIQUES 2007 ; 13(1) : 1-19.
- TOURETTE TURGIS C. Un accompagnement thérapeutique centré sur l'observance. SOINS 2004 ; (687) : 42-45.
- VALENTE P, LAUGIER F. Adhésion aux traitements biologiques en psychiatrie. EMC PSYCHIATRIE 2009 ; 138(37 860 A 50) : 1-6.
- Ouvrages**
- AMADOR X. Comment faire accepter son traitement au malade : schizophrénie et troubles bipolaires. Guide pratique à l'attention des familles et des thérapeutes. Paris : Retz ; 2007.
- DIGONNET Emmanuel, FRIARD Dominique, LEYRELOUP Anne-Marie, RAJABLAT Marie. Schizophrénie et soins infirmiers : une approche clinique du traitement et des soins. Paris : Masson ; 2004.
- JOHNSON DAW, DENKER SJ. Traitement au long cours de la schizophrénie. Laboratoires Lundbeck ; 1996.
- PALAZZOLO Jérôme, OLIE Jean Pierre Préf. Observance médicamenteuse et psychiatrie. Paris : Elsevier ; (1998,2004)

BALCOU DEBUSSCHE M. L'éducation des malades chroniques : une approche ethnosociologique. Paris : éd. des archives contemporaines ; 2006.

FISCHER GN. Traité de psychologie de la santé. Paris : Dunod ; 2002.

IVERNOIS Jean-François d', GAGNAYRE Rémi. Apprendre à éduquer le patient : approche pédagogique. Paris : Maloine ; 2011.

Rapports/recommandations

Méthode d'élaboration des guides patients pour les ALD. Paris : Haute autorité de santé, 2007.

Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques : 2007-2011 Paris : Ministère de la santé et des solidarités, 52 p.

HECQUARD P. L'éducation thérapeutique. Paris : Ordre national des médecins, 2009.

FOUCAUD J Dir., BALCOU DEBUSSCHE M Dir. Former à l'éducation du patient : quelles compétences ? Paris : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2008.

« LE MUR DE SUCRE »

Nicolas BARBIER

Résumé

Travailler avec des personnes lourdement handicapées souffrant de troubles envahissant du développement et de retard mental profond, nécessite chez le soignant une écoute et un sens aigü de l'observation des patients. La communication verbale étant souvent impossible, il convient de trouver des méthodes d'approches innovantes adaptées aux situations singulières auxquelles le professionnel est confronté.

L'intervenant nous propose de partager une situation clinique pour laquelle il a été amené à créer « un mur de sucre », celle de Serge, 47 ans, résidant au Foyer d'Accueil Médicalisé du Centre Hospitalier Spécialisé de Bonneval. Il souffre de troubles envahissants du développement associé à un retard mental profond.

De cette situation singulière, il en évoquera les bénéfiques, les limites et ouvrira le champ des possibles à d'autres pratiques.

Histoire de la maladie

A l'âge de 5 ans, Serge est admis en pédopsychiatrie pour des troubles du comportement. Il présente des mouvements stéréotypés, une certaine agressivité envers les autres et lui-même, et une boulimie excessive. Diverses tentatives thérapeutiques sont entreprises mais sans succès: il est alors diagnostiqué chez Serge une **psychose précoce de type autisme de Kanner**.

Serge est orienté vers divers établissements. Il passe ses journées à déambuler dans les couloirs et on remarque sa tendance à ramasser et manger l'herbe, les feuilles, les brindilles, les mégots de cigarettes...

Serge n'a pas accès au langage mais il comprend les consignes simples. De jour en jour, il peut-être joyeux comme anxieux, sourire ou crier et son angoisse se manifeste par de l'auto-agressivité en se frappant au visage.

Présentation du cas

Serge est admis au Foyer d'Accueil Médicalisé en avril 2010. Son comportement reste en général le même. Sur le plan des activités, il aime écouter de la musique et danser (il dispose d'un poste-CD dans sa chambre). De plus, comme souvent chez les autistes, Serge adore l'eau, et s'il trouve une porte de salle de bain ouverte, il s'empresse de prendre une douche, sans limite de temps, souvent jusqu'à l'inondation de la chambre et le déclenchement de l'alarme incendie. Sa présence nécessitant donc une surveillance constante, Serge est enfermé dans sa chambre et sort uniquement pour les repas, les activités, et sa promenade quotidienne dans la cour extérieure. Dans cet espace fermé, sa principale occupation reste de ramasser et manger les feuilles, brindilles, et autres choses non comestibles qu'il ramasse par terre. Malgé tout, cela semble lui apporter un certain plaisir (puisqu'il sourit).

Mais dans sa chambre, Serge commence à déchirer le papier peint et le manger, puis il gratte le plâtre et le mange, puis le placo... Pour remédier à cela, il est alors décidé de restaurer les murs de sa chambre avec un revêtement spécial en plastique. Dorénavant, il dispose uniquement d'un matelas, de son poste-cd, et d'un sceau en guise de toilettes, sa salle de bain devant toujours restée fermée à clé.

L'objectif est atteint, Serge ne peut plus détériorer les murs de sa chambre.

Ce trouble du comportement alimentaire porte un nom: le pica. Il est fréquemment observé chez les personnes atteintes d'un retard mental et/ou un trouble envahissant du développement comme l'autisme.

Le pica est caractérisé par l'ingestion durable de substances non nutritives (terre, craie, sable, papier, etc)

(La CIM 10 de l'OMS ne permet pas le diagnostic du pica si un autre trouble psychopathologique, hormis le retard mental, est détecté. Il y a donc à ce niveau une nette différence avec le DSM IV)

Problématique

Un jour, nous constatons que Serge avait mangé ses selles, ce qui n'avait jamais été observé auparavant. De plus, il présente un faciès crispé, fermé et triste.

En équipe, nous cherchons une solution à ce problème qui se répète plusieurs jours consécutifs. Nous supposons que ce comportement est dû à l'ennui, car même s'il peut écouter sa musique, Serge n'a plus la possibilité de gratter et ingérer quoi que ce soit en dehors des repas et des promenades dans la cour. Nous le laissons sortir le plus souvent possible mais dès qu'il reste quelques heures dans sa chambre, il recommence à ingérer ses selles.

Pourquoi cette pratique?

Il faut donc pallier à son manque d'occupation, c'est à dire: toucher / gratter / effriter / porter à sa bouche / manger.

Nous avons l'idée de recouvrir les murs de sa chambre de choses comestibles qu'il pourrait toucher et gratter avant de les ingérer, comme il faisait auparavant avec le papier peint et le plâtre.

Mise en oeuvre

Je demande à un pâtissier s'il existe une préparation facilement réalisable, ayant une apparence et une texture proche du plâtre, devant être gratté pour être mangé. Il me suggère alors de réaliser un glaçage royal sur une planche de bois (à défaut d'en recouvrir le mur).

Nous préparons donc un glaçage royal sur une planche de 50cm sur 50cm, que nous laissons sécher 24h. Le résultat obtenu ressemble effectivement à une plaque de plâtre, voir plus du crêpis. Nous ne pouvons pas l'accrocher au mur, alors nous plaçons le « mur de sucre » par terre dans sa chambre.

Evaluation

Quelques heures plus tard, nous constatons que Serge a déjà commencé à toucher et gratter le « mur de sucre ». Cela a dû l'occuper un certain temps au regard du nombre de traces de doigts dans le sucre.

Le lendemain, Serge a bien entamé le glaçage. Comme il l'a gratté et effrité avant de le manger, le sol est collant ainsi que les poignées de portes et interrupteurs.

Mais le plus important, c'est que ses selles sont intactes dans le sceau.

De plus, nous observons un changement radical dans son comportement. Il sourit, semble moins anxieux et son faciès est plus détendu.

Le sur-lendemain, Serge affiche toujours un sourire radieux. Le « mur de sucre » est quasiment gratté sur toute sa surface et il ne reste que quelques petits morceaux de glaçage sur la planche.

Après 3 jours, Serge a complètement terminé son « mur de sucre » mais il ne touche plus pour autant à ses selles les jours suivants.

L'objectif est donc atteint et nous pouvons conclure que cette expérience est plutôt positive pour Serge: elle a stoppé sa « coprophagie occupationnelle », elle a amélioré son humeur, et elle a également permis d'attirer l'attention de l'équipe soignante sur un résident qui apparaissait jusqu'à ce jour immuable, sans problème ni variation dans sa prise en charge.

Limites

Néanmoins, le « mur de sucre » doit rester une solution ponctuelle pour un problème ponctuel. En effet, le glaçage royal contient 1 kg de sucre glace ! Il ne faut donc pas réitérer cette expérience trop fréquemment car elle présenterait un risque pour le patient de développer un diabète à long terme, tout du moins elle augmente fortement la glycémie.

De plus, ce risque est majoré chez Serge par la prise de Zyprexa, dont l'un des effets secondaires est déjà l'hyperglycémie.

Le risque de constipation n'est pas non plus à négliger.

D'autre part, cette pratique met à contribution l'ensemble de l'équipe, et augmente particulièrement la charge de travail des ASH, sollicitées plusieurs fois par jour dans la chambre jonchée de sucre. Toute l'équipe a néanmoins été ravie que Serge aille mieux.

Bénéfices

Hormis les effets bénéfiques de cette pratique sur le comportement de Serge, les résidents eux-mêmes ont participé à la mise en oeuvre.

En effet, deux d'entre eux m'ont accompagné au supermarché pour acheter les différents ingrédients nécessaires à la préparation du « mur de sucre »(sucre glace, oeufs, citron). Nous avons ensuite, lors d'une activité pâtisserie, confectionné le « gâteau pour Serge ». Avant de le faire sécher, les résidents ont goûté au « mur de sucre » et m'ont demandé le lendemain si Serge avait aimé son gâteau. L'un d'eux a même fait la remarque que Serge « avait l'air content ».

Donc, même s'il n'y a pas eu réellement d'interaction entre Serge et les autres, le « mur de sucre » a permis d'attiser la curiosité de quelques résidents sur la personne de Serge, tout en valorisant ceux qui avaient participé à la confection de son « gâteau ».

Perspectives

La réussite de cette expérience a fait germer de nombreuses idées.

En effet, un projet de jardin au foyer devrait voir le jour cet été. Et suite au « mur de sucre », il est prévu de faire pousser notamment des herbes aromatiques et des fleurs comestibles directement à l'attention de Serge.

Il pourrait ainsi vaquer à son occupation favorite à l'extérieur comme à l'intérieur, car les résidents du foyer sont de bonne volonté, et seront sûrement ravis de réaliser une jardinière spécialement pour la chambre de Serge.

Bibliographie « Pour en savoir Plus »

Articles

YANOUGLOU F, PERNON E, DUBOIS A, PRY R, BAGHDADLI A. Analyse fonctionnelle des comportements de pica d'un enfant présentant un syndrome de pallister killian associé à un autisme. NEUROPSYCHIATRIE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE 2011 ; 59(8) : 484-8.

HAOURI R, GAUTIE L, PUISSET F. Le Pica : étude descriptive dans une population de patients hospitalisés en psychiatrie. ENCEPHALE 2003 ; 29(5) : 415-24.

HOUSSOU C, LEPRINCE J. Apparition et évolution du pica : trente années de suivi d'un patient. ANNALES MEDICO PSYCHOLOGIQUES 1998 ; 156(4) : 280-4.

LEONARD T, FOULON C, GUELFY Julien-Daniel. Troubles du comportement alimentaire chez l'adulte. EMC PSYCHIATRIE 2005 ; 122(37 105 D 10) : 1-21.

TROLLE H, BIZOUARD P. Le pica. ANNALES DE PSYCHIATRIE 1991 ; 6(3) : 165-70

VAN DER GAAG Rutger Jan / CONSTANT Jacques / NAUMOVIC V / LENOIR P / FIARD D / RECORDON S, [L'accompagnement des personnes autistes] SESAME 2009 ; (171) : 12-17

CONSTANT Jacques Défilé de modèles en pays autiste. Un témoignage... PRATIQUES EN SANTE MENTALE 2008 ; 54(3) : 60-5.

GUILE JM. Ces gestes qui parlent : notes cliniques sur les stéréotypies et jeux sensori-moteurs observés dans l'autisme. PERSPECTIVES PSY 2007 ; 46(3) : 240-7.

MICHELON Y. Les particularités sensorielles des personnes avec TED. SESAME 2005 ; (156) : 5-11.

KLOECKER A, JUTARD C, BULLINGER André, NICOULAUD L, TORDJMAN Sylvie, COHEN D. Intérêt de l'abord sensorimoteur dans les pathologies autistiques sévères. I : introduction aux travaux d'André Bullinger. NEUROPSYCHIATRIE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE 2009 ; 57(2) : 154-9.

BURSZTEJN C, RAYNAUD Jean-Philippe, MISES Roger. Autisme, psychose précoce, troubles envahissants du développement. ANNALES MEDICO PSYCHOLOGIQUES 2011 ; 169(4) : 256-9.

HOCHMANN Jacques, BIZOUARD Paul, BURSZTEJN Claude.
Troubles envahissants du développement : les pratiques de soins en France.
PSYCHIATRIE DE L'ENFANT 2011 ; 54(2) : 525-74.

HOCHMANN Jacques. Soins institutionnels aux enfants et aux adolescents souffrant de troubles graves et précoces du développement (autismes et psychoses de l'enfance). EMC PSYCHIATRIE 2009 ; 137(37 210 A 10) : 1-9.

AMY MD. Comment comprendre et soigner la personne autiste. PERSPECTIVES PSY 2008 ; 47(1) : 78-89.

SCHALLER JJ. L'accompagnement des personnes déficitaires : vers l'acquisition d'une compétence collective. VST : REVUE DU CHAMP SOCIAL ET DE LA SANTE MENTALE 2006 ; (92) : 102-5.

Ouvrages

BEYER ZILLIOX Hennÿ, CLERE Denise, DUCHAMP Alain, Oui, ce sont des hommes et des femmes : accompagnement et soins de l'adulte handicapé mental très dépendant. Paris : Harmattan ; 2002.

HOCHMANN Jacques / MISES Roger Préf., Histoire de l'autisme : de l'enfant sauvage aux troubles envahissants du développement Paris : Odile Jacob ; 2009

BARTHELEMY C LELORD G, L'autisme de l'enfant : la thérapie d'échange et de développement Paris : ESF ; 1995

WILLAYE Eric, MAGEROTTE Ghislain, VAN DER GAAG Rutger Jan Préf. *Evaluation et intervention auprès des comportements-défis : déficience intellectuelle et/ou autisme.* Bruxelles : De Boeck ; 2008

DU TOUCHER A LA MISE EN FORMES DU CORPS DANS L'ANOREXIE

Claire EXPOSITO

Résumé

Interroger le corps en relation et non le corps fonctionnel simplement... L'intervenante, à partir de l'observation d'un sujet présentant les symptômes de l'anorexie mentale, expose les fondements de la thérapie psychomotrice. Elle décrira les outils de sa pratique, du « toucher thérapeutique » au travail de la « terre »

La fonction de psychomotricienne

Exerçant en tant que psychomotricienne dans l'Unité de Psychologie médicale auprès de patients souffrants de troubles alimentaires, je vais tenter d'évoquer avec vous ma pratique autour de la médiation du toucher thérapeutique.

En préambule, je poserai que le psychomotricien ne donne pas la préséance au langage verbal mais utilise le corps comme outil de communication ; il utilise son propre corps comme médiateur de la relation à l'autre et s'adresse au corps dans sa dimension subjective.

Lorsque je rencontre le patient, je définis au cours d'entretien-bilan, des objectifs thérapeutiques spécifiques, ainsi que le choix du mode d'approche corporel le plus acceptable pour lui. Dans les troubles du comportement alimentaire, nos objectifs premiers seront la construction d'un lien et la recherche de sensations apaisantes pour restaurer une sensation de sécurité interne défaillante.

Le toucher thérapeutique : cadre

Le travail par le biais du toucher ne peut se faire que de manière très progressive et rarement en première intention.

Un cadre thérapeutique précis et sécurisant doit être nommé et mis en place. C'est ce cadre qui permettra de contenir l'action thérapeutique. Cadre à l'intérieur duquel le thérapeute s'engage pleinement. Car si le toucher permet de renforcer l'éveil de sensations corporelles, comme celles des limites du corps, et ainsi de lutter contre les **dysmorphobies** (la sensation d'être grosse), il mobilise aussi intensément notre propre réceptivité, nos propres sensations internes « il engage une réciprocité »

Le thérapeute se donne aussi à sentir et se doit d'être dans une écoute attentive de ce qui a été éprouvé, et y donner sens.

Concernant l'utilisation du toucher-massage, il est essentiel d'avoir notion des risques d'intrusion, d'érotisation débordante, de réveils de traumatismes inélaborables du fait d'une immaturité psychique du sujet, ce qui renforcerait la production du symptôme.

Ainsi pour pouvoir être touché, il faut avoir intégré **qu'on peut ne pas l'être** ! Et de la part du thérapeute avoir suffisamment travaillé sur ses propres pulsions **d'emprise** qui sont inévitablement mises en jeu dans ce type de relation à l'autre : que le corps de l'autre ne devienne pas objet soumis aux soins, manipulable.

Ainsi je commencerai par utiliser une balle pour masser, celle-ci étant objet médiateur mais aussi séparateur. Le sujet peut conserver la protection de ses vêtements.

Je peux aussi envelopper le patient dans une couverture, ceci ayant une fonction protectrice limitante et unificatrice du corps.

Le travail commencera en position assise pour le patient ce qui permet de conserver le contrôle pour aller progressivement vers le décubitus latéral, dorsal ou ventral.

Le patient est toujours l'initiateur du geste en choisissant le type de contact mais aussi la zone corporelle qui peut être touchée.

Il est ainsi possible d'aller très progressivement jusqu'au contact peau à peau, débutant par la zone des mains le plus souvent et c'est lors d'une demande concernant le dos qu'un travail en décubitus ventral sera proposé.

L'installation se fait alors au sol, sur un tatami recouvert d'un drap qui servira à envelopper le patient en fin de séance. Une musique choisie pour ses qualités émotionnelles soutient le massage dont la durée va en moyenne de 20 à 40 minutes.

Je prolonge ce temps par la redéfinition des limites de l'ensemble du corps avec mes mains puis par une induction verbale.

Un temps de mise en représentation, mise en mots des éprouvés est ensuite proposé. Devant la difficulté de symbolisation, le travail de modelage avec de l'argile peut aussi être proposé ou choisi par le patient.

Le cas de Rose

Rose est âgée de 19 ans. elle se présente avec Sa silhouette longiligne et un ImC à 14 (poids de 37,5 kg à l'admission pour 1m63) Rose apparaît comme un être frêle, sans consistance bien qu'elle même se ressente très grosse au niveau des hanches, des cuisses et du ventre.

L'anxiété apparaît surtout après les repas avec une sensation de son corps qui gonfle et d'une boule dans la gorge.

Lors du premier entretien, Rose est assise, recroquevillée sur sa chaise comme pour occuper le moins de place possible, le corps ainsi refermé sur lui même. Son visage reste pauvre en mimiques. Rose se balance légèrement en répondant docilement à mes questions, sans exprimer d'affects.

Elle semble peu présente dans ce corps et n'arrive pas à nommer ce qui s'y passe « c'est bizarre » dit elle souvent restant dans l'indifférenciation. Rose se fond dans le décor, elle dont le début de la vie a été marqué par un déni de grossesse de la part de sa mère jusqu'au 6ème mois.

Le travail de massage se met en place relativement rapidement sur la demande de Rose, avec l'utilisation d'une balle.

Puis Rose accepte un travail au niveau de la colonne vertébrale et se met en position fœtale, toujours recroquevillée sur elle même, conservant une position de sécurité indispensable. Rose me demande alors de citer les zones corporelles touchées ce qui me permet d'exercer une Fonction de nomination et peut-être aussi de différenciation.

Un travail sur la silhouette du corps avec une balle à picots permet de passer à la position en décubitus dorsal. Rose commence alors à prendre sa place au sol et me peut dire que « ça (lui) fait du bien » même si les sensations corporelles restent encore indifférenciées. Elle conserve le contrôle visuel et ses jambes et ses bras restent croisés permettant aussi de conserver une tonicité rassurante.

Progressivement, au cours des séances suivantes, Rose se dépliera allant jusqu'à retirer le foulard qui protégeait son ventre lors du massage. Elle se perçoit grosse alors que moi je ne sens que des os et ai peur de la « casser ou de l'écraser ».

C'est en respectant son rythme et ses défenses que Rose en viendra à me demander un massage au niveau du dos, peau à peau.

Toujours les yeux ouverts, elle garde les bras repliés le long de la poitrine et les pieds croisés. Pendant le massage, il m'est difficile de penser à quelque chose d'autre que cette sensation d'os et de dureté mais aussi de fragilité. La dureté s'inscrit dans mon corps dans des sensations douloureuses au niveau lombaires. Il me semble parfois osciller, être prise une sorte d'insensibilité, de gel des affects (la sensation de dur recouvrant tout), comme dans un vide sans pensées...

« «Les émotions utilisent les muscles pour s'exprimer » nous dit Suzanne Robert-Ouvray ; la fonte musculaire aboutit ainsi à une coupure des sensations corporelles, à une coupure émotionnelle. L'hypertonie ou l'hyperactivité aussi, formant une sorte de carapace.

La patiente anorexique n'est pas en mesure de supporter les émotions ; elle s'en sauvegarde par le trouble alimentaire. Et nous le fait partager. Dans une certaine expérience du vide et d'un grand sentiment d'impuissance qu'il nous faut accepter.

Pourtant Rose investit le massage peau à peau qu'elle trouve agréable et elle devient de plus en plus souriante lorsqu'elle vient à ses séances à la fréquence de deux ou trois par semaine. Séances qui vont passer de une à deux heures.

Ses épaules restent surélevées et ne se relâchent pas comme s'il lui était nécessaire de s'accrocher à la tonicité du haut de son corps, s'agrippant à elle-même et conservant aussi les yeux ouverts, bien qu'il me semble qu'elle lutte de plus en plus contre elle-même.

Les sensations douloureuses sont toujours présentes, pour moi, au niveau lombaire ou le long de la colonne vertébrale, douleurs qui doivent être transformées par la variation de mes appuis pour relâcher mes tensions musculaires et retransmettre un geste plus fluide et apaisant, par des mouvements lents, rythmés et circulaires...

Et progressivement Rose fermera les yeux lors de l'enveloppement dans le drap puis pendant le massage.

Rose les réouvre régulièrement comme si elle avait peur de l'abandon tonique puis peu à peu, elle pourra rester seule avec elle même après le massage, dans l'enveloppement, en ma présence. Rose me dira alors qu'il n'aurait pas été impossible qu'elle s'endorme. L'expérience de solitude en présence de l'autre, selon Winnicott, est une des étapes nécessaire dans le processus d'intériorisation de l'objet et de la sensation de sécurité interne. Expérience qui n'a pu être intégrée chez les sujets souffrant de troubles alimentaires.

Des sensations plus différenciées vont émerger chez Rose autour de la bipolarité dur-mou.

Le « mou » synonyme de relâchement musculaire devrait être lié à l'apaisement et l'intériorisation du bon. Mais pour Rose il est encore synonyme de perte de contrôle, d'absence de limites, de déhiscence C'est « le gras » qui l'envahit, déforme son corps.

Le « dur » et l'hypertonie musculaire, sont eux rassurants : Rose apprécie lorsque j'appuie sur son dos car elle retrouve la sensation osseuse qui est un repère sécurisant lui donnant la sensation de « se tenir » et certainement d'exister ; permettant ainsi de lutter contre les angoisses archaïques envahissantes.

Rose va peu à peu pouvoir « s'abandonner » au relâchement tonique par la sécurité de mes mains qui la contiennent, au travers du lien qui se construit dans lequel je lui assure une présence régulière tout en acceptant de suivre son rythme, de ne pas être intrusive.

Les sensations de difformité du corps, d'être grosse, s'amenuisent alors .

Lorsque je la questionne lors de ses prises de poids certes lentes mais régulières, Rose me répond « ça va, je gère » et qu'elle pense de moins en moins au volume de son corps. Elle pourra progressivement réassocier le relâchement tonique à la sensation d'apaisement et de bon. (voir Robert Ouvray) . Son corps se modifie doucement, se remplissant peu à peu, reprenant forme.

Au cours de la même séance et à la suite du travail par le toucher, se met en place celui de la terre sur la propre initiative de Rose, comme pour pallier à la pauvreté des échanges langagiers et ouvrir un espace potentiel au sens Winnicottien, espace de séparation qui s'ouvre à la création spontanée. Il n'y a pas de consignes précises, pas de but défini à atteindre.

En partant de l'expérience sensorielle partagée du toucher-massage, placées en face à face, assises au sol, chacune avec son bloc d'argile, nous laissons aller nos mains dans la terre, dans une ré-appropriation de leur fonction exploratrice mais aussi, de la fonction de préhension d'ailleurs si indispensable dans l'activité orale. Cela permet aussi d'appréhender la tridimensionnalité.

Le modelage selon Gisela Pankow , permet l'émergence d'images mentales et d'une possibilité de mise en formes de ce qui ne peut être représentable et qui est lié à l'image inconsciente du corps.

Il y a là encore partage du silence, du vide qui nous emplit chacune et qui pourra se mettre en mouvement ; ce sont aussi des échanges discrets de regards, le partage de l'expérience du relâchement du contrôle, avec une résonance, un dialogue qui se forme à partir du geste créateur .

Je vous laisserai découvrir ce travail au travers d'un diaporama à la fin, allant de la représentation du tube hypertonique à celle de la séparation et du portage.

Puis lors de mes absences, Rose reconnaîtra que je lui manque; étape fondamentale pour le sujet anorexique qui vit dans la terreur du lien (Colette Combe) Le trouble anorexique « soulage en donnant la maîtrise du corps » mais il « rompt le lien à soi-même et à l'autre. »

Aux sourires succèdent des échanges spontanés langagiers...à un imaginaire où la représentation du tiers commence à se former, même si pour l'instant il s'agit encore d'une figure paternelle orgiaque, qui risque de « l'engrosser » selon ses termes.

Rose observera elle même qu'il aura fallu 9 mois « comme une grossesse » pour reprendre le poids convenu , à son rythme. Elle a hâte maintenant de « sortir » pour retrouver la vie qui est à l'extérieur et continuer son chemin .

Lien sur le Diaporama

Il n'y a pas de corps sans autre, il n'y a pas d'autre sans corps

Bibliographie « Pour en savoir Plus »

Articles

EXPOSITO Claire. Le toucher thérapeutique : rencontre avec le sujet anorexique, son corps, sa souffrance Thérapie psychomotrice et recherches 2011 ; (167) : 48-59

GAUCHER-HAMOUDI Odile. Relaxation par le massage de patientes anorexiques Thérapie psychomotrice et recherches 2008 ; (156) : 102-109.

LAURAS Agnès. Du massage au message: abord corporel de l'anorexie mentale Thérapie Psychomotrice et recherches 1987 ; (74) : 19-32

THIVEAUD Mado. Le toucher, un parcours théorique Thérapie Psychomotrice et recherches 2000 ; (121) : 4-10.

Ouvrages

CARROT Guy, FAURY Thierry, GAUCHER HAMOUDI Odile, LANG François Préf. Anorexie, boulimie et psychomotricité. Paris : Heures de France ; 2011

CICCONE Albert, LHOPITAL M. Naissance à la vie psychique : modalités du lien précoce à l'objet au regard de la psychanalyse Paris : Dunod ; 2001

CLERGET Joël. La main de l'autre. Le geste, le contact et la peau. Approche psychanalytique Ramonville Saint-Agne : Eres ; 2006

COMBE Colette. Soigner l'Anorexie Paris : Dunod ; 2002

CORCOS Maurice. Le corps absent Paris : Dunod ; 2000

DODIN Vincent , TESTART Marie Lyse, ANDRE Christophe Préf. Comprendre l'anorexie Paris : Seuil ; 2004

HOUZEL Didier. Le concept d'enveloppe psychique Paris : In Press ; 2010

PANKOW Gisela L'être-là du schizophrène : contributions à la méthode de structuration dynamique dans les psychoses Paris : Aubier ; 1981

POUS Georges, PASCHE Francis Préf. Thérapie corporelle des psychoses : des enveloppements aux massages Paris : Harmattan ; 1995

ROBERT-OUVRAY Suzanne. Enfant abusé, enfant médusé Paris : Desclée de Brouwer ; 2008

WINNICOTT Donald Woods, KALMANOVITCH Jeannine Trad., SAUGUET Henri Préf. De la pédiatrie à la psychanalyse Paris : Payot ; 1969

WINNICOTT Donald Woods, MONOD Claude Trad., PONTALIS Jean Bertrand Trad. Jeu et réalité : l'espace potentiel Paris : Gallimard ; 1975