

www.santementale.fr

santé mentale

Le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie

N° 293 | DÉCEMBRE 2024

Dossier

Occupationnel et/ou thérapeutique ?



INFIPP

formation en
santé mentale



À VENIR DANS VOTRE CENTRE DE
FORMATION ET/OU SUR-MESURE
DANS VOTRE STRUCTURE !

20-21
MARS
2025

LE SYNDROME DE DIOGÈNE

MOBILE
LEARNING

**LES MOTS DE LA PSYCHIATRIE
SAISON 1**

12-16 17-21
MAI ou **NOV**
2025 2025

PSYCHIATRIE, CROYANCE ET SORCELLERIE

23-26 02-03
JUIN + **OCT**
2025 2025

**DÉTENTE PSYCHOMUSICALE, MASSAGE SONORE
ET MUSIQUE INTUITIVE**

17-19
SEPT
2025

**PRÉVENTION ET GESTION DE L'ISOLEMENT ET DE LA CONTENTION
EN PSYCHIATRIE : ALTERNATIVES ET BONNES PRATIQUES**

1 jour
AU CHOIX

**LES FORMATIONS DE L'ATELIER : UN OUTIL PARMIS
MUSIQUE, RELAXATION, LUDOPÉDAGOGIE, ARGILE...**

**Retrouvez
notre site web !**



Téléphone
04 72 69 91 70



Mail
infipp@infipp.com



Siège social
**Immeuble Le Karré
2 rue Maurice Moissonnier
CS 10333
69517 VAULX EN VELIN**

Occupationnel et/ou thérapeutique ?

- 21 **Dossier**
- 22 **« C'est de l'occupationnel... »**
Dominique Friard
- 30 **L'occupation au cœur de l'ergothérapie**
Gaëlle Riou
- 36 **L'occupationnel, enjeu contemporain du soin**
Didier Bourgeois
- 41 **« C'est la recette pour sortir au plus tôt... »**
Stéphane Cognon
- 42 **« Il y a du monde dont il faut s'occuper... »**
Ahmed Benaïche
- 48 **La P'tite Cafète, portes grandes ouvertes**
Éric Lotterrie
- 54 **L'occupationnel au service du rétablissement**
Natasa Arvova, Michel Miazza
- 60 **Les activités, formidable outil thérapeutique**
Michel Combret
- 66 **Pour en savoir plus**
- 2 **Actualités**
 - Urgences psy : agir en amont et en aval
 - #MeToo, 50 % des infirmières victimes
 - Anxiété : la thérapie horticole efficace !
- 5 **Initiatives**
 - Sexotopie, un programme de psychoéducation à la santé sexuelle
 - « Vous avez le droit ! »
- 6 **Ma santé psy au travail**
Citoyenneté organisationnelle : repères
- 8 **Agenda**
- 10 **Le droit en pratique**
Actualité jurisprudentielle des soins psychiatriques sans consentement
- 12 **Lu quelque part**
- 13 **En librairie**
- 14 **Art de soigner**
Rencontrer le patient sourd en psychiatrie
- 19 **Les petits bonheurs du soin**
« Rejoindre mon père... »
- 20 **Classique du soin**
Activités thérapeutiques à médiation

TROUBLES DU NEURO DÉVELOPPEMENT : DÉPISTAGE PRÉCOCE PAR EYE-TRACKING

Lauréat du Prix Marcel Dassault 2024 de l'innovation pour les maladies mentales, décerné par l'entreprise avec la fondation FondaMental, le projet PreTRACK-TND a pour ambition de faciliter le dépistage précoce des troubles du neurodéveloppement (TND) chez l'enfant grâce à l'analyse des mouvements oculaires, ou oculométrie (eye-tracking). Ce Prix va permettre à la société SuriCog, qui développe ce dispositif, de mener une première étude pilote en 2025 à Sélestat, dans le Grand Est, auprès de 170 élèves de CP issus de 4 écoles primaires.

■ D'après le communiqué de FondaMental, www.fondation-fondamental.org.

+ 400 HEURES POUR LA FORMATION INFIRMIÈRE

Alors que les travaux pour la refonte de la formation initiale infirmière sont loin d'être achevés, un décret fixe à 4 600 heures la durée des enseignements théoriques et cliniques préparatoires au diplôme d'État d'infirmier (IDE), contre 4 200 actuellement. Ce texte, qui doit entrer en vigueur dès la rentrée de septembre 2026, a été rédigé pour que la France soit en conformité avec le cadre de la reconnaissance des qualifications professionnelles à l'échelle européenne. Le décret doit être complété par un arrêté du ministre chargé de Santé, qui fixera les conditions d'accès à ces études, leur déroulement, leur contenu et les modalités de délivrance du diplôme.

■ Décret n° 2024-1134 du 4 décembre 2024 portant diverses modifications relatives à la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier, www.legifrance.gouv.fr.

IPA : UNE FORMATION ATTRACTIVE, MAIS MENTION PSM EN BAISSÉ...

L'Union nationale des infirmiers en pratique avancée (Unipa) recense le nombre d'étudiants en formation (IEPA) en décembre 2024 et leur répartition par mention. Si la pratique avancée reste une formation attractive, l'Unipa pointe néanmoins la baisse de 6 % d'étudiants pour la mention psychiatrie santé mentale (PSM) en M2, qui reste cependant leur 2^e choix, après la mention pathologies chroniques stabilisées, prévention et polyopathologies courantes (PCS).

■ D'après le communiqué de l'Unipa, [En savoir plus : https://unipa.fr](https://unipa.fr).

LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES LGBT+

Les personnes LGBT+ subissent plus souvent des discriminations, des violences physiques et psychologiques, ce qui impacte leur santé mentale. Dans un dossier très complet, Psycom dresse un état des lieux et regroupe des ressources validées, dédiées aux personnes concernées, leurs proches et les professionnels.

■ [En savoir plus : www.psycom.org](http://www.psycom.org).

Urgences psy : agir en amont et en aval

POLITIQUE. Un rapport parlementaire sur les urgences psy dresse un état des lieux alarmant et formule des préconisations à travers cinq axes.



© Stocklib/ricochet69

Les difficultés de la prise en charge des urgences psychiatriques illustrent « les défaillances et les dysfonctionnements systémiques de l'organisation des soins psychiatriques en France ». Dans leur rapport de mission d'information sur les urgences psychiatriques, présenté le 11 décembre, les deux députés, Nicole Dubré-Chirat (Ensemble pour la République) et Sandrine Rousseau (Écologiste

et social), dressent un état des lieux alarmant et appellent à « une mobilisation rapide et transpartisane ». Pour effectuer ces travaux, la mission a rencontré « plusieurs centaines de professionnels de santé, de patients, d'aidants, ou encore de responsables institutionnels, associatifs ou syndicaux » au cours des trente-six auditions et dix déplacements organisés. Les rapporteuses formulent des préconisations à travers cinq axes, pour « agir sur l'offre de soins et sa structuration pendant, mais aussi en amont et en aval de l'urgence. »

- **Renforcer l'offre de soins de premier niveau pour garantir une prise en charge précoce, graduée et homogène sur le territoire.** Cette dimension préventive suppose de mieux outiller les généralistes, de renforcer les moyens humains et financiers des centres médico-psychologiques ou encore de généraliser les équipes mobiles.
- **Structurer un parcours de prise en charge d'urgence clair et accessible.** Il s'agit de limiter les passages non pertinents aux urgences en augmentant l'offre de consultations non programmées et de formaliser un parcours de prise en charge des urgences psychiatriques commun à tous les territoires, clair et gradué impliquant la généralisation de la compétence psychiatrique à l'ensemble des services d'accès aux soins (SAS).
- **Mobiliser davantage le secteur privé,** via des adaptations réglementaires de la permanence des soins des établissements de santé (PDES) et au nouveau régime des autorisations en psychiatrie. Il est proposé par ailleurs de garantir un quota de lits de service public en psychiatrie dans les établissements privés.
- **Soutenir la pédopsychiatrie et la santé mentale des jeunes,** particulièrement impactée par la crise sanitaire.
- **Améliorer la formation et l'attractivité des métiers de la psychiatrie.** L'offre de formation doit être rapidement et massivement renforcée. Cela suppose une augmentation des effectifs de psychiatres et d'infirmiers en formation initiale et continue, le développement de passerelles ou encore la hausse du nombre d'infirmiers en pratique avancée. Enfin, un audit sur les conditions de travail en psychiatrie est préconisé et, dans le même temps, une revalorisation des rémunérations.

■ Rapport d'information sur la prise en charge des urgences psychiatriques, N. Dubré-Chirat, S. Rousseau, Commission des affaires sociales, décembre 2024, www.assemblee-nationale.fr.

Usagers réguliers de cannabis : des profils très divers

Le cannabis reste le produit stupéfiant le plus consommé en France, qui compte quelque 5 millions d'usagers dans l'année, dont 1,4 million de consommateurs réguliers. Pour cerner leurs profils, l'Observatoire français des drogues et des conduites addictives (OFDT) a mené en 2022 l'étude qualitative « Nouveaux visages des usagers réguliers de cannabis » (Novurc), auprès d'adultes de plus de 30 ans. Ce travail met en lumière la grande diversité des profils : les usagers réguliers appartiennent à des milieux sociaux très divers, leurs situations diffèrent fortement en termes de parcours et de styles de vie, de pratiques et de modes de consommation, mais aussi d'état de santé, notamment de santé mentale. Trois parcours-types se dessinent : le premier est marqué par

des usages modérés de cannabis et d'autres produits tout au long de la vie ; le deuxième par des consommations élevées de cannabis, souvent accompagnées d'une consommation régulière d'alcool ; le troisième se caractérise par l'usage régulier de différentes substances où le cannabis joue, à un moment donné, un rôle dans la mise à distance d'autres produits. Les chercheurs pointent également que le regard rétrospectif sur les carrières de ces usagers réguliers montre une tendance à la stabilisation raisonnée (ou à la diminution calculée) de toutes les consommations, ainsi que l'adoption, avec l'âge, de mesures de réductions des risques pour limiter les effets nocifs.

■ [Le cannabis au quotidien : pratiques, profils et parcours, Tendances, Hors-série, novembre 2024, www.ofdt.fr](http://www.ofdt.fr).

#MeToo, 50 % des infirmières victimes

VIOLENCES. Une étude de l'Ordre infirmier révèle l'ampleur des violences sexistes et sexuelles à l'encontre des infirmières. L'ONI s'engage et avance plusieurs propositions.

La moitié des infirmières déclarent avoir été victimes de violences sexistes et sexuelles (VSS) dans le cadre de leur exercice, l'auteur pouvant être un patient, un soignant, un visiteur ou un supérieur, selon une consultation en ligne de l'Ordre national des infirmiers (ONI), à laquelle plus de 21 000 infirmières et infirmiers ont répondu, dont 19 092 femmes, une proportion proche de celle qui est la leur au sein du corps infirmier.

Ces violences interviennent dans tous les milieux d'exercice, même si hôpital ou les établissements de santé sont cités par 75 % des répondants. Les jeunes sont très impactés : un quart des infirmiers déclare avoir été victime de VSS dès sa formation initiale, 30 % chez les infirmiers diplômés depuis moins de 5 ans et 43 % pour les diplômés depuis moins de deux ans. Trois facteurs sont dénoncés : la culture carabine (71 %) ; des rapports hiérarchiques et fonctionnels déséquilibrés (59 %) ; une culture du silence qui reste prégnante au sein des établissements de santé (53 %). Au-delà des chiffres, l'ONI formule des préconisations :

- **Prévenir les violences sexistes et sexuelles**

- Former l'ensemble des professionnels de santé et personnels administratifs aux VSS dès la formation initiale, et intégrer ce sujet dans les priorités de formation continue.
- Inclure un critère sur la politique de lutte contre les VSS dans les grilles de certification et d'évaluation externe des établissements sanitaires et médico-sociaux.
- Conclure les conventions police-justice-Ordre dans tous les territoires, pour permettre la mise en œuvre de systèmes d'alerte et la meilleure prise en compte de toute plainte ou signalement émanant d'un professionnel de santé.

- **Accompagner les victimes de violences sexistes et sexuelles**

- Développer les systèmes de soutien et d'accompagnement.
- Mettre en place des systèmes de déclaration et d'accompagnement au plus près des professionnels, au sein des établissements mais également pour les libéraux.
- Permettre le retrait des professionnels libéraux du domicile en cas de menaces.

- **Sanctionner les auteurs de violences sexistes et sexuelles**

- Mettre en place un véritable dispositif santé-police-justice ayant pour priorité les violences contre les soignants.
- Mettre en place des sanctions administratives pour éloigner les harceleurs.

L'Ordre entend par ailleurs mener en 2025 une campagne d'informations sur son rôle auprès des victimes, en particulier en termes de soutien juridique, et propose cinq fiches pédagogiques pour lutter contre ces violences.

■ Consultation de l'ONI, #MeToo dans le secteur de la santé : une prévalence inquiétante des violences sexistes et sexuelles contre les infirmières et les infirmiers, déc. 2024, www.ordre-infirmiers.fr



© Stocklib/dolgachov.

COVID-19 : TROIS MARQUEURS PRÉDICTIONNELS DE TROUBLE PSY

Selon une étude de cohorte prospective réalisée à l'Assistance publique hôpitaux de Paris (AP-HP), trois facteurs favoriseraient la survenue de troubles psychiatriques après un covid sévère : une durée d'hospitalisation supérieure à sept jours, un épisode de confusion et un taux élevé de monocytes sanguins. Sur les 34 489 patients suivis, 10,8 % ont développé un nouveau trouble psychiatrique après l'infection par covid-19. Des résultats qui ouvrent à des stratégies de détection précoce et de prévention.

■ Acute covid-19 severity markers predict post-covid new-onset psychiatric disorders : A 2-year cohort study of 34,489 patients. *Mol Psychiatry*, 2024.

DIFFICULTÉS DE SANTÉ MENTALE POUR 8 % DES 3-6 ANS

Un peu plus de 8 % des enfants de 3 à 6 ans, scolarisés en maternelle, ont au moins une difficulté de santé mentale probable, de type émotionnel, oppositionnel ou inattention/hyperactivité, impactant leur vie quotidienne.

Les garçons présentent plus de difficultés avec retentissement sur leur vie que les filles (11,3 % versus 5,2 % respectivement).

Ces chiffres, parmi d'autres, proviennent de l'« Étude nationale sur le bien-être des enfants » (Enabee), mise en place par Santé publique France pour documenter les évolutions des indicateurs de bien-être et de santé mentale des enfants, encore peu explorées.

■ Premiers résultats de l'étude nationale Enabee sur le bien-être et la santé mentale des enfants de 3 à 6 ans scolarisés en maternelle en France hexagonale, S. Monnier-Besnard et al., 2024, *Études et enquêtes*, 2024, www.santepubliquefrance.fr.

ACCÈS AUX ÉTUDES DE SANTÉ : UNE VOIE UNIQUE ?

Selon une note de la Cour des comptes sur l'accès aux études de santé, si les critères de détermination des effectifs à former ont évolué, permettant une augmentation du nombre d'admis, cette hausse reste insuffisante pour répondre pleinement aux besoins. La solution la plus réaliste serait de créer une voie unique, en concertation avec les acteurs, axée sur une première année principalement dédiée à la santé.

■ L'accès aux études de santé. Quatre ans après la réforme, une simplification indispensable, *Rapport de la Cour des comptes*, déc. 2024, www.ccomptes.fr.

ARRÊTS MALADIE :

10,2 MILLIARDS D'EUROS EN 2023
Les arrêts de plus de six mois, plus fréquents chez les salariés âgés, représentent seulement 7 % des arrêts maladie indemnisés mais près de la moitié des dépenses.

■ Arrêts maladie : au-delà des effets de la crise sanitaire, une accélération depuis 2019, *Études et résultats*, n° 1321, déc. 2024, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>.

Pensées suicidaires, tentatives de suicide et travail

Cette étude présente pour la première fois l'évolution sur plus d'une décennie des prévalences des pensées suicidaires et des tentatives de suicide chez les personnes de 18 à 75 ans en activité professionnelle. Elle confirme la forte dégradation de la santé mentale des adultes les plus jeunes depuis la pandémie de Covid-19.

Les auteurs pointent quelques résultats clés : chez les hommes, les employés présentaient la prévalence la plus élevée de pensées suicidaires en 2020 et 2021. Chez les femmes, la prévalence ne différait pas selon la catégorie socioprofessionnelle. Le secteur de l'hébergement et de la restauration était le plus concerné par les pensées suicidaires en 2010, 2017 et 2021. Une augmentation significative des pensées suicidaires a été observée

chez les jeunes de 18-24 ans entre 2020 (3,4 %) et 2021 (7,1 %). Les 18-24 ans, et dans une moindre mesure les 25-34 ans, les adultes ne vivant pas en couple, sans enfant ou ne se déclarant pas à l'aise financièrement avaient un risque plus élevé de pensées suicidaires.

Les raisons données pour les pensées suicidaires étaient avant tout professionnelles et familiales, dans des proportions similaires autour de 40 %. Pour les tentatives de suicide, les raisons étaient professionnelles dans 9 % à 14 % des cas.

■ Pensées suicidaires et tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois chez les personnes en activité en France métropolitaine entre 2010 et 2021 : résultats du Baromètre santé, C. Chan-Chee, C. Ha, BEH, 2024, n° 25, p. 560-571, www.santepubliquefrance.fr.

7 % des personnes limitées par un trouble psychique, intellectuel ou cognitif

Selon une étude de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), en 2019, on comptabilise 4,5 millions de personnes présentant des troubles psychiques, intellectuels ou cognitifs conduisant à des limitations dans les activités de la vie quotidienne (faire ses courses, gérer son quotidien, son budget, organiser sa journée...), soit près de 7 % de la population. Ce calcul a été réalisé à partir de la consommation de soins (données du Système national des données de santé). Les chercheuses commentent : « *Selon la nature du trouble, la population est assez différente. Celle avec un trouble exclusivement cognitif est peu nombreuse, moins de 300 000 personnes, davantage masculine, avec une base jeune. Celle ayant un trouble exclusivement psychique est plus nombreuse, près de 3 millions de personnes, qui ont un âge moyen de 50 ans. La dernière population, estimée à 1,3 million d'individus, est composée de personnes ayant des troubles psychiques et intellectuels ou cognitifs. Elle est plus âgée et principalement féminine, particulièrement aux grands âges.* » Au niveau géographique, même si la majorité des départements ont des taux similaires, le centre de la France et la Corse enregistrent les plus forts taux, tandis qu'ils sont plus faibles dans l'ouest de l'Île-de-France, le Doubs et la Haute-Savoie. Cette cartographie inédite peut être un appui utile au service des politiques de santé et d'autonomie dédiées.

■ Près de 7 % de la population a des limitations dans la vie quotidienne à la suite d'un trouble psychique, intellectuel ou cognitif. M. Espagnacq, C. Regaert, *Questions d'économie de la santé*, n° 294, novembre 2024, www.irdes.fr

Alcool, les comportements évoluent...

Alors que la consommation d'alcool continue de diminuer en 2023, le nombre d'hospitalisations liées à ce produit augmente, concernant en grande majorité des hommes (73 %). L'usage est moins souvent quotidien et plus fréquemment marqué par des alcoolisations intensives ponctuelles, tandis que les préférences de boisson se tournent vers les bières et moins souvent vers le vin. Ces enseignements proviennent d'un rapport de l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT), qui propose un état des lieux de l'offre de boissons alcoolisées, de la consommation et des conséquences sanitaires et sociales en France.

■ La consommation d'alcool et ses conséquences en France en 2023, OFDT, M.-A. Douchet, novembre 2024, www.ofdt.fr

Anxiété : la thérapie horticole efficace !

RECHERCHE. Une étude menée au pôle psychiatrie du CHU de Saint-Etienne par des infirmières montre l'efficacité de séances d'hortithérapie sur l'anxiété des patients.



© Pixabay.

Une étude menée par une équipe d'infirmières du pôle de psychiatrie du CHU de Saint-Étienne démontre l'efficacité de la thérapie horticole sur la réduction de l'anxiété des patients. Publié dans la revue *Nature scientist report* (1), ce travail a reçu un financement du Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) à hauteur de 269 693 €. Selon l'Association américaine d'hortithérapie (2), la thérapie horticole se définit comme « *l'engagement d'une personne dans des activités de jardinage, facilitée par un thérapeute qualifié, pour atteindre des objectifs thérapeutiques spécifiques* ». L'expérimentation a été conduite au Jardin des mélisses construit sur le site de l'hôpital à des fins psychothérapeutiques. Il s'agit d'un essai clinique randomisé, réalisé avec 211 participants répartis en deux groupes, l'un recevant des soins standards et l'autre bénéficiant de l'ajout de deux séances d'une heure trente hebdomadaires de thérapie horticole pendant quatre semaines. Chaque séance était structurée selon le même schéma : accueil, rappel de ce qui avait été réalisé et observé la fois précédente, échauffement (réalisation de quelques mouvements liés aux gestes du jardinage), médiation à thème (désherbage, plantation, paillage, bouturage, arrosage...), nettoyage et rangement des outils, court bilan (tâches réalisées, ressenti des patients, programmation de la séance suivante). Deux infirmières expérimentées encadraient de petits groupes de 6 patients. Les résultats ont donc mis en évidence une réduction significative de l'anxiété dans le groupe ayant bénéficié de cette intervention, mesurée à l'aide de l'échelle *Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety* (HADS-A). Cette approche complémentaire pourrait s'avérer une solution efficace et peu coûteuse pour améliorer le bien-être des patients hospitalisés, quel que soit leur trouble. En réduisant l'anxiété, la thérapie horticole pourrait également diminuer la consommation d'anxiolytiques et raccourcir la durée d'hospitalisation. Du côté des perspectives, les soignantes du Jardin des mélisses ont contribué à élaborer le programme du Diplôme universitaire (DU) « Santé et Jardins » de l'université de Saint-Etienne dans lequel elles enseignent.

1- Impact of horticultural therapy on patients admitted to psychiatric wards, a randomised, controlled and open trial, *Nature scientist report*, (2024) 14:14378, <https://rdcu.be/d1dC6>. 2- Voir le site www.ahta.org/ahta-definitions-and-positions.

■ Un résumé d'E. Vérot et C. Massoubre. Contact : Elise Vérot, Responsable du Département des sciences infirmières et techniques en Santé (DSITS)/ recherche paramédicale CHU Saint-Etienne, elise.verot@univ-st-etienne.fr

Épilepsie : dépister les comorbidités psychiatriques

Une étude publiée dans le *Jama Neurology* révèle que le risque de survenue de nombreux troubles psychiatriques étudiés (une vingtaine) était significativement plus élevé chez les patients épileptiques que chez ceux sans épilepsie. La comorbidité psychiatrique était ainsi augmentée d'un facteur 2 pour l'anxiété, 2,45 pour la dépression, 3,12 pour les troubles bipolaires, 3,98 pour les troubles psychotiques, 4,94 pour la dépendance à l'alcool, à plus de 10 pour les troubles du spectre autistique (TSA) et à 3,93 pour le Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Compte tenu de l'impact significatif et du fardeau élevé de ces comorbidités, le dépistage doit être systématisé.

■ Psychiatric Comorbidities in Persons With Epilepsy Compared With Persons Without Epilepsy: A Systematic Review and Meta-Analysis, Churl-Su Kwon et al. *Jama Neurol.* November 25, 2024.

Chemsex : un guide pour accueillir, prévenir et orienter

Le chemsex, qui désigne de nouvelles pratiques sexuelles ritualisées, associées à la prise de produits psychoactifs nouveaux (psychostimulants, cathinones, méthamphétamines, GHB/GBL), a contraint les acteurs de premier recours à modifier leurs stratégies d'intervention et à approfondir leurs connaissances sur les produits consommés et les contextes sexuels de consommation. La Fédération Addiction et Aides publient un guide, construit notamment sur les besoins exprimés par les chemsexuels et des réponses initiées par des sites pilotes. Il permet aux professionnels des structures de santé communautaires et d'addictologie de mettre en place une offre pluridisciplinaire dédiée.

■ *Aller vers les chemsexuels. Guide d'implantation d'une offre pluridisciplinaire*, 2024, à télécharger sur le site www.federationaddiction.fr

Sexotopie, un programme de psychoéducation à la santé sexuelle

En psychiatrie, la santé sexuelle reste souvent taboue. Au Vinatier, Sexotopie permet d'informer, de rassurer et de réduire les conduites à risques...

« Je voulais proposer un espace où la sexualité ne serait pas taboue, où la parole pourrait circuler avec respect et bienveillance ».

À l'origine du programme psychoéducatif Sexotopie, élaboré avec des collègues soignants, Barbara Durand, infirmière au Centre de réhabilitation Pinel (Le Vinatier Psychiatrie universitaire Lyon métropole), évoque plusieurs constats :

« En psychiatrie, il est le plus souvent impossible à un résident, un usager, d'évoquer sa sexualité, ce qui entraîne une détresse affective, un sentiment de honte, des conduites à risque, des questions sans réponse. Or l'apparition d'un trouble psychique complique la relation à l'autre : repli, perte d'estime de soi, problèmes cognitifs... Ces difficultés s'exportent dans l'expression de la sexualité, la capacité d'écoute et de compréhension de la sexualité de l'autre. Le trouble psychique peut aussi induire des troubles du comportement, qui conduisent à des mises en danger, des prises de risque d'ordre sexuel. Par ailleurs, les traitements médicamenteux provoquent des troubles sexuels, qui peuvent entraîner une mauvaise observance thérapeutique voire l'arrêt du traitement. Toutes ses conséquences impactent la qualité de vie et fragilisent le rétablissement. »

Depuis 2021, le programme psychoéducatif Sexotopie est donc proposé afin d'améliorer la qualité de vie de l'usager en favorisant une meilleure compréhension de sa vie affective, intime et sexuelle. Il s'agit d'un atelier multi-diagnostiques (trouble schizophrénique, de l'humeur, du spectre autistique...), animé par un binôme de soignants, pour des personnes accompagnées en ambulatoire et en cours de rétablissement (non sectorisé). Le programme se déroule en session de 8

séances hebdomadaires d'une durée de 3 heures (coupées d'une pause de 10 minutes). Il s'adresse à des groupes mixtes et fermés de 10 participants. Santé sexuelle, épanouissement, plaisir, rencontre, consentement, troubles sexuels, troubles psychiques et traitements, maladies sexuellement transmissibles, contraception, conduites à risque : sous la forme de discussions-débats, chaque séance aborde un ou plusieurs thèmes, avec des outils pédagogiques variés (jeu de rôle, utilisation de l'image et de la vidéo, dessins, travail en sous-groupes...). Elle se termine par un jeu de questions-réponses sur les connaissances acquises et un questionnaire de satisfaction. Après 6 sessions, Sexotopie est largement plébiscité par les usagers : 97 % d'entre eux se déclarent satisfaits et 100 % le recommandent aux autres patients.

Présenté aux Prix équipes soignantes en psychiatrie 2024, ce projet a été élu « coup de cœur » du Jury.

■ Contact : B. Durand, IDE, Centre de réhabilitation de psychoéducation pour les usagers et les familles (UPP-CRP), barbara.durand@ch-le-vinatier.fr



© AdobeStock - Krakenimages.com

« Le programme Sexotopie m'a permis de mieux prendre soin de moi (...) d'identifier mes besoins, d'être plus ouvert et d'oser parler de mes difficultés à un professionnel de santé... »

« Vous avez le droit ! »

Le service formation du CH du Rouvray a élaboré un jeu pour faciliter l'apprentissage et l'application du droit des patients en psychiatrie.

Peut-on enseigner le droit des patients en psychiatrie de façon ludique? Le service formation du CH du Rouvray a relevé le défi avec le jeu collaboratif intitulé « Vous avez le droit », sur une idée de Rachel Renson, cadre de santé et formatrice, elle-même passionnée de jeux. Mêlant réflexion et stratégies, cet outil a pour objectifs :

- d'actualiser les connaissances des soignants en matière de législation spécifique à la santé mentale;
- de favoriser le respect des droits des usagers en psychiatrie;
- d'intégrer le droit du patient dans le développement des pratiques soignantes
- de s'approprier la judiciarisation des soins et l'expliquer au patient sans potentialiser l'anxiété ou l'hostilité;
- de participer à l'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail (QVCT) de l'établissement ainsi qu'à son attractivité.

En pratique, le jeu se compose d'un damier de 7 lignes sur 7, d'un dé à 10 facettes, de jetons et de cartes questions-réponses. Celles-ci portent sur 7 thématiques : hospitalisation ; certificats ; juge des libertés et de la détention ; isolement/contention ; programmes de soins ; droits fondamentaux des patients ou droits de l'enfant. Une partie dure environ 45 minutes et se joue en deux équipes (de 1 à 12 personnes), à l'issue d'une formation théorique. À tour de rôle, l'animateur/formateur pose une question à une équipe, dans la thématique tirée au dé. Les joueurs délibèrent entre eux pour répondre. « Certaines informations peuvent être cachées au patient, dans son intérêt. Vrai ou faux? » ; « À quel rythme doivent être rédigés les certificats médicaux en cas d'hospitalisation sans consentement? » ; « Qui peut saisir le juge des libertés et de la détention (JLD) en cas de contestation des mesures... ». Toutes les questions sont issues de la pratique quotidienne. La première équipe à aligner une ligne ou une colonne de sept pions obtenus avec une réponse juste dans chacune des thématiques remporte la partie.

Conditionné dans une boîte fabriquée par une imprimerie locale, édité en trois exemplaires à ce jour, cet outil présente l'avantage d'être évolutif : de nouvelles cartes de questions/réponses peuvent être fabriquées pour actualiser les thèmes selon les évolutions réglementaires ou pour en ajouter, par exemple la législation spécifique à la pédopsychiatrie. Ce jeu a remporté le Grand Prix 2024 de l'Association nationale pour la formation continue des personnels hospitaliers (ANFH).

■ Contact : secretariatifs@ch-lerouvray.fr

Citoyenneté organisationnelle : repères

En quoi consistent les comportements de citoyenneté organisationnelle au travail? Comment les définir et les favoriser? Quels intérêts mais aussi quelles limites?

Au travail, les comportements de citoyenneté organisationnelle (CCO) désignent l'ensemble des conduites individuelles qui dépassent le cadre strict des relations contractuelles. Ils contribuent à l'entretien et à l'enrichissement du contexte social et psychologique qui supporte la performance. Ces comportements peuvent être catégorisés selon qu'ils sont dirigés vers l'organisation (CCO-O), vers les autres individus (collègues) (CCO-I) ou vers les clients/patients (CCO-C/P).

– **Les CCO-O** intègrent des conduites de loyauté vis-à-vis de l'organisation elle-même mais aussi envers les politiques et procédures prescrites comme envers les aléas: s'abstenir de critiquer son organisation à l'extérieur de celle-ci jusqu'à en faire la promotion, se mobiliser contre les menaces extérieures éventuelles et savoir identifier les opportunités pour son organisation, anticiper une absence en prévenant son responsable hiérarchique, éviter de se plaindre inutilement et adopter un esprit constructif, s'impliquer pour faire son travail avec professionnalisme en portant attention détails qui font la différence.

– **Les CCO-I** comportent les attitudes qui assistent et soutiennent les membres de l'organisation. Elles regroupent une dimension dite d'altruisme, qui favorise l'entraide et la coopération: apporter son soutien à un collègue qui a été absent ou fait face à des difficultés dans son travail par exemple. Une autre dimension renvoie à la courtoisie, la conciliation et l'encouragement. Il s'agit par exemple d'être attentif aux conséquences de ses actions sur les autres, savoir être à l'écoute et apporter un soutien moral.

– **Les CCO-C/P** regroupent les comportements qui prennent en compte la satisfaction des bénéficiaires tout en respectant le cadre des enjeux métier: savoir sourire, avoir de l'empathie, répondre avec promptitude aux besoins des clients/patients quand c'est possible, personnaliser la relation ou encore renvoyer de l'assurance.

UN CERCLE VERTUEUX DANS LE COLLECTIF SOIGNANT

Les CCO constituent un levier de performance à différents niveaux: relationnel, organisationnel et en matière de qualité de service.

Ils contribuent à favoriser la coopération, la productivité et la satisfaction des clients/patients. Ils accroissent la performance adaptative, c'est-à-dire la capacité à développer de nouvelles compétences, à résoudre des problèmes, à s'adapter à des situations imprévisibles et à gérer le stress qui en découle. Enfin, ils jouent un rôle en matière d'attractivité et de fidélisation des personnels.

Cependant, à titre individuel, s'impliquer pour davantage de citoyenneté organisationnelle peut sembler contre-intuitif à certains soignants. Se mobiliser en ce sens est parfois d'autant plus difficile que cela ne fait pas partie de son cadre de référence métier comme de ses pratiques réelles de travail. D'abord, parce que le monde du travail a longtemps légitimé l'agressivité, la soumission à l'autorité, la compétition dans les rapports sociaux plutôt que la bienveillance – autant de comportements aujourd'hui plutôt considérés comme anti-sociaux que comme prosociaux.

Au sein du collectif de travail, les CCO enclenchent, dans une certaine mesure, un cercle vertueux. Sont probablement à l'œuvre non seulement un effet d'imitation, qui pousse à reproduire un comportement tenu pour exemplaire chez autrui, mais aussi un mécanisme de don et de contre-don, bien connu des anthropologues. Les théories du don (1) postulent en effet que les interactions sociales reposent sur une triple obligation de « donner-recevoir-rendre », qui finit par former une sorte de contrat social basé sur la réciprocité et crée un état de dépendance mutuelle entre les individus, à partir duquel le lien social est en permanence re-créé. Chaque attention (don) fait ainsi l'objet d'une modalité de remerciement (recevoir), et est ensuite

rendue, sous une forme ou une autre. En matière de citoyenneté organisationnelle, un geste ou comportement prosocial fait ainsi l'objet d'un accusé de réception et de remerciement, puis d'une attention réciproque: « *Tu m'as aidé, l'autre jour, à soigner tel patient; aujourd'hui, je t'aide à ranger la pharmacie* ».

LE RÔLE DU MANAGEMENT

Le management peut jouer un rôle de frein ou de facilitateur dans le développement de la citoyenneté organisationnelle. Un climat perçu d'équité y est par exemple, favorable. Par ailleurs, aussi positive soit-elle, la citoyenneté organisationnelle n'est pas exempte de risques, qu'il convient de prendre en compte. Ainsi, le manque d'authenticité ou de sincérité peut exposer à des dilemmes éthiques ou à des situations de conflits silencieux, ou encore avoir un coût psychique élevé. C'est d'autant plus vrai lorsque l'on se sent obligé d'entretenir une identité de façade (*faux self*) sans pouvoir lors de moments dédiés exprimer ce que l'on pense et ressent. Par exemple, si la surcharge de travail collective et chronique n'est régulée que par l'entraide, il y a un risque d'épuisement. Sur ce sujet, les fondamentaux liés au suivi régulier de la charge de travail et l'ensemble des mesures organisationnelles, qu'elles soient préventives ou régulatrices, ont un rôle clé qui doit faire l'objet d'une attention soutenue. Autant dire que la citoyenneté organisationnelle a encore quelques défis à relever...

Philippe Zawieja*, Jean-Christophe Villette**

*Psychosociologue du travail, directeur de la recherche, **Psychologue du travail et des organisations, directeur général; Cabinet Ekilibre Conseil.

1 – Marcel Mauss, *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques* (1925). PUF, coll. Quadrige / Sociologie et Sciences de l'éducation, rééd. 2023.

actuSoins

LE MAGAZINE MULTISUPPORT D'ACTUALITÉS PROFESSIONNELLES INFIRMIÈRES

ABONNEZ-VOUS POUR 28 € PAR AN

Profitez d'un accès complet aux articles et ressources d'ActuSoins en ligne, et recevez le magazine à votre domicile tous les trois mois.

- L'intégralité des contenus numériques
- Des articles et dossiers exclusifs
- Des nouveautés en avant-première
- Le magazine papier chez vous ou sur votre lieu de travail

RENDEZ-VOUS SUR :

WWW.ACTUSOINS.COM

S'ABONNER À ACTUSOINS C'EST :

- CONTRIBUER À PÉRENNISER UN MÉDIA CRÉÉ ET CONTRÔLÉ PAR SES FONDATEURS INFIRMIERS
- GARANTIR L'INDÉPENDANCE DU MAGAZINE ET DONC L'OBJECTIVITÉ DE L'INFORMATION DÉLIVRÉE
- PERMETTRE UN JOURNALISME D'INVESTIGATION EN FRANCE ET À L'ÉTRANGER POUR ENCORE PLUS D'EXCLUSIVITÉS
- FINANCER LE DÉVELOPPEMENT DE L'INTERACTIVITÉ POUR UN MÉDIA TOUJOURS PLUS PARTICIPATIF

OFFRE ÉTUDIANTS : 18 €/AN



FORMULAIRE D'ABONNEMENT

Je m'abonne à ActuSoins magazine :

Nom :

Prénom :

Email :

Fonction : Aide-soignant Cadre de santé Étudiant Infirmier

Infirmier libéral IADE IBODE IPA IPDE Autre

Adresse :

Code Postal :

Commune :

Mode de règlement :

Par virement

IBAN : FR76 3000 4003 5000 0102 5394 123

BIC : BNPAFRPPBBT

email : abonnement@actusoins.com



INFORMATIONS ET ABONNEMENTS



www.actusoins.com/categorie-produit/offres

JANVIER 2025

13 JANVIER

PARIS

**Garantir les droits en psychiatrie
Les enjeux de la judiciarisation des soins
sans consentement**

Colloque organisé par l'Espace éthique Île-de-France, l'association Droit pluriel et le Laboratoire de recherche en santé mentale, sciences humaines et sociales du GHU Paris psychiatrie et neurosciences

■ Rens.: www.espace-ethique.org,
contact@espace-ethique.org

16 JANVIER

EN DISTANCIEL

**Scarifications : l'adolescent,
les parents et les soignants
face à l'insupportable**

Conférence proposée par le Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (Supea), CHU de Toulouse

■ Rens.: 05 61 77 60 55,
www.chu-toulouse.fr,
abasolo.p@chu-toulouse.fr

16 JANVIER

BRON

**Santé mentale et action
humanitaire : des clés pour agir**

Demi-journée d'étude dans le cadre du cycle « La pair-aidance dans tous ses états » organisé par le Centre ressource de réhabilitation psychosociale avec l'association *CoCreate humanity*

■ Rens.:
www.centre-ressource-rehabilitation.org,
centreresource@ch-le-vinatier.fr

18 ET 19 JANVIER

LYON

**Être dramathérapeute et artiste,
ou être artiste et dramathérapeute ?**

9^e rassemblement des dramathérapeutes et professionnels utilisant les arts scéniques à des fins thérapeutiques, sociales et éducatives, organisé par l'Association nationale de dramathérapie

■ Rens.:
<https://dramatherapiefrance.wixsite.com/associationnationale>,
assonationalendramatherapie@gmail.com

21 ET 22 JANVIER

PARIS

**A... venir, programme
de psychoéducation à visée
de réinsertion professionnelle**
Masterclass organisée par l'Institut de psychiatrie

■ Rens.: www.institutdepsychiatrie.org,
contact@institutdepsychiatrie.org,
contact@apylearning.com

28 JANVIER

TOULOUSE

Douleur chronique et vie psychique

Journée d'étude organisée par la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale (Ferrepsey) Occitanie

■ Rens.: 05 61 43 78 52,
www.ferrepsey.fr, secretariat@ferrepsey.fr

31 JANVIER

PARIS

**5^e Journée nationale des équipes
de liaison et de soins
en addictologie (Elsa)**

Organisée par l'Association française équipes de liaison et soins en addictologie et l'APHP

■ Rens.: www.sfalcoologie.fr

FÉVRIER 2025

3 FÉVRIER

EN DISTANCIEL

**Groupes de thérapies en psychiatrie
de secteur : place, méthode
et intérêt**

Conférence dans le cadre du cycle « Clinique psychiatrique et psychanalyse » organisée par la Société psychanalytique de Paris

■ Rens.: 01 43 29 66 70,
www.spp.asso.fr,
boutique@spp.asso.fr

5 FÉVRIER

PARIS

Psychodrame, quel psychodrame ?

Conférence dans le cadre du cycle « Le psychodrame dans tous ses états » organisée par l'Élan retrouvé

■ Rens.: www.elan-retrouve.org,
laure.boyer@elan-retrouve.org

5 ET 6 FÉVRIER

LYON

La vie et la mort aux trousseaux

Journées Cinéma et psychiatrie de Lyon organisées par le CH Le Vinatier

■ Rens.: www.ch-le-vinatier.fr

MARS 2025

7 ET 8 MARS

PARIS

**Des bouleversements de nos
sociétés au mal-être individuel**

La place des psychothérapies humanistes et des psychanalyses pour traverser les enjeux majeurs d'aujourd'hui
Congrès des 30 ans de la Fédération française de psychothérapie et psychanalyse (FFPP)

■ Rens.: www.colloques-ff2p.com,
contact@ff2p.fr

DU 13 AU 16 MARS

PREIGNAC (33)

**De la recherche fondamentale
à la médecine personnalisée**

Colloque organisé par le Groupement d'intérêt scientifique autisme et troubles du neuro-développement (GIS autisme et TND), l'Institut thématique neurosciences, sciences cognitives, neurologie, psychiatrie de l'Inserm et le CNRS Biologie

■ Rens.: <https://autisme-neurodev.org>

14 MARS

NANTES

Cyberpornographie addictive

Conférence dans le cadre du séminaire d'addictologie proposé par l'Institut fédératif des addictions comportementales (Ifac) de l'université de Nantes

■ Rens.: <https://ifac-addictions.chu-nantes.fr>,
sophie.aitiali@chu-nantes.fr

14 MARS

PARIS

**Souffrance psychique de l'enfant
et de l'adolescent : ça se soigne ?**

32^e colloque de l'Afar
■ Rens.: www.colloquesafar.fr,
colloques@afar.fr

DU 18 AU 23 MARS

EN DISTANCIEL

**Sortons des cases qui stigmatisent !
Parlons des schizophrénies**

Une série d'événements proposés par PositiveMinders
■ Rens.: <https://positiveminders.com>

22 MARS

PARIS

Interpréter et construire aujourd'hui

2^e colloque Temps de la psychanalyse organisé par la revue *Carnet Psy*

■ Rens.: 06 67 48 94 16, www.carnetpsy.fr

26 ET 27 MARS

PARIS

**People 4 health : être et rester
professionnel de santé**

Salon organisé par Quinze-mai
■ Rens.: 06 03 76 80 47,
www.people-4health.com,
morgane.serenyan@15-mai.com

27 ET 28 MARS

MARCQ-EN-BARCEUL (59)

Attachement et séparations

Colloque organisé par le Centre régional de formation des professionnels de l'enfance
■ Rens.: 03 20 14 93 00,
www.colloque-attachement.crpe.fr,
colloqueattachement@crpe.fr

28 MARS

PARIS

3^e Journée des jeunes addictologues

Organisée par l'Association des jeunes psychiatres et jeunes addictologues (AJPJA)

■ Rens.: www.ajpja.fr

AVRIL 2025

3 ET 4 AVRIL

ÉCULLY

**9^{es} Rencontres pour la recherche
en soins en psychiatrie**

Organisées par l'Association pour le développement de la recherche en soins en psychiatrie (ADRpsy)
■ Rens.: 04 72 66 20 30,
www.adrpsy.fr, inter@grieps.fr

MAI 2025

22 ET 23 MAI

MARSEILLE

**La santé mentale dans toutes
nos pratiques d'ergothérapeute,
on en parle ?**

15^{es} Journées nationales d'ergothérapie organisées par l'Association nationale française des ergothérapeutes (ANFE)
■ Rens.: 01 45 84 33 21,
<https://formation.anfe.fr>,
sfc.secretariat@anfe.fr

22 ET 23 MAI

CAEN

**Donner du sens à la maladie
et au malheur : quelle place pour
les théories de nos patients d'ici
et d'ailleurs ?**

30^e colloque international de la revue transculturelle *L'autre*, organisé par Pratiques, recherche, information en santé mentale (Prisme)
■ Rens.: www.primesantementale.fr,
consultation.transculturelle@epsm-caen.fr

23 MAI

PARIS

**3^e Journée d'échanges
et de rencontres infirmières
aux Urgences psychiatriques**

(Jeri-Up) en Île-de-France
Journée organisée par le GHU Paris psychiatrie et neurosciences
■ Rens.: www.ghu-paris.fr,
JERI-UP@ghu-paris.fr

24 MAI

TOULOUSE

La haine du féminin

Colloque organisé par la Société de psychanalyse freudienne
■ Rens.: www.spf.asso.fr,
spfyfreudienne@orange.fr

DU 29 AU 31 MAI

LES SABLES D'OLONNE

**De la transe psychotraumatique
à la transe thérapeutique,
la puissance du lien**

6^e Congrès de l'Institut Mymethis
■ Rens.: 06 11 01 01 72,
www.mimethys.com,
contact@mimethys.com



plus de colloques sur www.santementale.fr

7 | 8 MARS 2025 - PARIS

CISP | 6 AV MAURICE RAVEL - 12^E

CONGRÈS DES 30 ANS DE LA FF2P FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHOTHÉRAPIE ET PSYCHANALYSE



DES BOULEVERSEMENTS DE NOS SOCIÉTÉS AU MAL-ÊTRE INDIVIDUEL

LA PLACE DES PSYCHOTHÉRAPIES HUMANISTES ET DES PSYCHANALYSES
POUR TRAVERSER LES ENJEUX MAJEURS D'AUJOURD'HUI



Actualité jurisprudentielle des soins psychiatriques sans consentement

Dans quelques décisions récentes, la Cour de cassation apporte des précisions sur le régime des mesures de soins sans consentement et sur les conditions d'intervention du juge saisi pour en contrôler la légalité.

• Motivation de l'arrêté préfectoral faisant suite à la période d'observation

La personne admise en soins psychiatriques sans consentement, sur décision du représentant de l'État (SPDRE) ou du directeur d'établissement (SPDT ou SPI), fait l'objet d'une période d'observation et de soins initiale sous la forme d'une hospitalisation complète (Code de la santé publique [CSP], art. L. 3211-2-2). Un certificat médical est notamment établi dans les 72 heures de l'admission, qui constate l'état mental de la personne en vue de confirmer ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques. Lorsque l'admission a été décidée par le Préfet, ce dernier doit, dans un délai de trois jours francs suivant la réception de ce certificat, décider de la forme de prise en charge, en tenant compte de la proposition établie, le cas échéant, par le psychiatre et des exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public (CSP, art. L. 3213-1, II). Pour la Cour de cassation (1), **il en résulte que tant l'arrêté d'admission initiale que l'arrêté fixant le mode de prise en charge doivent être motivés** et « *mettre en évidence que les troubles mentaux dont souffre l'individu compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte gravement à l'ordre public* ». En effet, ces éléments entrent notamment en considération dans le choix de la forme des soins (hospitalisation complète ou programme de soins) incombant à l'autorité préfectorale. En l'espèce, **le défaut de motivation du second arrêté sur ce point a pu valablement justifier la mainlevée**.

• Avis médical sur l'aptitude du malade en isolement à être auditionné : qualité exigée du médecin

Les mesures d'isolement ou de contention prises sur décision du psychiatre doivent obligatoirement faire l'objet d'un contrôle juridictionnel lorsqu'elles sont poursuivies au-delà d'une certaine durée. Il revient ainsi au directeur d'établissement de saisir le juge judiciaire avant les 72 heures d'isolement ou les 48 heures de contention, sous peine de mainlevée de la mesure. En principe, contrairement à ce qui a lieu pour le contrôle des mesures administratives de soins sans consentement, le malade concerné n'est pas auditionné par le juge, mais il peut toutefois demander à être entendu. Dans ce cas, le directeur d'établissement communique au greffe un avis d'un médecin relatif à l'existence éventuelle de motifs médicaux faisant obstacle, dans son intérêt, à son audition et à la compatibilité de l'utilisation de moyens de télécommunication avec son état mental (CSP, art. R. 3211-33-1, III, 3°). Malgré sa demande, la personne peut alors ne pas être auditionnée. À

propos d'un patient admis sur décision du Préfet, puis placé à l'isolement après son transfert en Unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA), la Cour de cassation précise que « *ces dispositions spécifiques en matière d'isolement et de contention déroge[ent] aux règles générales applicables à la procédure en matière de soins psychiatriques sans consentement prévues à l'article R. 3211-12, 5°, b) du code de la santé publique* »(2). **Il en résulte qu'elles n'imposent pas que l'avis médical faisant obstacle à l'audition soit rédigé par un psychiatre ne participant pas à la prise en charge. Il peut donc s'agir du même psychiatre ayant décidé de la mise à l'isolement ou de la contention, ou du prolongement de telles mesures.**

• Information de la Commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) : moyens de preuve

L'article L. 3212-5, I du CSP impose au directeur de l'établissement d'accueil de transmettre sans délai à la CDSP toute décision d'admission d'une personne en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent. La Cour de cassation (3) précise ici que « *la preuve de cette transmission peut résulter d'une mention portée par le directeur d'établissement sur la décision d'admission* ». En l'espèce, la décision indiquait qu'une copie avait été adressée à la CDSP, permettant au juge d'appel de considérer que l'obligation légale avait été respectée. La question peut se poser, en outre, de savoir si le défaut de transmission constitue une « *atteinte aux droits* » de la personne concernée au sens de l'article L. 3216-1 du CSP, puisqu'en vertu de ce texte, une irrégularité de procédure ou de forme n'entraîne la mainlevée de la mesure qu'à cette condition. Dès lors que la CDSP a dans ses attributions celui de demander la mainlevée de l'hospitalisation (CSP, art. L. 3223-1, 7°), **il y aurait lieu de considérer que sa non-information fait grief au malade et entraîne une telle sanction**. C'est ce que soulevait sans succès l'intéressé, hospitalisé sur demande d'un tiers.

• Impartialité du juge et conditions de sa récusation

L'article L. 111-6 du code de l'organisation judiciaire prévoit que la récusation d'un juge peut être demandée, notamment s'il a précédemment connu l'affaire comme juge ou comme arbitre ou s'il a conseillé l'une des parties. Dans un cas où une patiente invoquait le fait que la JLD ayant statué avait déjà eu précédemment à connaître de son cas, la deuxième chambre civile (4) précise opportunément que « *l'admission en soins psychiatriques sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète étant une mesure provisoire qui peut faire*

l'objet à tout moment, indépendamment de son réexamen obligatoire tous les six mois, d'une demande de mainlevée, le défaut d'impartialité du juge des libertés et de la détention ne saurait se déduire du seul fait que celui-ci a précédemment statué, en application de l'article L. 3211-12-1 du code de la santé publique, sur la poursuite de la mesure ». Elle ajoute que cette interprétation n'est pas contraire aux garanties exigées par l'article 6§1 de la Convention européenne des droits de l'homme en matière de procès équitable. **Au vu de la récurrence avec laquelle le juge est amené à statuer en psychiatrie, y compris pour un même patient dont l'hospitalisation est prolongée, cette solution pragmatique apparaît opportune**, sauf à compliquer excessivement une organisation judiciaire déjà soumise à des contraintes nombreuses.

• Contrôle par le juge d'une mesure transformée en programme de soins

Contrairement aux mesures d'hospitalisation complète pour lesquelles un contrôle obligatoire du juge judiciaire à bref délai est prévu (CSP, art. L. 3211-12-1), les programmes de soins, dès lors qu'ils ne constituent pas des privations mais seulement des restrictions de liberté, obéissent à un régime de contrôle facultatif, sur le fondement de l'article L. 3211-12 du CSP. Ce texte prévoit que le juge judiciaire (jusqu'à il y a peu, le JLD) peut être saisi à tout moment aux fins d'ordonner à bref délai la mainlevée immédiate d'une mesure de soins sans consentement, qu'elle qu'en soit la forme, ce qui inclut les programmes de soins. La Cour de cassation (5) censure logiquement la décision d'un juge d'appel ayant jugé irrecevable la demande de mainlevée d'une patiente au prétexte que la mesure d'hospitalisation complète avait été transformée en programme de soins. Il rentre bien dans la compétence du juge, tant en première instance qu'en appel, d'examiner la légalité de la mesure de soins sans consentement lorsqu'il est saisi par le malade. Cette décision est à rapprocher d'une autre, rendue quelques mois plus tôt. La Cour de cassation (6) a alors précisé qu'un juge d'appel, saisi par le patient d'une demande de mainlevée de la mesure de soins sans consentement en hospitalisation complète prolongée par le JLD, demeure tenu de statuer « *y compris lorsqu'entre-temps, celle-ci a pris la forme d'un programme de soins* ». **La transformation de la mesure ne décharge donc pas le magistrat du second degré de son office.**

• Saisine du juge devenue sans objet

Un juge d'appel est fondé à déclarer sans objet la demande de mainlevée d'une mesure de soins sans consentement si, au jour où il statue, la mainlevée a déjà eu lieu sur décision du directeur d'établissement (7). La patiente, admise initialement sur le motif du péril imminent, n'est donc pas fondée à exiger que le juge se prononce au prétexte qu'elle serait privée d'un « *intérêt matériel* » (possibilité d'obtenir une indemnisation des préjudices causés par la privation de liberté sans fondement légal) et « *immatériel* » (rétablissement de sa réputation). Précisons que cette solution ne fait pas obstacle à ce que la patiente saisisse le juge judiciaire d'une demande distincte d'indemnisation, qui ne se confond pas avec une demande de mainlevée. Il lui faudra alors démontrer que la poursuite de l'hospitalisation dont elle a fait l'objet était non-fondée ou irrégulière sur tout ou partie de la période concernée. La même solution prévaut

en matière d'isolement ou de contention : ainsi, **une demande tendant à voir déclarer irrégulières les décisions de placement et de maintien à l'isolement devient sans objet si la mise en œuvre de cette décision a, entre-temps, cessé** (8).

• Autonomie de la mesure d'isolement

Dans une affaire concernant un patient admis en hospitalisation complète et mis à l'isolement pour une durée de 9 jours, la Cour de cassation rappelle que l'irrégularité éventuelle d'une mesure d'isolement ou de contention, notamment s'agissant des conditions de durées, ne permet « *pas de déclarer illégale l'ensemble de la procédure de soins sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète* » (9). **Si la mainlevée de la mesure administrative entraîne logiquement celle de la décision prise par le psychiatre, un isolement et/ou une contention ne pouvant être décidé que dans le cadre d'une hospitalisation complète (CSP, art. L. 3222-5-1), l'inverse n'est pas vrai.**

• Contrôle du ministère public sur la mesure et information des parties

Le CSP prévoit que, dans les cas où il n'est pas lui-même partie à l'instance (10), le ministère public fasse connaître son avis dans les conditions prévues par l'article 431 du Code de procédure civile (CSP, art. R. 3211-15 al. 5 ; R. 3211-21 al. 2). Il peut ainsi adresser à la juridiction des conclusions écrites mises à la disposition des parties, ou bien donner son avis oralement à l'audience. Il peut également se borner à apposer son visa sur le dossier ou indiquer qu'il s'en rapporte s'il n'a pas d'observations à faire valoir. Dans ce dernier cas, la première chambre civile (11) décide que « *de telles mentions, sans influence sur la solution du litige, ne peuvent être assimilées à des conclusions écrites au sens de l'article 431 du code de procédure civile et n'ont pas à être communiquées aux parties ou mises à leur disposition avant l'audience* ». **La patiente, admise sur décision préfectorale, ne pouvait donc soulever une irrégularité de procédure du seul fait de ne pas avoir été destinataire du visa apposé par le ministère public.**

Paul Véron

Maître de conférences à la faculté de droit de Nantes,
Laboratoire Droit et changement social (UMR 6297)

1— Civ., 1^{re}, 15 mai 2024, 22-24.095, Inédit.

2— Civ., 1^{re}, 26 juin 2024, 23-14.230, Publié au bulletin.

3— Civ., 1^{re}, 24 avril 2024, 23-18.590, Publié au bulletin.

4— Civ., 1^{re}, 28 mars 2024, 22-20.599, Publié au bulletin.

5— Civ., 1^{re}, 15 mai 2024, 22-50.031, Inédit.

6— Civ., 1^{re}, 28 février 2024, 22-15.888, Publié au bulletin.

7— Civ., 1^{re}, 26 juin 2024, 23-16.519, Inédit.

8— Civ., 1^{re}, 25 septembre 2024, 23-12.515, Publié au bulletin.

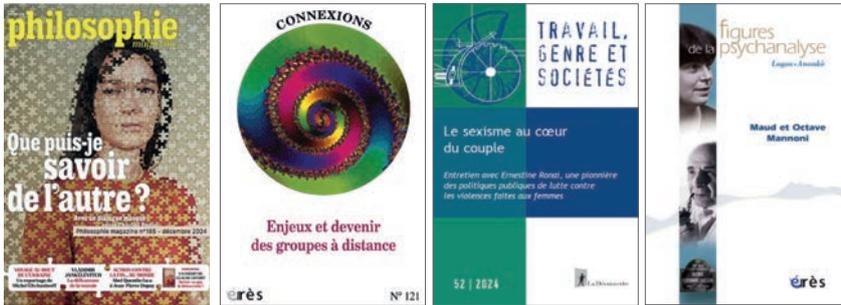
9— Civ., 1^{re}, 25 septembre 2024, 23-12.515, Publié au bulletin ; V., déjà en ce sens : Cass., Avis, 8 juillet 2021, n° 21-70.010 ; Civ., 1^{re}, 24 avril 2024, 23-17.951, Inédit.

10— Le Procureur de la République est, par exemple, une partie lorsqu'il saisit lui-même le juge ou fait appel.

11— Civ., 1^{re}, 24 avril 2024, 23-16.266, Publié au bulletin.

LU QUELQUE PART...

PAR DOMINIQUE FRIARD



QUE PUIS-JE SAVOIR DE L'AUTRE ?

Nous pensons bien connaître nos proches, notre entourage... Serait-il possible que des pans entiers de la vie intérieure et du passé des êtres que nous côtoyons, parents, collègues, nous soient cachés ? Et sur quoi repose notre jugement ? Selon **Philosophie magazine**, qu'il s'agisse de Roland Barthes ou de Jean-Paul Sartre, les philosophes n'ont de cesse de nous rappeler ici à l'humilité : l'autre est insaisissable. Pourtant, je peux l'interpréter, le déchiffrer, un peu comme un texte. Sommes-nous prêts à devenir les lecteurs de nos prochains ? Des articles de philosophes contemporains, Francis Wolff, Sophie Galabru, Souleymane Bachir Diagne, Hélène L'Heuillet ou encore le spécialiste des biais cognitifs, Olivier Sibony, proposent leurs éclairages. À l'heure où les nouvelles technologies permettent de « tracer » tout un chacun, quel secret peut-on détenir?... Un dialogue « mystère » conclut ce dossier : le philosophe Charles Pépin et la romancière et psychanalyste Marie Darrieusecq ont noué une conversation à travers un logiciel masquant leur voix. Ils se sont parlé, en ignorant l'identité de leur interlocuteur. Dans une conversation à l'aveugle, puis-je deviner à qui j'ai affaire ?

Que puis-je savoir de l'autre ? Philosophie magazine, n° 185, hiver 2024-2025.

ENJEUX ET DEVENIR DES GROUPES À DISTANCE

En 2020, le confinement et la situation de crise sanitaire ont affecté nos façons d'être en groupe. Le cadre des ateliers

thérapeutiques comme celui des dispositifs de réunion ou de formation destiné aux équipes s'est vu temporairement puis durablement modifié notamment par le recours à la « visioconférence ». Quelles en ont été les conséquences ? Ces moyens ont-ils un avenir ?, interroge ce numéro de **Connexions**. C. Bittolo fait l'hypothèse que la groupalité à distance soumet ceux qui y participent à un état de déliaison psychosomatique qui est certes compensé de différentes manières dans le temps, mais dont les traces explosent lorsqu'une réintégration dans les groupes en « présentiel » est vécue. La visioconférence confronte à la prédominance de l'image comme modalité relationnelle, une image parcellaire; le corps reste caché ou parfois trop visible; la caméra donne le sentiment d'une intrusion dans l'intime. Le climat du groupe est peu accessible s'il n'est pas parlé par lui. L'image produit ses propres effets qui doivent être analysés.

Enjeux et avenir des groupes à distance, Connexions, n° 121, octobre 2024.

LE SEXISME AU CŒUR DU COUPLE

Le 25 janvier 2024, s'est déroulée la première journée nationale contre le sexisme, organisée par le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE). Dans la continuité de cette journée, **Travail, genre et société** a dédié son dossier de novembre 2024 à l'intimité de la vie privée et du couple, avec le parti pris d'en montrer le continuum, en tant que système, depuis les pratiques ordinaires au quotidien jusqu'aux violences conjugales « légitimées » par les normes

patriarcales. Le sexisme passe aussi par la dimension invisible et insidieuse des arrangements conjugaux : l'articulation conjugale de deux professions, de deux statuts, de deux carrières, mais aussi celle des temporalités de l'organisation domestique. La norme du couple bi-actif qui rend en principe ses deux membres plus autonomes financièrement n'empêche pas « la rivalité pour le partage d'un pouvoir », où le « capital d'autorité » se fonde sur le capital culturel, social et économique. L'étude des pratiques de production et de gestion du temps familial au sein de couples à horaires atypiques contribue à rendre visible le pouvoir subversif limité du travail de gestion du temps familial, très largement pris en charge par les femmes.

Le sexisme au cœur du couple, Travail, genre et sociétés, n° 52, novembre 2024, Éditions La Découverte.

MAUD ET OCTAVE MANNONI

Le sexisme existait-il dans le couple formé par Maud et Octave Mannoni ? La revue **Figures de la psychanalyse** qui leur consacre un dossier ne cherche pas à répondre à cette question. Psychanalystes, ils ont tous deux été parmi les premiers élèves de J. Lacan. Maud créa l'École expérimentale de Bonneuil, un lieu-dit d'antipsychiatrie, d'expérience d'inclusion avant la lettre pour enfants et adolescents autistes ou psychotiques. Octave, philosophe, botaniste, lecteur subtil de Freud, écrivit des textes marquants (L'analyse originelle, Je sais bien mais quand même, Psychologie de la colonisation). Selon l'historienne de la psychanalyse, E. Roudinesco, analysée par Octave, Maud a été une des rares psychanalystes françaises à avoir exercé une activité professionnelle de couple à égalité avec son mari. Le dossier explore leur trajectoire théorique individuelle et un voyage qu'ils réalisèrent tous les deux en Argentine dans les années 1970.

Maud et Octave Mannoni, Figures de la psychanalyse, n° 46, septembre 2024, érès.

La rédaction a lu...

- *Accompagner la transition de genre : remaniements et adaptations dans la famille ? Niloufar Forno, Chiara Balem, Malika Mansouri, Dialogue, Familles et Couples, éd. Eres, n° 245, septembre 2024.*
- *Le déni de l'anorexie mentale à l'épreuve du psychodrame triadique, Pierre Dumont, Vincent Estellon, Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, éd. Eres, n° 82, 2024.*
- *Sortir de l'hôpital psychiatrique pour (re)trouver sa place en famille : difficultés adolescentes du réaccordement, Virginie Wouters, Alexandre Beine, Thérapie familiale, éd. Médecine et Hygiène, n° 3, volume 45, 2024.*
- *Une thérapie parentale dans un climat familial incestuel, Élisabeth Darchis, Le Divan familial, éd. In Press, n° 53, automne 2024.*

Transitions de genre État des lieux et perspectives cliniques

BERNARD GOLSE, KEVIN HIRIDJEE



Loin de défendre une thèse dans une logique binaire (pour ou contre), ce livre présente une diversité de points de vue argumentés par des cliniciens qui reçoivent des patients préoccupés par des questionnements de genre. Dans un espace de discussion polyphonique, les auteurs soulèvent les principales interrogations des soignants : quel dialogue la psychanalyse et la pensée du genre entretiennent-elles ? Comment se construit l'identité de genre ? Quelle est la demande des patients concernés ? Que peut la psychiatrie pour y répondre ? Quelle importance accorder à la temporalité psychique ? Qu'est-ce que le questionnement de genre doit à l'évolution de notre société ? Cet ouvrage apporte des réponses prudentes et nuancées qui respectent la parole des patients tout en cherchant à l'inscrire dans ce moment si particulier qu'est l'adolescence et ses tourments.

Ed. *Érès*, coll. *Le Carnet Psy*, novembre 2024, 16 €

Hikikomori Réparer l'isolement

MARIE-JEANNE GUEDJ BOURDIAU



Le comportement de retrait social qui touche certains adolescents est un phénomène en évolution constante à travers le monde. Cette claustration à domicile, méconnue des professionnels, représente un fardeau pour les familles et une souffrance à bas bruit pour le jeune. En rupture avec le rythme familial,

l'adolescent connaît un autosabotage bien involontaire qui peut aller jusqu'à la psychopathologie. Les parents, souvent culpabilisés, demandent rarement de l'aide. Pourtant les connaissances se multiplient et des perspectives s'ouvrent du côté de la guidance parentale, de la thérapie multifamiliale, de l'intervention de familles dites expertes. L'autrice aborde la souffrance de tous et ouvre les perspectives vers des pistes holistiques de prise en charge.

Ed. *Doin*, novembre 2024, 35 €

Cadres de santé En chemin vers un horizon éthiquement désirable

WALTER HESBEEN



Si nombre de belles réalisations sur le plan humain, au sein du champ des soins et du médico-social, peuvent être observées, les difficultés structurelles qui s'y rencontrent sont unanimement reconnues.

Face à cela, les réponses ne peuvent pas être conjoncturelles. Il s'agit dès lors de revenir aux fondamentaux des différents métiers de la relation à l'humain et en conséquence de redéfinir la fonction d'encadrement des professionnels. Il importe aussi de repenser l'organisation des diverses formes de pratiques et le management. La fonction prioritaire des cadres n'est pas celle de gérer, d'organiser, mais d'animer l'esprit qui oriente les réflexions et les actions des professionnels composant une équipe. Telle est la condition de l'émergence et de la culture d'un climat éthique au sein d'un service. Veiller à l'atmosphère d'humanité qui peut imprégner la vie d'un service ou d'un établissement permet de régénérer le sens des fonctions d'encadrement et de ressentir la satisfaction de les exercer.

Ed. *Elsevier Masson*, coll. *Environnement professionnel*, novembre 2024, 23,90 €

La thérapie brève systémique stratégique Guide d'intervention sur les habitudes dysfonctionnelles

GRÉGOIRE VITRY



Plusieurs études ont montré que la thérapie brève systémique stratégique est particulièrement efficace dans la résolution des problèmes psychologiques et relationnels. Cette thérapie étant peu enseignée, cet ouvrage répond à ce besoin de formation. L'auteur aborde les fondamentaux, le déroulement des interventions, la stratégie des systémiciens, la théorie des tentatives de solutions et les principales prescriptions.

Ed. *De Boeck Supérieur*, coll. *Carrefour des psychothérapies*, octobre 2024, 32,90 €

La place du parent dans l'accompagnement psychologique de l'enfant et de l'adolescent

ANNE BOBIN-BÈGUE, VIRGINIE SOULET



L'accompagnement psychologique de l'enfant, quel que soit son objet, ne peut se mettre en place et se poursuivre dans de bonnes conditions sans que le psychologue n'ait à penser la place du parent dans celui-ci. Cet ouvrage propose des éléments de réflexion pour penser le cadre de la présence du parent et pour le faire évoluer au fur et à mesure de la prise en soin. Il présente les situations les plus fréquentes rencontrées par les futurs psychologues dans leur pratique professionnelle.

Ed. *Dunod*, coll. *Univers Psy*, novembre 2024, 28 €

REÇUS À LA RÉDACTION

ORDONNANCES EN PSYCHIATRIE ET PÉDOPSYCHIATRIE

128 prescriptions courantes
Alexis Bourla, Florian Ferreri
Ed. Maloine, coll. *Ordonnances*, octobre 2024, 5^e édition, 36 €

HAUT POTENTIEL ET HAUTE SENSIBILITÉ

Approches plurielles en psychologie
Nathalie Duriez
Ed. Dunod, coll. *Univers Psy*, octobre 2024, 31 €

TRAITÉ DE DROIT HOSPITALIER

Benoît Apollis (dir.)
Ed. Presses de l'EHESP, coll. *Références Santé Social*, octobre 2024, 38 €

MÉMOIRE ET GRAND ÂGE

Comment mieux accompagner
Roger-Pol Droit, Jean-Yves Dayt, Noémi Poirier (dir.)
Ed. PUF, coll. *Bibliothèque Partage et Vie*, novembre 2024, 17 €

LE BURN-OUT PARENTAL

L'éviter et s'en sortir
Moira Mikolajczak, Isabelle Roskam
Ed. Odile Jacob, coll. *Psychologies*, novembre 2024, 2^e ed., 9,50 €

L'ÉCOLE DU LIKE

Les nouvelles relations école-famille à l'ère du virtuel
Aksel Kilic, Jean-Paul Payet
Ed. PUF, coll. *Éducation et société*, septembre 2024, 19 €

EXPÉRIENCES AUTOUR DE LA RADICALISATION ET SA PRÉVENTION

Romain Bertrand, Tristan Renard (dir.)
Ed. *Érès*, coll. *Empan*, octobre 2024, 20 €

LA SENSORIALITÉ DANS LES LIENS MÈRE-ENFANT

Ce que nous apprennent les mères avec une déficience visuelle
Christelle Gosme
Ed. *Érès*, coll. *La vie de l'enfant*, octobre 2024, 25 €

100 IDÉES REÇUES SUR L'AIDE SOCIALE À L'ENFANCE

Comprendre la protection de l'enfance
Jacques Trémintin
Ed. Presses de l'EHESP, septembre 2024, 25 €

GÉRER LE STRESS GRÂCE AUX TCC

Michael H. Antoni, Gail Ironson, Neil Schneiderman
Ed. De Boeck Supérieur, coll. *Carrefour des psychothérapies*, août 2024, 25,90 €

INITIATION À LA DISCIPLINE INFIRMIÈRE

Une sélection de concepts et théories en sciences infirmières
Dan Lecocq, Marie-Thérèse Celis-Gerardin, Isabelle De Geest
Ed. Elsevier Masson, coll. *Environnement professionnel*, août 2024, 24,90 €

www.santementale.fr



Rencontrer le patient



© AdobeStock – Otseira.

sourd en psychiatrie

L'équipe Psy'surdités s'attache non seulement à identifier une symptomatologie chez des patients sourds et malentendants, mais aussi à l'appréhender et la comprendre avec ce que donnent à voir l'expression corporelle, l'iconicité et tous les paramètres de la langue des signes. Illustration avec l'histoire de Gabrielle, qui consulte pour des troubles dépressifs.

Depuis septembre 2023, au CH du Rouvray, l'unité ambulatoire Psy'surdités accueille des patients sourds et malentendants souffrant de troubles psychiques pour des consultations avec psychiatre et/ou infirmière, selon le mode de communication de leur choix. Ce projet original, a pu être développé grâce au Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (Fiop) (1), pour répondre à une problématique insuffisamment prise en compte dans l'Hexagone. Au-delà de la consultation, les objectifs de cette unité sont de :

- créer un centre de référence pour l'accueil en psychiatrie des sourds/malentendants ;
- favoriser et faciliter leur accessibilité aux consultations en santé mentale et à l'information des troubles de santé mentale ;
- prévenir et sensibiliser aux troubles psychiques/psychiatriques les personnes sourdes et malentendantes, les personnels de soins et éducatifs, les parents ;

Laure ABRAHAM*,
Julie RENDU**, Alicia RENAULT***,
Mathilde LEMOINE****,
Lorrie CLERBAUT*****

*Cadre de santé, **Psychiatre,
Intermédiatrice, *Infirmière,
*****Secrétaire, Unité Psy'surdités, CH du Rouvray,
Sotteville-les-Rouen.

– aider au diagnostic, à l'évaluation des maladies mentales de ces personnes sourdes communiquant en langue des signes française (LSF) ;

– aider et conseiller les équipes de soins hospitalières, d'institutions ou de maisons de retraite par télé-médecine pour la région Normandie ;

– devenir centre de formation de professionnels pour la prise en charge des personnes sourdes en psychiatrie.

L'équipe Psy'surdités est bilingue français/LSF. Elle se compose d'« entendants » (2) (Holcomb, 2016) et de sourds : ces deux cultures (entendante et sourde, 3) s'additionnent, entrent en perpétuelle discussion pour favoriser la relation de soin et adapter le discours au plus grand nombre de personnes. Comment décrire les symptômes et proposer des soins ? Quel « langage commun » ? Il s'agit de trouver la meilleure correspondance sémantique entre les deux langues et de repenser la sémiologie psychiatrique.

Cet article présente nos réflexions pour déployer cette clinique particulière auprès de patients aux modes d'expression très différents de nos représentations habituelles.

UNE ÉQUIPE EN CONSTRUCTION

L'équipe pluridisciplinaire comprend Julie, psychiatre, Laure, cadre de santé (toutes les deux à 20 %), Mathilde, infirmière, Alicia, intermédiatrice (IM) en santé et Lorrie, secrétaire (toutes les trois à mi-temps). Dans les soins, le rôle de l'intermédiatrice

consiste à établir un pont entre le public sourd et les professionnels entendants (voir *infra*).

Pour le nom de l'unité, Psy'surdités, le pluriel s'est imposé compte tenu des différents types de consultants (sourds/malentendants/enfant entendant de parents sourds (EEPS)/aidants en lien avec la surdité...) et aux formes de communication variées (oraliste/LSF/langue parlée complétée/transcripteur/écriture/codes...) (voir encadré ci-dessous) que ce soit en présentiel ou distanciel. Actuellement, l'accueil est destiné à un public adulte (à partir de 18 ans).

Préalable essentiel au sein de l'équipe, tous les échanges se réalisent en LSF. Pour cela, nous nous sommes toutes formées (4) : Alicia a un niveau C1, Mathilde, Lorrie et Julie ont acquis un niveau A2 en 2024, Laure un niveau B2 en 2022. Il existe six niveaux : élémentaires (A1 et A2), intermédiaire (B1 et B2) et avancé (C1 et C2). Les demandes de consultation se font par SMS, WhatsApp, Messenger (une page Facebook a été créée spécifiquement pour communiquer avec la communauté) ou encore par mail. Pour être en conformité avec la loi handicap de 2005 (5), qui renforce l'accès des patients en situation de handicap à des soins de qualité, Lorrie, la secrétaire de l'unité, propose toujours la présence d'un interprète français/LSF lors du premier entretien. Beaucoup de patients la refusent, ayant connaissance de la présence d'Alicia (l'intermédiaire), aux

rendez-vous ou parce qu'ils considèrent que le niveau de LSF des membres de l'équipe est suffisant ou encore parce qu'ils favorisent la communication orale dans les échanges.

Aujourd'hui, la file active comprend 41 patients.

LIEN AVEC LA CULTURE SOURDE

La culture sourde (3) repose essentiellement sur un accès visuel au monde, efficace et facile, et sur des expériences partagées (Holcomb, 2016). Chaque patient sourd ou malentendant est une personne unique au même titre qu'un entendant, à ceci près que sa première langue maternelle est gestuelle.

Le niveau linguistique acquis par la personne sourde dépend de multiples facteurs : elle a grandi au sein d'une famille entendant (dans 90 % des situations) ou au contraire sourde ou bilingue, elle est devenue sourde avant ou après l'acquisition de la parole, elle a appris la langue des signes plus ou moins tardivement, elle a suivi sa scolarité en milieu ordinaire ou dans une classe bilingue, elle est appareillée ou implantée (implant cochléaire). Les différences d'acquisition de la langue vont considérablement orienter les échanges médicaux/infirmier et l'intermédiaire (IM) a un rôle crucial pour les soutenir.

RÔLE ET PLACE DE L'IM EN SANTÉ

Alicia, notre intermédiaire, est sourde non appareillée. Elle a suivi des études

universitaires après son baccalauréat en langue vivante. Différentes expériences professionnelles dans l'accompagnement médico-social lui ont permis d'acquérir de bonnes capacités d'écoute et de bien identifier son rôle au sein de l'équipe et auprès des patients. Elle s'est notamment approprié un peu plus ce métier lors d'une immersion au Centre médicopsychologique (CMP) Signes de Poitiers en février 2024, où exerce une IM expérimentée. Ce centre propose des consultations individuelles en LSF et intervient en activité de liaison dans les services du centre hospitalier Laborit afin de faciliter leur prise en charge.

L'IM en santé accompagne à la fois les intervenants entendants et les patients sourds, locuteurs de la LSF. Elle apporte un éclairage linguistique et culturel. Elle permet la reformulation, s'assure de la compréhension du patient, aide à l'expression des symptômes par ses interventions de « retraduction » même en présence d'interprète français/LSF. Pour différencier ces deux fonctions, précisons que le rôle de l'interprète est de traduire fidèlement et de façon la plus neutre possible le discours de l'entendant ou de la personne sourde. L'IM, elle, soutient les membres entendants de l'équipe dans leur discours (les corrige aussi parfois, leur conseille l'usage de telle tournure plutôt qu'une autre moins claire) et peut reformuler les propos du patient pour s'assurer de la bonne compréhension de tous. Elle peut intervenir lors des consultations. Elle identifie les niveaux de LSF selon les critères lexicaux et sémantico-syntaxique liant l'iconicité (en lien avec ce qui est à voir du réel) et la spatialisation (emplacement des signes) qui sont des éléments clés de la LSF. Elle explore la langue des signes du patient et la met en mots sous forme de tableau dans son dossier. Cet outil, qu'elle a élaboré, traduit donc son observation linguistique et l'identification des besoins dans les échanges soignant-soigné. Il précise la gestuelle utilisée par le patient (configuration des mains, expression du visage, emplacement, regard). Il regroupe également les adaptations qui peuvent être utiles au soignant avec ce patient (utilisation de phrases courtes avec une syntaxe simple, utiliser des images, favoriser l'iconicité...).

Dans sa pratique quotidienne, Alicia cherche sans cesse à comprendre les symptômes, les troubles, les pathologies. Ces dernières sont-elles à mettre en lien

Culture sourde et communication

Si la langue des signes est la plus connue, il existe plusieurs méthodes de communication, qui peuvent être utilisées seules ou de façon mixte.

- **Être oraliste** signifie que la personne sourde va privilégier l'utilisation de la parole et la lecture labiale dans sa communication.
- **La Langue des signes française (LSF)** a été officiellement reconnue comme une « langue à part entière » en 2005 grâce à la loi du 11 février 2005 sur le handicap et la citoyenneté. Au même titre que les autres langues, elle est certifiée par le Cadre européen commun de référence pour les langues (CECR). Comme toute langue, il existe des accents régionaux en LSF.
- **Le langage parlé complété (LPC)** est un outil d'aide pour appréhender davantage la lecture labiale et la langue orale. Le LPC résout les confusions liées aux similitudes labiales. Le geste de la main à côté du visage va permettre de différencier des sons comme « pa », « ba » et « ma », souvent perçus de la même manière avec la lecture labiale.
- **La transcription** correspond à la transformation du message oral en message écrit. Cette retranscription peut se faire directement par l'intermédiaire d'une application sur téléphone ou ordinateur soit par un vélotypiste, personne qui va traduire un discours en direct, grâce à une méthode de saisie de texte (comme les discours présidentiels).
- **L'écriture** est très peu utilisée par les sourds et n'est pas en soi un outil de communication à valoriser dans les échanges, le niveau de français écrit étant très hétérogène d'un sourd à l'autre.
- **Les codes** ressemblent davantage à des codes familiaux, qui ont été utilisés en famille à défaut d'avoir appris la LSF.

avec le niveau linguistique observé? Ce niveau est-il consécutif à la maladie ou à un problème d'acquisition de la langue première? Est-il possible d'aider l'équipe soignante si l'IM a une méconnaissance de la sémiologie clinique? Comment les soignantes entendantes, avec leur niveau de LSF, peuvent-elles accompagner les patients dans leurs difficultés? *In fine*, comment la sémiologie psychiatrique s'adapte-t-elle à la sémantique en LSF?

SÉMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE ET SÉMANTIQUE LSF

La sémiologie psychiatrique possède un champ sémantique très varié, riche et complexe. Dans le langage parlé courant, de nombreux synonymes existent pour expliquer un mot et lui donner une définition.

Reposons schématiquement quelques grands principes, pour bien comprendre les enjeux. À l'oral, nous utilisons en premier la phonation et l'audition pour communiquer. En LSF, comme dans toutes langues gestuelles, on utilise en premier lieu le visuel : une personne va faire des gestes, des signes et son interlocuteur la comprend avec sa vue. Il s'attache ainsi aux signes qui sont des éléments de vocabulaire mais aussi à un ensemble plus globalisé, le corps intervenant dans l'expression du « mot » (Millet et Kobylanski, 2023). Le signe comporte des iconicités (une caractéristique visuelle d'un mot) et des paramètres manuels (orientation, mouvement, configuration et placement des mains par rapport au corps) et non manuels (expressions faciales, direction du regard). Il constitue un élément d'une phrase et ne peut être décontextualisé au risque de perdre ce que le patient cherche à exprimer (par exemple, les termes « bateau » ou « maison » ont la même configuration, précisée et complétée par d'autres éléments).

En psychiatrie, la conduite d'entretien s'intéresse aux « mots » utilisés pour expliquer les maux. Pour analyser la situation, le clinicien tient compte, entre autres, du champ lexical du patient. En LSF, il en est de même mais tous les mots d'un même champ lexical/sémantique n'ont pas leur équivalent en signes. De plus, le vocabulaire en LSF très iconique (imagé) diffère selon les expériences visuelles et sociales du signeur. Notre pratique d'entretien n'est donc pas la même avec des patients entendants et nous apprenons au fil des rencontres. La relation avec une des

premières patientes de l'unité, Gabrielle, a beaucoup nourri nos réflexions.

GABRIELLE

Gabrielle 47 ans, vit en région parisienne (6). Elle contacte pour la première fois Psy'surdités par SMS pour demander une téléconsultation avec le psychiatre. Elle a un très bon niveau de français écrit et utilise une langue des signes très fluide. Elle a été implantée avant ses 10 ans, mais a fini par retirer ses implants cochléaires, car elle n'était pas satisfaite des résultats malgré des années de rééducation orthophonique. Le premier entretien médical se déroule en présence d'un interprète. Gabrielle semble présenter depuis plusieurs mois un état dépressif majeur avec des idées suicidaires non scénarisées. Un traitement antidépresseur est mis en place et des entretiens de suivi médico-infirmiers et infirmiers sont programmés. Nous proposons à Gabrielle de les effectuer en visio, avec Alicia, l'IM, sans interprète, à raison de deux rendez-vous par semaine. Les objectifs sont les suivants :

- créer une alliance thérapeutique ;
 - identifier les ressources déployées par la patiente ;
 - observer les éventuelles recrudescences d'idées suicidaires ;
 - s'assurer de la tolérance et de l'efficacité thérapeutique du traitement médicamenteux ;
 - repérer un éventuel « virage maniaque » (7) à J10 de l'introduction de ce traitement, car le diagnostic n'est pas facile à poser.
- Au fur et à mesure de la prise en charge, Laure, la cadre de santé, précise les objectifs des entretiens à l'équipe et identifie, régulièrement, le niveau de compréhension d'Alicia. Il est nécessaire de lui expliquer la pathologie de Gabrielle. L'intermédiaire connaît la dépression mais ce terme est si galvaudé qu'elle a besoin d'accéder à des connaissances et au vocabulaire spécifique transmis par l'équipe soignante. Julie, la psychiatre, à l'aide de schémas et de LSF, lui explique les mécanismes de la dépression, crée un graphique, classe les différents types de dépression. Mathilde, l'infirmière, et Laure ponctuent les propos, donnent des exemples et établissent la sémiologie de la dépression. Chacune participe selon son niveau de LSF, corrigée par Alicia. Après ce premier travail de compréhension, vient le moment d'aborder les soins.

Les soignants de l'unité sont très inquiets car certains comportements rapportés par Gabrielle (débordement affectif, sensibilité exacerbée, consommation quotidienne de cannabis...) et identifiés lors des entretiens en visio (tendance à l'exaltation, grands mouvements, rires immotivés...) interrogent sur un possible trouble de l'humeur. Mais là encore, ce n'est que la perception d'« entendants » qui doivent prendre en considération la culture sourde et la langue des signes de Gabrielle (et donc son expression corporelle) pour préciser le diagnostic. Aucune des soignantes ne connaît le signe [maniaque]. Il est épelé à Alicia (plus précisément « dactylogué ») (8). Elle nous demande de préciser ce mot en français pour l'adapter au mieux en LSF : est-il question de la « maniaquerie » du ménage, de la propreté ? Que veut dire « virage maniaque » (7) ? Comment l'explique-t-on ? S'ensuivent alors pour chacune des professionnelles « entendantes » des propositions pour la meilleure compréhension, associées à des exemples de symptômes. Julie utilise la métaphore de l'avion : il décolle pour prendre de l'attitude puis subit des turbulences. Mathilde part du front avec sa main plate montant vers le ciel avec une expression du visage pouvant être interprétée comme « explosif ». Laure utilise ses 2 mains avec le signe [voiture], l'une dans un sens et l'autre à l'opposé. Alors que la [voiture] suit normalement son chemin, elle prend soudain un virage à 180 ° degrés et va en contresens. Nous nous approchons timidement et maladroitement des dimensions spatiales et iconiques propres à la LSF. Alicia reste perplexe quant à ces démonstrations. Comment, à l'aide des différentes représentations de chacune, en LSF, va-t-elle pouvoir soutenir l'entretien si cela s'avère nécessaire ?

Alicia nous propose donc de reformuler. Pour cela, elle se base sur ce que Gabrielle rapporte de son quotidien lors des entretiens, mais aussi sur sa façon de signer les événements. Elle tente de partager ce qu'elle a compris des explications des soignantes mais n'est pas totalement satisfaite de ce qu'elle transmet à l'équipe. Elle travaillera encore de nombreuses semaines, comme ses collègues, sur la juste adaptation pour individualiser le discours au patient.

L'évolution de Gabrielle a confirmé le trouble dépressif (sans « virage

manique »). Un an après, elle va beaucoup mieux. Elle a déménagé dans une autre région et se réinvestit dans son travail. Elle cherche un psychologue signant, sans succès jusque-là. Nous lui proposons toujours des visio IDE/intermédiaire et des consultations médicales. Elle a arrêté son traitement, a un très bon *insight* et est capable de nous interpellier quand elle a des questions ou des recrudescences anxieuses.

UNE PRATIQUE INFINIE

La situation de Gabrielle a mobilisé des ressources infinies chez chaque membre de l'équipe. Non seulement les soignantes ont réfléchi à leur place lors des entretiens mais il a aussi fallu prendre en compte plusieurs associations « de paires » pour construire la relation de soins : culture sourde/entendante, culture soignante/néophyte, sémantique LSF/français.

Il serait tentant d'envisager une équivalence français/LSF pour la psychiatrie. Pourquoi ne pas créer un dictionnaire « Pi » (9) psychiatrie ? Dans ce cas, il faudrait être attentif à ce que le signe ne soit pas considéré comme un mot, ni comme un élément isolé et ne pas oublier que la LSF est une langue gestuelle, visuelle, évolutive. Elle est contextuelle, très dépendante de ce que va apporter le patient. En cela, ce n'est pas très différent de la consultation avec un entendant mais l'appréciation et l'accompagnement du discours dépend très nettement de la sémantique choisie par le patient pour évoquer ses troubles, symptômes, inquiétudes...

Nous pourrions également penser que si l'équipe atteint un certain niveau linguistique, cela suffirait à combler « un manque », une insuffisance communicationnelle, mais les entendants que nous sommes ne pensent et ne voient pas « sourd ». Il faudra des années pour nous en approcher, et il semble, pour le moment, difficilement possible d'accéder à cette pensée visuelle.

CONCLUSION

La pratique soignante de cette unité spécialisée ne s'attache pas seulement à identifier une symptomatologie mais à l'appréhender et à la comprendre avec ce que donne à voir l'expression corporelle, l'iconicité et d'autres paramètres de la langue des signes. Nous avons tout à découvrir, à faire et à construire ensemble mais aussi avec les autres équipes existantes en France. Il serait ainsi nécessaire qu'intermédiaire et infirmier, indépendamment les uns des autres, puissent bénéficier d'espaces d'analyses des pratiques professionnelles (APP) pour exprimer leurs interrogations et leurs questionnements.

Du côté des perspectives, nous avons réalisé de premières vidéos de prévention et d'information (10) pour le public sourd et malentendant. Par ailleurs, nous souhaiterions filmer les entretiens avec les patients. La LSF n'a pas d'écriture, nous nous appuyons sur ce que l'on voit lors de nos échanges, or ils sont très riches, intenses, demandent beaucoup de concentration pour capter les messages, le discours du patient locuteur. La vidéo ainsi réalisée pourrait nous servir de trace pour l'analyse clinique du discours, au même titre que nous utilisons les dossiers des patients pour retranscrire des expressions parlées.

1– Depuis 2019, le Fond d'innovation organisationnelle en psychiatrie, piloté par la DGOS, a pour objectif de repérer des projets innovants en psychiatrie sur l'ensemble du territoire et répondant à des orientations nationales prioritaires. La prise en charge de publics spécifiques figure parmi les orientations prioritaires.

2– Dénomination usuelle pour distinguer ceux qui ne sont « ni sourds ni durs d'oreilles ».

3– Selon la Fédération mondiale des sourds, la culture sourde inclut « les croyances, les attitudes, l'histoire, les normes, les valeurs, les traditions littéraires et artistiques partagées par les personnes sourdes ».

4– Selon le cadre européen de référence pour les langues (CECRL) qui correspond à un classement permettant d'évaluer le niveau de maîtrise d'une langue.

5– Loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté de personnes handicapées. Cette loi stipule que les patients en situation de handicap doivent bénéficier d'un accès à des soins de qualité au même titre que tout autre patient.

6– *Psy'surdités n'est pas sectorisée. Le projet a été pensé pour une réponse à des besoins sur le territoire Rouen-Elbeuf-Seine, Caux, Bray, mais nous savions que nous répondrions à des demandes émanant de l'ensemble de la Normandie et des régions limitrophes. Les structures telles que les nôtres restent très peu présentes sur le territoire français. Nous avons 90 % de consultations en présentiel et le reste en distanciel.*

7– Passage, plus ou moins soudain, d'un état dépressif douloureux à un état d'excitation euphorique hypomaniaque ou maniaque. Il peut survenir au moment de l'instauration d'un traitement antidépresseur, et constitue alors une urgence.

8– La dactylographie, selon A. Millet (Millet et Kobylanski, 2023), est un système second de la LSF qui permet « d'écrire » gestuellement le français ou toute autre langue.

9– « Pi » pourrait se traduire par « typique », « typiquement » ou encore « propre à » la communauté sourde. Il est labialisé.

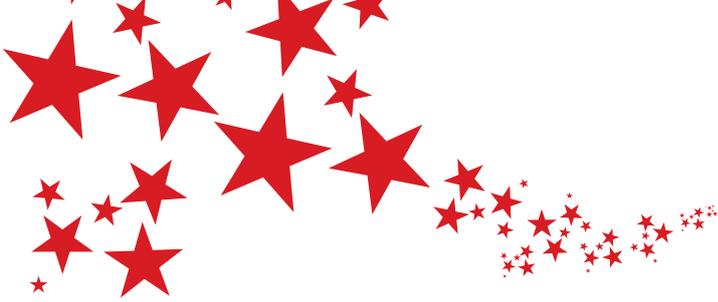
10– Quelques vidéos sont disponibles sur YouTube : <https://youtu.be/zsX3ueW4AFY> ; <https://youtu.be/fnLm92h4cIY> ; <https://youtu.be/xHDLSPwPrR44> ; <https://youtu.be/Zb73J1Q60jk>

BIBLIOGRAPHIE

- Delaporte, Y. (2022). 2. Être sourd, être entendant. In *Les sourds c'est comme ça : Ethnologie de la surdimutité*. Éditions de la Maison des sciences de l'Homme. <https://books.openedition.org/editionsms/4142>
- Gaucher, C., Vibert, S. (2010). In *Les sourds : Aux origines d'une identité plurielle*. PIE Lang.
- Holcomb, T. (2016). *Qui sont les sourds ?* In M. Golaszewski (Trad.), *Introduction à la culture sourde* (p.55-86). Ères. <https://doi.org/10.3917/eres.holco.2016.01.0055>
- Millet, A., Kobylanski, M. (2023). In *LSF, grammaire pratique : Comprendre, enseigner, apprendre*. UGA Éditions. <https://doi.org/10.4000/books.ugaeditions.30661>.

Résumé. L'accueil du public sourd ou malentendant en consultation de psychiatrie est très spécifique. Les « mots » utilisés par les patients et les soignants ont toute leur importance. La sémiologie décrite autour de ce mot qui annonce un trouble, ou inscrit une pathologie nécessite d'en comprendre le sens, d'en transmettre la définition, les symptômes. Ainsi, adapter le discours à la pluri-communication des patients sourds est l'objet d'une réflexion quotidienne de l'équipe Psy'surdités.

Mots-clés. Cas clinique – Centre hospitalier spécialisé du Rouvray – Communication non verbale – Consultation – Interprétariat – Langage gestuel – Langue des signes – Médiateur de santé pair – Pathologie psychiatrique – Relation soignant soigné – Sémiologie psychiatrique – Surdité.



« Rejoindre mon père... »

À 22 ans, Karen a perdu son père d'un cancer. Cet événement traumatique a marqué toute la famille, et la jeune femme conserve une forte culpabilité de ne pas avoir été assez présente.

VIRGINIE DE MEULDER

Infirmière, Consultation jeunes adultes NineTeen, GHU Paris psychiatrie et neurosciences.



© AdobeStock – Franciele.

Karen, 22 ans, entre timidement dans le bureau infirmier, en s'excusant de son retard. C'est une jeune femme souriante, mais on décèle dans son regard un fond de tristesse. Après deux années d'études de management, effectuées en Angleterre, elle vit chez sa mère et cherche du travail. Elle se sent vide, sans émotion ni énergie, alors que « *tout va bien* », dit-elle.

« JE VOULAIS JUSTE M'ENDORMIR »

Malgré son « assurance » ou son sourire affiché, je comprends rapidement que Karen est aux prises avec une histoire complexe. Elle se sent terriblement coupable depuis la mort de son père, survenu l'an dernier, et décrit un mal-être croissant depuis. Si elle est revenue en France, c'est pour soutenir sa mère, car son projet à elle serait plutôt de s'installer et travailler en Angleterre.

Le père de Karen est mort d'un cancer et elle n'a pas pu être très présente pour l'accompagner. Venue pour l'enterrement, elle a dû ensuite retourner rapidement à Londres pour passer des épreuves orales. Elle a deux sœurs plus âgées, qui habitent dans le sud de la France. Celles-ci se sont alors relayées auprès de leur mère, puis

elles ont repris le cours de leur vie, en reprochant à Karen son absence auprès des siens.

De son côté, Karen évoque d'importantes consommations d'alcool dès son retour à Londres. Elle avait besoin de boire « *pour oublier, s'étourdir* », arrêter ses pensées qui tournaient en boucle dans sa tête et qui lui disaient qu'elle était « *nulle, incapable d'étudier, d'être forte et de soutenir sa famille*. » Elle sortait tous les soirs avec des amis et rentrait ivre. Puis elle s'est mise à boire seule chez elle. Elle a perdu 10 kg en quelques mois, ne dormait plus, ne mangeait plus, et a été conduite plusieurs fois aux urgences pour des malaises. « *Je voulais juste m'endormir, ne plus jamais me réveiller, rejoindre mon père...* ».

Malgré ses difficultés, Karen est parvenue à terminer son année scolaire et a obtenu son diplôme.

Je la questionne sur son enfance. Karen décrit une mère épuisée, ayant toujours beaucoup travaillé pour que ses filles puissent faire de bonnes études. Elle évoque un père autoritaire, dont elle avait peur. Adolescente timide, élève « *médiocre* », elle détestait le lycée et son

père pouvait se montrer très dur. C'est à cet âge qu'elle a commencé à fumer du cannabis : « *Ça m'aidait à aller en cours et à avoir moins peur des profs, des autres et des mauvaises notes*. » Karen me raconte tout cela en souriant, comme si cela n'avait pas beaucoup d'importance.

Elle relève qu'elle va mieux depuis quelques mois, même si elle a toujours des insomnies et des cauchemars. Après l'épisode londonien, elle ne boit plus qu'occasionnellement, et a totalement arrêté le cannabis depuis trois mois. Elle fait à nouveau deux repas par jour et a repris du poids. Mais elle se sent toujours triste et éprouve moins de plaisir qu'avant à voir des amis ou à faire des activités qu'elle aimait, comme jouer de la musique.

Depuis son retour, Karen a du mal à communiquer avec sa mère. Elle aimerait pouvoir lui confier sa culpabilité et lui raconter son « *besoin d'air* » après la mort de son père. Elle n'a jamais osé lui parler de son mal-être car elle pense que sa mère a déjà suffisamment à porter avec son propre chagrin de veuve.

« LA MAUVAISE FILLE »

Je pense que Karen a souffert d'un épisode dépressif après la mort de son père, dont elle s'est en partie remise seule, même si elle présente encore des symptômes (insomnie, émoi affectif et perte de plaisir). Pour l'aider, je tente de remettre les choses en perspective.

Je lui dis qu'elle a affronté une perte immense, alors qu'elle était très jeune et seule et qu'elle gagnerait à se faire accompagner pour mettre des mots sur sa souffrance. J'évoque son deuil à elle, la dimension traumatique d'un tel événement de vie. Elle souffle : « *Oui, j'ai besoin de me poser, de penser à moi. Je ne veux plus me forcer à aller bien pour les autres*. » Peut-être que travailler sur ses émotions et son histoire avec son père lui permettrait d'en dire davantage à sa mère et de retisser le lien entre elles, abîmé par l'éloignement géographique, la maladie du père qui prenait toute la place, et les reproches des sœurs qui ont fait d'elle « *la mauvaise fille* ».

Je lui donne les coordonnées de plusieurs associations qui proposent des prises en charge psychothérapeutiques gratuites, tout en la félicitant d'avoir arrêté seule l'alcool et le cannabis. En attendant qu'elle trouve un professionnel avec qui elle se sente bien, je lui propose de nous retrouver pour des entretiens infirmiers.

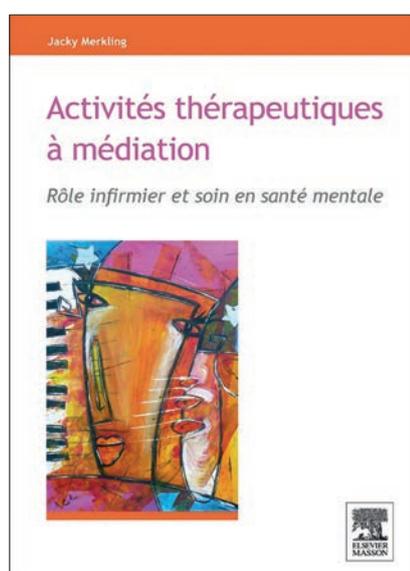
Activités thérapeutiques à médiation

Jacky Merklng

Un ouvrage qui permet de se repérer au sein des différentes activités proposées en psychiatrie.

DOMINIQUE FRIARD

Infirmier, superviseur d'équipes.



L'AUTEUR

Né en 1957, Jacky Merklng a tout d'abord travaillé deux ans en usine, avant de débiter des études d'infirmier de secteur psychiatrique (ISP) à Laxou. Diplômé en 1983, il exerce comme infirmier pendant 17 ans avant d'accéder à la fonction de cadre de santé, puis de cadre supérieur de santé en pédopsychiatrie et d'enseignant en Institut de formation des cadres de santé (IFCS). Aujourd'hui consultant et formateur, il propose entre autres des formations aux activités thérapeutiques à médiation, étayées sur la pratique de la musicothérapie qu'il a exercée pendant quinze ans.

Il fait partie de ces ISP, qui après la suppression de leur diplôme en 1992, ont eu à cœur de poser les fondements théoriques du soin en psychiatrie. Il a publié de nombreux ouvrages destinés aux étudiants en soins infirmiers en psychiatrie (avec S. Langenfeld, 1) ou aux professionnels de psychiatrie (2, 3).

L'OUVRAGE

Les travaux de Jacky Merklng ne sont généralement pas considérés comme constituant une théorie de soins, telle que le définissent les Anglo-saxons et qui ne sont, en réalité, qu'une philosophie de soins. Ils ont pourtant une cohérence interne et un pouvoir explicatif voire herméneutique qui se décline d'ouvrages en ouvrages.

Le but de ce livre est de catégoriser les activités dites de médiation (notion à la fois beaucoup plus large et plus restreinte que les « simples » activités occupationnelles). Merklng s'appuie sur les différentes fonctions mobilisées par le sujet dans son rapport avec lui-même et son environnement. Les fonctions cognitives permettent d'ajuster les réponses de l'individu à ses besoins et aux sollicitations externes. Les compétences relationnelles favorisent les interactions avec l'environnement social nécessaire pour se développer et exister. Le corps rend effectif la participation au monde qui impose en permanence mouvements, déplacements, manipulations. Et enfin, la vie affective permet de sentir le goût de l'existence et de soutenir son envie de vivre. A ces quatre fonctions ou champs correspondent quatre catégories d'activités et quatre chapitres de l'ouvrage :

- les activités centrées sur le maintien et le développement des capacités cognitives ;
 - les activités centrées sur le maintien et la reconstruction des compétences relationnelles ;
 - les activités centrées sur le corps ;
 - les activités centrées sur la vie affective.
- Dans chaque chapitre sont dépliés des éléments théoriques qui permettent de comprendre les mécanismes thérapeutiques à l'œuvre. Les quatre catégories

évoquées sont identifiées comme relevant du soin à visée sociothérapeutique (rôle propre infirmier).

Avant de se lancer dans la catégorisation et l'approfondissement de chaque type d'activité qui reste tout à fait critiquable, un premier chapitre situe ces activités à médiation dans le cadre global du soin en psychiatrie. Sont abordées dans ce chapitre des généralités qui détaillent les différents aspects du soin notamment infirmier, les caractéristiques des différentes entités pathologiques. Un autre chapitre définit les aspects structurels et dynamiques de ces actes de soin spécifiques que sont les activités de médiation. Les notions de groupe, de jeu, d'espace transitionnel, de transfert, de médiations, de cadre et de contrat de soin sont éclairées. Un chapitre est centré sur la notion d'animation qui reste évidemment fondamentale dès qu'il s'agit d'insuffler de la vie dans ces groupes.

La dernière partie présente les activités à visée psychothérapeutique, sur prescription médicale, qui visent à modifier quelque chose du fonctionnement psychique du patient. L'intention psychothérapeutique implique toujours un travail qui favorise l'expression mais pas seulement dans une visée de soulagement. Elle tend aussi à rendre possible la mise à l'extérieur d'éléments internes : affects, pulsions, pensées, préoccupations, désirs. Elle est donc suivie par un deuxième temps d'exploitation de ce qui a été exprimé.

L'INTÉRÊT POUR LES SOINS

L'infirmier débutant trouvera dans cet ouvrage les éléments pour le guider dans l'élaboration d'un projet d'activité mais aussi pour penser ce qui s'y vit et s'y échange et donc en évaluer l'impact. L'éclairage théorico-pratique proposé permet de donner du sens à une pratique qui en manque parfois.

1– Merklng J., Langenfeld S., *Fiches de soins infirmiers en psychiatrie*, Elsevier Masson, 2019.

2– Merklng J., *Le métier d'infirmier en santé mentale, Savoirs et pratiques*, Éditions Seli Arslan, Paris, 2007.

3– Merklng J., *Les fondements de la relation de soin, Savoirs essentiels, outils à mobiliser et professionnalisation*, Éditions Seli Arslan, Paris, 2017.

Merckling J., *Activités thérapeutiques à médiation. Rôle infirmier et soin en santé mentale*, Paris, Elsevier Masson, 2010.

Occupationnel et/ou thérapeutique ?

Souvent dévalorisées et opposées au « thérapeutique », les activités dites occupationnelles sont pourtant essentielles pour entrer en relation avec le patient, contenir ce qui le déborde, modifier l'ambiance de l'unité de soin... Pour sortir de cette opposition, il faut rappeler que le thérapeutique n'est pas toujours planifiable. Il surgit parfois là où on l'espère mais bien plus souvent ailleurs, dans l'informel, les interstices, à condition qu'on prête à ces moments l'attention qu'ils méritent. Repères et retours d'expériences.



Aude Herlédan - Yellow - Collection privée © 1831 ArtGallery.

- 22 « C'est de l'occupationnel... »
Dominique Friard

- 30 L'occupation au cœur de l'ergothérapie
Gaëlle Riou

- 36 L'occupationnel, enjeu contemporain du soin
Didier Bourgeois

- 41 « C'est la recette pour sortir au plus tôt... »
Stéphane Cognon

- 42 « Il y a du monde dont il faut s'occuper... »
Ahmed Benaïche

- 48 La P'tite Cafète, portes grandes ouvertes
Éric Lotterie

- 54 L'occupationnel au service du rétablissement
Natasa Arvova, Michel Miazza

- 60 Les activités, formidable outil thérapeutique
Michel Combret

- 66 Pour en savoir plus

« C'est de l'occupationnel... »

Les activités occupationnelles méritent mieux que le dédain qu'elles suscitent souvent. Encore considérées comme des passe-temps, elles permettent pourtant aux soignants de s'ajuster très précocement au patient et à ses besoins. Illustration avec l'histoire de Zoltan.

« Allo Dominique, tu penses que tu pourrais organiser un tournoi de ping-pong inter-pavillons dans ton unité la semaine prochaine ?

– Bonjour Patrick, un tournoi de ping-pong, pourquoi pas mais habituellement, tu proposes des activités plus artistiques. Le sport, ce n'est pas ton truc, non ?

– Tu as raison. C'est une idée. Tu as entendu parler de Zoltan Dimitrescu, un réfugié roumain hospitalisé sous contrainte dans notre unité ? Il est très persécuté, très sensitif, il suffit d'un rien pour qu'il s'agite et devienne violent. Comme il ne parle pas français, c'est très compliqué de communiquer. Il n'y a que Françoise, une patiente polyglotte, qui y parvienne parfois, quand elle-même n'est pas envahie par ses voix.

– J'en ai entendu parler. Les collègues ont été appelés plusieurs fois la semaine dernière pour le contenir physiquement et lui imposer une injection. Ils disent que c'est une "armoire à glace".

– Oui, oui. Un seul truc semble l'apaiser et lui proposer une proximité relationnelle acceptable : le ping-pong. Il a pris la balle

et les raquettes et a indiqué de la tête à quelques patients et soignants qu'il souhaitait faire une partie. Françoise a été la première. La pauvre, elle n'avait pas le niveau et désarticulée comme elle l'est, c'était mission impossible, mais elle a fait rire Zoltan. Rire, tu te rends compte ? Bref, j'ai joué aussi mais je n'y connais rien, j'arrivais à peine à lui renvoyer la balle, il m'a balayé. J'ai essayé de l'inclure dans les activités picturales ou plastiques que j'anime mais il m'a regardé comme si je le prenais pour un môme, comme si je lui manquais de respect. Je me suis dit qu'on pouvait partir du ping-pong pour essayer d'entrer en contact avec lui.

– Pourquoi un tournoi ?

– Il pourrait jouer avec plusieurs partenaires de son niveau et peut-être entrer en relation avec l'un d'eux. Ce qui me frappe, c'est qu'il est très attentif à Françoise, presque tendre. Il semble vraiment se soucier d'elle sans qu'il y ait quoi que ce soit de scabreux dans son attitude.

Un tournoi dans votre unité permettrait aux collègues chez nous de souffler. Ils sont sans arrêt sur le qui-vive. Au moins, pendant la durée du tournoi, ils pourraient se relâcher et Zoltan s'immerger dans une autre ambiance. Il ne se sentirait pas au centre de l'attention générale, ce qui, à mon avis, contribue à nourrir son sentiment de persécution. Et puis s'il remportait ce tournoi, ça le gratifierait et lui donnerait une autre image de lui.

Dominique FRIARD

Ancien Infirmier de secteur psychiatrique, superviseur d'équipes.







L'artiste du mois : Aude Herlédan

Aude Herlédan, peintre et sculptrice, a expérimenté une grande variété de styles, dont l'abstraction moderniste, le minimalisme et l'expressionnisme abstrait. Grande voyageuse, Aude a vécu en Afrique de l'Ouest, au Brésil, au Kenya (où elle a travaillé pour l'ONU), à Londres, à Paris... autant d'expériences et de rencontres qui ont inspiré et nourri sa pratique. Ses principales sources d'inspiration sont la littérature, la poésie, les maîtres du XX^e siècle et l'abstraction de l'art africain.

Née à Paris, en 1966, Aude Herlédan, après l'obtention de son diplôme de l'école Estienne (École nationale des arts et communication), devient directrice de création dans une agence de publicité tout en étudiant à l'école des Beaux-Arts de Paris et à l'École du Louvre. Pendant ces années, elle continue à s'exprimer artistiquement, jusqu'à se consacrer entièrement à sa création. Elle vit aujourd'hui à Paris et en Sologne, où elle a ses ateliers. Son travail est représenté à Paris, par 1831 Art Gallery et dans le monde par 9 autres galeries internationales, (Palm Beach, San Francisco, Los Angeles, New York...). On peut également découvrir ses créations lors des grands salons et événements d'arts contemporains internationaux.

Les œuvres présentées dans ce numéro jouent avec les matières, les formes, les couleurs. D'une grande intensité visuelle, poétiques, ses compositions sont à la fois précises et libres par le geste. Elles se présentent comme des mondes en soi, des paysages de l'âme, invitent à la rêverie. Vibrantes, tantôt joyeuses, éclatantes, tantôt plus mélancoliques, elles expriment toutes les expériences émotionnelles, la plénitude des sensations... Un univers puissant et inspirant.

• **En savoir plus :** www.audeherledan.com, www.1831artgallery.com

– Tu ne crains pas qu'il s'agite en cas de défaite ? Qu'il ne supporte pas la frustration ?

– Bien sûr, il y a toujours un risque mais je ne crois pas. Il ne fonctionne pas en action/réaction. Il a ri des maladresses bien intentionnées de Françoise. Il a bien compris, me semble-t-il, qu'elle jouait pour lui faire plaisir. C'est vrai que nous le connaissons peu, mais ses agitations restent toujours lisibles, presque prévisibles. Elles semblent suscitées par tout ce qui lui paraît impliquer un préjudice pour lui. Pas un simple refus, pas une simple frustration mais quelque chose qui menace son intégrité, qui lui donne un sentiment d'injustice. Si quelqu'un trichait, par exemple, dans le comptage des points, alors oui, là ça pourrait dégénérer.

– Hum, pourquoi moi ?

– Parce que tu as déjà organisé des tournois de pétanque ou de ping-pong qui ont mobilisé beaucoup de collègues et de patients des six unités du service, que tu te débrouilles pour que chacun ramène un prix et puis franchement tu me vois annoncer en réunion institutionnelle que j'organise un tournoi de ping-pong dans l'unité ? Tout le monde va rire sous cape et personne ne viendra. »

SORTIR DE SA ZONE DE CONFORT

Cet échange téléphonique avec mon regretté collègue, trop tôt disparu, Patrick Soriano, illustre une des manières de concevoir une activité. Elle emprunte un chemin aujourd'hui souvent inusité. Elle ne précède pas le patient mais constitue une façon de s'ajuster à ses besoins ou, pour être précis, à ce que nous pensons être ses besoins. Elle s'appuie sur l'observation d'un patient en mouvement, sur ce que le soignant repère de ressources dans la vie quotidienne, dans sa relation avec les professionnels et les autres patients, elle s'étaye sur des hypothèses cliniques que l'activité viendra ou non valider. À cette étape, les soignants se soucient peu de savoir si l'activité sera occupationnelle, socio ou psychothérapique (voir aussi encadré p. 25). Comme le dit Patrick, un ou plusieurs soignants ont une idée et sont prêts à faire ce qu'il faut pour la tester. Ils en ont l'initiative et il s'agit d'abord et avant tout de la soutenir.

PETITE SÉMILOGIE DU PING-PONG

Chaque unité était dotée d'une table de ping-pong. Les patients pouvaient jouer l'un contre l'autre mais ce n'était pas si

fréquent. Les soignants étaient les partenaires les plus recherchés. On y jouait surtout pour passer le temps, échanger quelques balles avec un patient qui s'ennuyait ou tournait en rond dans la cour de l'unité. Le degré zéro de la relation. Faire un match entier, en trois sets, supposait une disponibilité que nous n'avions pas toujours. Petit à petit, nous nous sommes rendu compte que ce n'était pas n'importe quel patient qui y jouait, ni à n'importe quel moment de son hospitalisation et de l'évolution de ses troubles.

Bien sûr, les patients en état maniaque étaient très « demandeurs ». Dès leur entrée, ils nous sollicitaient. Les échanges étaient brefs, ponctués de smashes intrépides et peu préparés. Ils jouaient jusqu'à ce qu'un autre stimulus attire leur attention. Il s'agissait alors pour nous de prolonger le plus possible ce qui n'était pas réellement un échange. J'en ai même vu un tenter de jouer tout seul. Ils commençaient à moins nous solliciter quand la manie s'apaisait pour ne plus du tout s'y intéresser quand une phase mélancolique succédait à l'état maniaque. À l'inverse, la première invitation à jouer signalait la sortie de l'état mélancolique.

D'autres, les délirants, par exemple, ne jouaient que lorsqu'ils commençaient à pouvoir réinvestir la relation à l'autre. La distance autorisée par la longueur de la table rendait la relation à l'autre, soignant, possible. Petit à petit, un rapprochement physique tout autant que relationnel pouvait s'amorcer. Certains enfin, les plus chronicisés, renvoyaient la balle mécaniquement, presque automatiquement. Ce renvoi machinal (au sens de machine), imposé, en écho, était tout ce qu'ils pouvaient consentir de relation. Il fallait alors tenter de les surprendre tout en leur permettant de renvoyer la balle.

L'attention à la façon dont chaque patient investissait le ping-pong et les différents éléments qui constituent l'activité (proximité avec la table, posture, façon de tenir la raquette, coups préférés, stratégies, manière de s'adapter ou non à l'adversaire, comptage des points...) nous a permis de concevoir et de nourrir une sorte de « sémiologie du ping-pong » que nous pouvions décliner à l'envi, beaucoup plus riche que ce que j'en laisse ici transparaître.

D'occupationnelle, l'activité était devenue potentiellement sociothérapique puis psychothérapique via les entretiens informels puis formels qui succédaient parfois aux parties (notamment chez les

patients borderline). Aux règles du jeu propres au ping-pong se rajoutaient, pour les soignants, d'autres règles, répondant aux nécessités thérapeutiques. Ainsi par exemple, dans une partie de ping-pong sportive classique, les joueurs évitent de faire rebondir trop haut la balle afin d'empêcher un smash irrattrapable. Dans une partie « thérapeutique », si cela présente un intérêt (pour l'estime de soi du patient, favoriser une attaque offensive du soignant – s'autoriser à –, ou tout simplement mieux maîtriser le geste) on fera, au contraire, rebondir la balle plus haut pour permettre au patient de la smasher. Il m'est aussi arrivé de dessiner des yeux, un nez et une bouche sur une balle pour une patiente qui ne supportait plus un beau-père trop présent et n'arrivait pas à le tenir à distance. Grâce au comptage des points, il était même possible de travailler les symptômes cognitifs de certains patients, indépendamment de l'attention que l'activité requiert.

Certains soignants, notamment lorsqu'ils ont un bon niveau ou lorsque l'activité ne renvoie qu'à elle-même c'est-à-dire à une forme de compétition, ne peuvent pas franchir ce pas. Pour eux il est parfois narcissiquement impossible d'être battu par un patient. Ils perdraient la face. D'autres n'envisageront même pas de jouer contre un adversaire qui ne maîtrise pas les rudiments du jeu. Le *game* doit céder la place au *play*. Dans la pensée du soignant, la balle doit devenir un objet de relation qui passe de l'un à l'autre et que chacun renvoie comme s'il était impossible de la conserver pour soi. Ce qui importe alors ce n'est pas le résultat chiffré du match mais la circulation de l'objet de l'un à l'autre, rendue possible par un minimum de règles qui font que la raquette, la table et la balle ne sont pas de simples *toys* (jouets) que l'on pourrait animer en solitaire. En ce sens, la balle n'est pas réellement un objet transitionnel mais bien un objet de relation.

LES TOURNOIS, UN ÉVÉNEMENT DANS LA VIE D'UNE UNITÉ

Les tournois de ping-pong sont apparus dans ce contexte. À la différence des échecs et du jeu de dames, le ping-pong est une activité bruyante. À l'oreille, on peut différencier les chevrons des débutants, le rythme des échanges est beaucoup plus rapide. Le bruit de parties endiablées attire des spectateurs qui prennent parti et encouragent l'un des

Définitions

L'ACTIVITÉ

Ainsi que l'écrivent F. Cluzel et B. Mayras, intervenants au Conservatoire national des arts et métiers (CNAM), « un concept d'activité est particulièrement complexe à définir. » (1) Ils relèvent qu'il est mobilisé dans divers domaines et disciplines, ce qui témoigne de sa complexité et de sa polysémie. « Pour Schwartz (2007), le terme "activité" peut être un mot sans contenu conceptuel précis, séjournant à l'état flou, fonctionnant "à l'aveugle", dans notre langage quotidien ou dans divers champs scientifiques ». (1)

Il faut ouvrir le dictionnaire de la lexicographe C. Paillard pour trouver une définition d'activités (au pluriel) : « Liée à la création, parfois à la répétition, l'activité est rattachée à la tâche effectuée et à son évaluation. Il s'agit d'un ensemble d'opérations effectuées pour réaliser un objectif, qu'il soit individuel et collectif. » (2) L'autrice précise cette définition avec trois sous-entrées : activités infirmières, activités thérapeutiques et animation.

– Les activités infirmières sont inscrites dans le rôle propre mais aussi dans le contexte collaboratif de l'équipe soignante.

– Paillard reprend la définition des activités thérapeutiques proposée par M. Potier, dans son dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers : « Le plus souvent réalisées en groupe, les activités thérapeutiques ont une fonction de relation ; elles mobilisent les capacités intellectuelles, affectives et psychomotrices du patient, et modifient son état psychique. Bien que leurs objectifs soient identiques, il faut différencier l'activité et l'atelier thérapeutique dont le but est la réinsertion vers le monde professionnel. » (3)

– L'animation favorise les échanges, propose des activités de divertissement, de créations culturelles et artistiques sources de moments de plaisir, encourage et facilite le maintien des liens sociaux. « L'un des objectifs de l'animation est thérapeutique, les activités sont multiples comme le théâtre, la lecture, les ateliers d'écriture, le sport, le jeu. » (2)

Retenons qu'une activité doit non seulement être proposée en fonction d'un objectif plus ou moins précis mais également animée (animer = donner de la vie). Je me souviens d'un infirmier qui « accompagnait » un patient à la cafétéria de l'hôpital avec son walkman vissé sur la tête ; où étaient alors la vie, l'échange, le lien ? L'activité n'est pas un pur acte. Elle ne se suffit pas à elle-même.

L'OCCUPATIONNEL, OU SOCIOTHÉRAPIE

Avant d'être reprise par les ergothérapeutes (« *occupational therapist* » en anglais) qui lui ont donné ses lettres de noblesse (voir aussi l'article de G. Riou, p. 30), la notion d'occupation a été souvent brocardée en psychiatrie avant de retrouver jeunesse et légitimité sous le nom de « sociothérapie ». Le psychiatre G. Massé (et al.) note que « Les sociothérapies recouvrent un vaste champ d'activités de soin et trouvent leurs origines dans l'idée thérapeutique d'une réadaptation par l'activité, la créativité, l'éducation et la rééducation. Au cours de l'histoire [nombre d'auteurs de ce dossier s'y référeront], ces différentes thérapies ont été utilisées puis abandonnées selon les effets de "mode" et sous l'influence de courants qui ont traversé les institutions psychiatriques. Les infirmiers ont toujours été les acteurs et souvent les initiateurs de ces activités. [...] Les activités occupationnelles des débuts sont devenues des activités "jardin, cuisine", les activités d'éducation se sont transformées en ateliers (informatique, lecture, écriture) et les activités de créativité en ateliers d'art, de thérapie à travers des groupes de théâtre, de musique, de peinture, des sorties, des séjours thérapeutiques. » (4)

Les infirmiers E. Dignonnet et A-M Leyreloup, dans le *Dictionnaire infirmier de la psychiatrie*, énoncent que les activités occupationnelles, d'une manière spécifique, « visent à apprendre au patient à occuper son temps libre, qui lui apparaît souvent comme un temps "vide". Cependant, il ne s'agit pas de "remplir" sa journée. Le soignant qui organise ce type d'activité l'utilise pour observer les interactions du patient avec son environnement et son entourage et les ressources qu'il met en œuvre. » (5) Ces mêmes auteurs relèvent à propos des divers types d'activités proposées en psychiatrie « qu'un alphabet même écrit par Prévert ne suffirait pas à décrire tous ces espaces propices au décodage, à l'intervention, à la compréhension, à l'acceptation, au soin. » (6). Se référant à J. Broustra (7), ils les décrivent comme des « espaces bricolés », « le cœur du sujet, des espaces où l'inventivité, la création permettent des surprises, des "possibles" » (6). Peut-on rêver plus belle définition ?

1– Muller A. (coord.), 80 concepts en santé. Soins infirmiers, Elsevier Masson, Paris, 2024. 2– Paillard C., Dictionnaire des Concepts en Sciences Infirmières. Vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné, 6^e Ed, Éditions Sètes, Paris 2023. 3– Potier M., Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers : Dictionnaire à l'usage des étudiants et professionnels infirmiers, Rueil-Malmaison : Lamarre, 2022. 4– Massé G., Algrandi-Fildier B, Garnier A-M, Moulías R., Naudet C., Processus psychopathologiques. UE 2.6, Éditions Lamarre, Paris, 2010. 5– Ivanov-Mazzucconi S., Dignonnet E., Leyreloup A-M, Dictionnaire infirmier de Psychiatrie, Masson, Paris, 2005. 6– Aubard I., Dignonnet E., Leyreloup A-M, Ateliers en psychiatrie. Médiations thérapeutiques., Coll. Souffrance psychique et soins, Masson, Paris, 2007. 7– Broustra J., « Contributions au traitement des psychotiques en atelier d'expression », L'information psychiatrique, 1986, 62, chap.6, pp. 715-724.

partenaires/adversaires, surtout lorsqu'un soignant est en mauvaise posture. L'activité avait alors un effet mobilisateur sur la vie de l'unité. On tapait sur l'épaule du vainqueur, on le félicitait. On consolait le perdant qui maugréait, jurait qu'il prendrait sa revanche, plus tard. On en parlait encore à table, au repas. Ainsi, l'été, nous avions eu l'idée d'organiser des tournois de ping-pong dans la cour des unités. Soignants et soignés y participaient. Des affiches étaient préparées avec les patients de l'ergothérapie qui rivalisaient de créativité et amenaient fièrement leur création aux soignants de leur unité. Ils vérifiaient que l'affiche était apposée à un endroit suffisamment stratégique. Annoncés à l'avance, les tournois obligeaient les participants potentiels à s'entraîner sous le regard goguenard ou admiratif des spectateurs parfois autopromus entraîneurs. Selon le nombre d'inscrits, il y avait des éliminatoires et des prix à gagner. Les soignants ramenaient de chez eux de quoi faire des petits lots pour valoriser la participation au tournoi. L'idéal était que chacun gagne quelque chose.

L'unité qui recevait le tournoi devait être à la hauteur. Il fallait préparer un goûter d'accueil et de récompense, des boissons. De nombreux patients se mobilisaient pour préparer des pâtisseries, dresser une jolie table avec un drap, quelques fleurs, des guirlandes. Le temps d'un après-midi, le soin, plus ou moins consenti, ne semblait plus être au-devant de la scène. Chaque unité avait son ou ses champions, soignant ou soigné, et les encourageait. La réception des invités participait à la création d'un collectif plus ou moins éphémère qui mettait ses ressources en commun pour faire bonne impression. Tel patient qui traînait toute la journée en pyjama était invité à s'habiller, non pas par les soignants mais par ses pairs : « Non, Jacques, ça la fiche mal. Moi, ça me gêne pas que tu restes en pyjama, après tout on est à l'hôpital, mais là on va recevoir... ». Les hommes se rasaient, tous se lavaient les cheveux, s'habillaient, « pour faire honneur ». Chaque tournoi rassemblait une quinzaine de pongistes, une petite dizaine de pâtisseries et les patients de l'unité d'accueil, soit une quarantaine de personnes.

Les règles de circulation étaient transformées. Certaines unités étaient séparées par une porte qu'il fallait ouvrir pour l'occasion. On se rendait en délégation dans les unités plus éloignées.

Les patients hospitalisés sous contrainte, comme Zoltan, devaient être accompagnés. Les soignants qui portaient une blouse la tombaient, ceux des autres unités, avec moins de patients présents, pouvaient respirer ou proposer des soins qu'ils n'avaient guère l'occasion de réaliser en temps normal. Au retour, chacun montrait son prix, racontait comment la journée s'était passée, comment ils avaient été accueillis, qui avait gagné... D'autres contenus de parole moins centrés sur la maladie avaient droit de cité. Il y avait un événement en commun. Et si par hasard, il fallait accueillir une entrée, un nouveau patient, celui-ci découvrait un monde hospitalier sensiblement différent de celui qu'il appréhendait.

En soi, rien de directement thérapeutique mais un événement qui modifiait l'ambiance au sein des unités, qui permettait à certains patients de jouer d'autres rôles que celui de malade psychiatrique.

Lorsque mon collègue Patrick m'appelle, c'est exactement à cette qualité d'ambiance (1) qu'il pense. Zoltan jouera contre des adversaires soignants ou soignés, il sera encouragé, recevra un petit lot ou la mythique coupe (ou plutôt ce qui en tient lieu), mangera des pâtisseries et boira le jus de goyave offert par Françoise ou Béatrice qui se débrouille en allemand, la langue qu'il comprend. Il vivra un jour marquant qui lui permettra peut-être de nouer d'autres relations moins marquées par la persécution.

ÊTRE AUTORISÉ PAR L'INSTITUTION

Il est d'usage de penser les activités et leurs effets une par une sans se soucier du paysage qu'elles composent les unes à côté des autres, les unes avec les autres. Une structure de soins psychiatriques qui ne proposerait que des activités physiques adaptées serait (sauf cas particulier) totalement « à côté de la plaque ». Il s'agit d'offrir à l'investissement des patients une gamme d'activités suffisamment riche pour qu'ils puissent choisir celle qui correspond le mieux au moment qu'ils traversent, faire en sorte qu'il n'y ait pas de choix par défaut. Il faut également penser des circulations entre elles : comment un fragment d'œuvre lue dans une activité lecture va servir de support d'improvisation dans un groupe théâtre, nourrir une proposition de thème de réflexion pour un groupe parole et finalement amener un patient à s'inscrire pour le cross interdépartemental auquel l'institution participe. (2)



Aude Herliédan - La Part de l'autre, 2024, techniques mixtes sur toile © 1831 ArtGallery.



Dans cette vignette institutionnelle, nous avons croisé différentes propositions : artistiques (arts plastiques), ergothérapeutiques, sportives, pâtisseries, mixtes (journal). Le texte aurait pu en mentionner bien d'autres : vie quotidienne (autour des habiletés de la vie sociale), menuiserie, psychodrame, musique réceptive, poterie, lecture, football, tennis... Nous aurions pu également décrire la préparation des décorations de Noël et les évocations d'enfance que cela suscitait chez certains patients.

soumise à l'investissement d'un groupe de patients, de la réaliser et d'en expérimenter les effets. Ni le hasard, ni la surprise n'ont plus droit de cité. On ne fait, au mieux, que vérifier ce que l'on a anticipé, et nous le faisons toujours, parfois contre l'évidence.

Il m'a fallu passer par une sorte de vignette clinique pour décrire une activité que je qualifie volontiers d'occupationnelle. Elle se différencie d'un acte gratuit dans le sens où elle découle d'une observation, d'un constat, d'un besoin, d'une demande plus

à accomplir et une conception subjectivante, basée sur une relation à construire, à entretenir au fil des rencontres. Dans cette approche, l'activité constitue un prétexte, elle n'existe pas pour elle-même. Elle est thérapeutique. Thérapeutique de quoi, comment ? Les soignants le précisent rarement. Ces activités avec un grand « A » se confrontent à celles dites « occupationnelles » sur lesquelles les soignants portent un regard un peu condescendant : « Ça, c'est de l'occupationnel. ». Cette phrase, tant de fois entendue, montre

“ **L'activité n'est qu'un moyen, pas une fin. Ce non-programmé du soin, cet informel, cet « occupationnel » permet d'entrer en relation, de faire connaissance avec le patient, de contenir ce qui le déborde. »**

Ces activités se différencient par leur objet, l'impact « thérapeutique » recherché, leurs animateurs (motivation, statut, place dans l'institution qui leur confère ou non une légitimité, maîtrise de la médiation...), leur rôle dans l'organisation institutionnelle (lesquels sont portés aux nues ou « planqués sous le tapis »), le type de mobilisation qu'elles suscitent chez le patient et le groupe. Certaines sont pensées comme un « one shot » éphémère et d'autres s'installent pour durer, au risque de se chroniciser progressivement. Certaines ne sont pas conçues pour être directement socio ou psychothérapeutiques mais visent à mettre de l'huile dans les rouages, à fluidifier les relations au sein de l'institution, impulser du mouvement, entretenir une dynamique collective, et ainsi contribuer à un moindre recours aux isolements et contentions, c'est le cas des tournois de ping-pong. On les décrit souvent comme occupationnelles et on passe à autre chose.

SOIGNER L'AMBIANCE

Il est aujourd'hui bien difficile de définir ce que l'on entend par « activité occupationnelle ». Les soignants ont tellement intégré les notions d'évaluation, de rareté des ressources financières et celle de projet que la moindre activité, avant même d'être mise en place, doit répondre à un certain nombre d'objectifs précis et quantifiables. Il s'agit, en quelque sorte, de vendre à ses collègues (cadres, médecin, financeur) l'activité avant qu'elle soit

ou moins précise, émanant d'un patient ou d'un groupe de patients. Elle repose sur une analyse plus ou moins précise du phénomène observé ou du besoin exprimé. Le « savoir y faire » du soignant avec la folie, le groupe ou l'institution l'alimente. Elle ne porte pas spécifiquement sur un individu mais sur un collectif qu'elle vise à dynamiser. Elle s'apprécie en termes d'ambiance (2). Il s'agit alors d'évaluer ce qui relève de l'atmosphère de l'unité, ce qui est relativement impalpable mais qui conditionne souvent l'adhésion au soin, l'investissement des patients et des soignants.

La place des activités occupationnelles, ou dites de médiation, n'a jamais été de soi en psychiatrie et notamment dans le temps plein hospitalier. Il y a toujours eu des soignants qui préféraient travailler le matin, se limiter aux soins techniques prescrits, et éviter de rencontrer les patients en dehors d'une présence médicale rassurante. D'autres, au contraire, appréciaient le travail d'après-midi ou de week-end, qui leur permettait de rencontrer les patients autour du goûter, d'entretiens infirmiers ou d'activités de tous ordres (ping-pong, baby-foot, jeux de société, jeux de cartes). Aux uns le temps comprimé, resserré, qui flirte avec le trop-plein aux autres l'écart, l'improvisation, la disponibilité à l'autre, la vacance. Au-delà des goûts et des fragilités individuelles, deux approches du travail infirmier en psychiatrie cohabitent : une conception médicale du soin, objectivante, technicienne, faite d'actes

bien que ces dernières sont considérées comme subsidiaires, aléatoires, inessentiels, non-prioritaires. Il y aurait ainsi des activités nobles (thérapeutiques) et d'autres « au ras des pâquerettes », de purs passe-temps qui ne viseraient qu'à rompre l'ennui, qu'à occuper des patients désœuvrés.

Cette opposition recoupe celle existant entre « entretien informel » et « entretien clinique » dûment formalisé. L'informel, l'occupationnel impliqueraient non seulement un moindre impact thérapeutique mais également des connaissances théoriques et pratiques moins affûtées et un engagement plus modéré du soignant. Les travaux de recherche de J.P. Lanquetin et S. Tchukriel (3) sur l'impact de l'informel en psychiatrie nous font soupçonner que ces représentations sont un peu trop simplistes et manichéennes. Il est difficile de soutenir que l'observation de Zoltan par Patrick est sommaire ou que les équipes et les soignants qui contribuent, chacun à leur façon, au tournoi de ping-pong ne s'engagent pas.

Une activité dite occupationnelle est d'abord en un sens « désoccupante ». Un patient hospitalisé ou suivi en CMP est souvent d'abord préoccupé (soucieux, inquiet, tracassé, tourmenté voire angoissé). Il éprouve des difficultés à se concentrer, à aller au bout d'une action, à se mêler à la vie du groupe. Une activité qui lui permette de (re)prendre possession (étymologie des mots de la famille d'occuper) de lui-même et du monde qui

l'entoure ne serait que bienfaisante. Une personne qui souffre d'une schizophrénie subit parfois un automatisme mental, elle est soumise à la volonté d'une force étrangère (xénopathie), elle entend parfois des voix (externes ou internes) qui la colonisent, commentent ses actes, les dirigent. Elle est comme un pays occupé par une force étrangère et passe parfois tant de temps à résister à cette volonté hostile qu'elle ne peut rien faire d'autre. D'autres sont habités par le vide et fonctionnent en mode automatique, répètent les mêmes gestes aux mêmes moments, ressassent les mêmes séquences de phrase, d'une manière ritualisée, au sens fort du terme. La personne en état maniaque ne cesse de s'occuper à contrôler le monde, elle s'y épuise, multiplie les apartés, les coqs à l'âne, elle est sans cesse en mouvement à la différence de celle, mélancolique, qui semble tellement figée, suspendue, en arrêt. Qu'un soignant ou qu'une équipe propose à ces patients une activité dite « occupationnelle » qui les mobilise, fasse passer les préoccupations dans lesquelles ils s'engluent au second plan, qu'ils puissent être présents le temps d'une séquence de soin ne peut pas être traité par un mépris un peu condescendant. C'est une première étape du soin. Évidemment, si nous en restions là, ce serait un peu court. Nul ne peut exister uniquement par fulgurance. Il faut permettre que ces moments de « désoccupation » puissent connaître de plus en plus de continuité, de durée, qu'ils puissent avoir suffisamment d'espace pour s'installer durablement. C'est à cela que répondent l'activité ping-pong et bien d'autres. Le talent d'un infirmier, notamment à l'hôpital, est de découvrir une activité point d'appui qui permettra à tel patient d'habiter (un peu) le monde. Nous pourrions presque écrire qu'ils l'inventent ensemble, qu'un plein de l'un rencontre un creux de l'autre. Ces activités occupationnelles, ainsi définies, sont précieuses. Elles se fabriquent dans le vide des plans

de soin trop bien remplis, les interstices des protocoles, les trous des programmes d'activités trop bien rangés. Elles constituent une respiration dans un monde du soin parfois trop routinier.

Nous retrouvons ici les « soins invisibles », la « clinique des petits riens », les « petites choses », l'activité « traîne-savate », les zones d'ombre ou zones muettes, les « petits à côté », le « sens de l'occasion ». . . que Lanquetin et Tchukriel (3) regroupent sous le nom de temps informels et dont ils ont décrit la fonction dans leur recherche. Une formation est-elle nécessaire pour accompagner un patient faire le tour du parc de l'hôpital, décorer le sapin de Noël ou lui proposer une partie de dames ou de belote ? Il suffirait davantage, semble-t-il, de s'y autoriser. À la condition, bien sûr, que nous ne cherchions pas à transformer le patient en émule des frères Lebrun (4). L'activité n'est qu'un moyen, pas une fin. Ce non-programmé du soin, cet informel, cet « occupationnel » permet d'entrer en relation, de faire connaissance avec le patient, de contenir ce qui le déborde. Certaines de ces activités ont un patient spécifique comme cible (ping-pong, jeu de dames), un petit groupe au sein duquel intégrer un patient complexe (jeux de cartes, chants spontanés autour d'une guitare) ou l'unité tout entière voire l'institution (tournoi de ping-pong ou de belote, journal). Le carnet du Soclecare, élaboré à partir de la recherche de Lanquetin et Tchukriel (3), décrit bien ces trois niveaux d'orientation de l'intervention : le patient, le professionnel et l'équipe (voire l'institution). Les fonctions qu'il décrit : « Porter », « Suppléer », « Amortir », « Se rendre disponible », « Maintenir une veillance », « Proposer un décalage ». . . peuvent toutes être remplies par ces activités occupationnelles qui précèdent toutes les autres et les rendent possibles.

CONCLUSION

Le grand tournoi de ping-pong s'est déroulé dix jours plus tard. Zoltan en a

été l'un des héros. Il a perdu en finale contre Jean-Jacques, un jeune infirmier, inscrit dans l'ancien club du champion Jacques Secrétin. La partie a été acharnée et abondamment commentée. Zoltan en a été le vainqueur moral. Le sac à dos qu'il a ramené dans l'unité en témoigne. Le hasard a fait que quelques jours plus tard, Jean-Jacques a été appelé, avec d'autres collègues, pour contenir Zoltan qui refusait de prendre son traitement. Les deux anciens adversaires se sont reconnus, souri, et serré la main. Zoltan a accepté son traitement des mains de Jean-Jacques qui est revenu dans l'unité, chaque fois que son emploi du temps le lui permettait, pour une petite partie de ping-pong. Lorsque Zoltan est sorti, Jean-Jacques avait même appris quelques mots de roumain enseignés par Zoltan qui se débrouillait de mieux en mieux en français.

Il est évidemment impossible de mesurer les effets thérapeutiques collectifs de ce tournoi. L'anecdote du traitement accepté circula bien au-delà des frontières du service et conforta les soignants qui pensaient que l'on peut soigner sans mesures coercitives. Aurait-on obtenu le même effet avec une activité thérapeutique classique ?

1— Fleury C, « La dimension ambiante de la vie », *Chronique in L'humanité*, 5 février 2021. Elle s'y réfère au concept d'ambiance tel qu'il fut développé par J. Oury et F. Tosquelles. « Tout ce qui peut éviter à un milieu de devenir toxique et d'empêcher ceux qui soignent de bien le faire, ou les patients de guérir. »

2— Friard D., *Une approche thérapeutique de la psychose : le groupe de lecture*, Éditions hospitalières, Paris, 1997.

3— Lanquetin J.P., Tchukriel S., *L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie*, 29/02/2012.

4— Alexis et Félix Lebrun, *Pongistes français médaillés olympiques 2024*.

Résumé : Le terme « activité occupationnelle » reste complexe et difficile à définir, alors que de nombreuses activités, variées, rythment le quotidien et sont donc essentielles en psychiatrie. Selon une conception « subjectivante », et non « objective » ou « technique » du soin, elles permettent aux soignants de créer des liens avec les patients, d'instaurer un climat de confiance et de faciliter leur engagement dans leur soin. L'auteur pointe également l'importance de l'improvisation, de l'espace de liberté dans l'approche thérapeutique, tout comme la notion de soins invisibles ou de clinique des petits riens, qui permettent d'agir dans les interstices des soins formels et de créer une atmosphère propice au rétablissement.

Mots-clés : Activité physique – Atelier thérapeutique – Médiation thérapeutique – Occupationnel – Pratique du soin – Relation thérapeutique – Sociothérapie – Temps informel.

L'occupation au cœur de

À l'ère des pratiques de soin évaluables et fondées sur des preuves, la question des activités occupationnelles est devenue impensable. Pourtant, les ergothérapeutes ont fait de ce mot tabou le centre de leur identité. Que faire, ensemble, de ce paradoxe ? Éclaircissements.

« *Au lieu de rester à ruminer, venez plutôt en activité, être occupé vous fera forcément du bien !* »

Identifiée depuis longtemps, l'idée d'un lien entre mise en action et bien-être n'est plus à démontrer. Plus ou moins étayée sur le plan théorique, habilement formulée ou non... il n'empêche, tout un chacun juge à l'intuition que s'occuper « *peut faire du bien* », si ce n'est à la personne concernée, au moins à celle qui pense proposer une solution au mal-être de l'autre. Dans les services de soin, il reste cependant attendu de définir si cette mise en activité est « thérapeutique » ou « occupationnelle ». Avant d'explorer cette distinction, revenons sur l'évolution d'une profession, l'ergothérapie, qui a fait de l'occupation son cœur de métier, dans un contexte où ce mot a pris depuis un sens si péjoratif que personne n'ose plus l'employer.

HISTOIRE DE L'ERGOTHÉRAPIE

En France, on identifie trois grandes périodes de l'évolution de l'ergothérapie (1).

- **Entre 1950 et 1980**, la première est caractérisée par le recours à l'artisanat. Les premières écoles, ouvertes en 1954, enseignent des connaissances médicales

et des savoir-faire techniques par l'apprentissage d'activités manuelles. En rééducation, l'analyse d'activité permet de choisir la technique artisanale la plus adaptée pour réduire une déficience ciblée. En psychiatrie, le modèle psychodynamique domine et la psychothérapie institutionnelle soutient le recours aux activités pour soigner, à la fois le patient et l'institution. L'ergothérapie en tant que technique y a toute sa place, souvent exercée par des infirmiers dans des ateliers dits occupationnels. Les activités les plus courantes (tissage, menuiserie, cuir, vannerie, poterie) ont un but de production et donnent un rôle social au malade qui reçoit en retour un pécule. L'activité, composée de tâches simples et répétitives, est alors un moyen pour réduire les troubles.

- **Entre 1980 et 2000**, la seconde période est marquée par le concept de situation de handicap, qui conduit les ergothérapeutes à considérer non seulement le malade et ses déficiences mais aussi l'impact de son environnement, matériel et humain. L'activité n'est plus utilisée uniquement pour récupérer des habiletés, elle a également une visée écologique de mise en situation, dans un environnement plus proche du quotidien du patient. L'exercice de la profession évolue en dehors de l'institution, dans des structures ambulatoires et en libéral. L'approche biopsychosociale se développe et l'intervention porte sur l'autonomie du patient dans son environnement (décret d'actes de 1986*).

Gaëlle RIOU

Ergothérapeute, psychologue clinicienne, CMP-HDJ pour adolescents, CH de Blois.



Aude Herliédan - Cartographie, 2022, techniques mixtes sur toile © 1831 Art Gallery.

l'ergothérapie



Dans la formation, les activités artisanales conservent une place importante, à côté de l'apparition des bilans et comptes rendus, du raisonnement clinique et réflexif attendu désormais des étudiants (voir le programme de 1990**). Les médiations changent : même si l'artisanat perdure, apparaissent des activités domestiques, sportives, ludiques ou basées sur les nouvelles technologies, davantage centrées sur ce qui motive la personne ou s'inscrit dans son quotidien. Les théories auxquelles se réfèrent les ergothérapeutes restent souvent des modèles partagés (approche biopsychosociale, modèles du handicap), même si, à la fin des années 1990, un intérêt émerge pour des modèles propres, développés outre-Atlantique, autour de « l'occupation humaine ».

• En 2000, la troisième période voit progressivement réapparaître dans le vocabulaire des ergothérapeutes français le mot « occupation » avec une signification nouvelle. Cette évolution résulte de leur ouverture aux avancées internationales et de la volonté d'inscrire leurs interventions dans une *Evidence based practice* (pratique fondée sur les données probantes) avec des assises plus rigoureuses, scientifiques, adoptant un vocabulaire commun partagé par l'ensemble de la communauté des *Occupational Therapists* (ergothérapeutes) à travers le monde.

Les modèles conceptuels propres à l'ergothérapie se développent (modèle de l'occupation humaine [MOH], mesure canadienne du rendement occupationnel [MCRO]) et sont enseignés à la nouvelle génération d'étudiants avec une large part consacrée désormais à la Science de l'activité humaine (réforme de 2010***, voir *infra*) et au diagnostic en ergothérapie alors que l'enseignement d'activités manuelles tend à disparaître. Des pratiques nouvelles apparaissent, plus éloignées du champ sanitaire, s'intéressant à la justice occupationnelle (qui vise l'égalité des personnes par rapport à leurs accès aux occupations) et à la santé communautaire par exemple.

En psychiatrie, les ergothérapeutes investissent largement le courant de la réhabilitation psychosociale, qui considère la personne dans son environnement et s'intéresse à sa participation sociale au-delà des déficiences. Passant d'une approche *bottom-up* (ascendante : des déficiences vers la participation) à une approche *top-down* (descendante : identifier d'abord les activités signifiantes pour la personne

de façon à intervenir directement avec et dessus), l'activité qui était jusque-là un moyen devient surtout un but. La médiation utilisée n'est plus choisie pour ses caractéristiques supposées dans la récupération d'une fonction, mais parce qu'elle est signifiante et/ou significative pour la personne (2).

L'OCCUPATION EN ERGOTHÉRAPIE

Dans le langage courant, une occupation réfère à une activité utilisée pour lutter contre l'oisiveté, remplir un temps ressenti comme vide, sans finalité particulière. C'est pourquoi le terme d'activité occupationnelle est perçu de façon péjorative dans les unités de soin. Il s'agirait d'activités plus ou moins futiles, réalisées sans objectif, qui n'auraient a priori pas d'effet thérapeutique et échapperaient à toute évaluation.

Pour les ergothérapeutes, les occupations sont « l'ensemble des activités et tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus donnent un nom, une structure, une valeur et une signification. Individuelles, partagées, interdépendantes ou collectives, elles existent dans un environnement social et culturel donné et organisent la vie, sont associées à des rôles » (3). Leurs choix définissent l'identité occupationnelle de la personne, évolutive et singulière, et ont un effet majeur sur la santé. Ainsi l'atteinte d'un équilibre occupationnel satisfaisant (entre activités voulues et contraintes, individuelles et partagées, de défi et de repos...) agit sur le bien-être ou au contraire, son déséquilibre peut être source de souffrance et de maladie (épuisement professionnel, troubles consécutifs à un licenciement ou au départ des enfants...).

Pourquoi cette différence de sens ? Dans les pays anglo-saxons, le terme occupation désigne, comme en France, une activité que l'on fait pour « s'occuper », mais dans son sens premier il concerne avant tout l'activité principale, ce qu'on « fait dans la vie », le plus souvent son travail, sa profession. La connotation de simple distraction associée à l'occupationnel est une particularité française avec laquelle les ergothérapeutes avaient composé en recourant à « l'*ergon* » grec qui signifie travail. Si ce sens linguistique nous avait permis jusque-là de communiquer sans confusion au sein des équipes pluriprofessionnelles, elle empêchait l'appropriation de concepts scientifiques essentiellement publiés en anglais. Ainsi, dans la réforme

des études de 2010***, l'*Occupational science* a été traduit Science de l'activité humaine dans le nouveau programme, le terme occupation faisant encore trop débat pour l'intégrer officiellement. C'est en 2016 qu'il a enfin pu être mis en avant grâce à la traduction de l'ouvrage de D. Pierce (4). Depuis, les nouvelles générations de diplômés, et progressivement les anciens, s'imprègnent de ces concepts et de ce vocabulaire pour mener des interventions centrées sur l'occupation.

La difficulté reste de rendre cette évolution partageable et comprise par les autres professionnels qui projettent d'autres représentations sur ce mot. De là un écart se creuse entre le discours employé par les ergothérapeutes entre eux (dans leurs publications, congrès, enseignement) et celui tenu sur le terrain auprès des autres professionnels par crainte d'une incompréhension ou pire, d'un retour aux heures sombres où la profession ne bénéficiait d'aucune considération au sein des équipes soignantes car leur travail était considéré comme de l'animation, nettement secondaire voire inférieur au travail des « vrais soignants ». Cet écart est régulièrement interrogé par les stagiaires et fait l'objet de nombreux mémoires de recherche sur notre identité professionnelle. Actuellement, le constat est qu'il existe une grande disparité sur notre territoire dans la diffusion de ces concepts.

L'APPROCHE OCCUPATIONNELLE

Concrètement, ce qui diffère dans cette nouvelle approche en ergothérapie, en santé mentale, c'est que le choix des activités ne se fait plus sur la base d'une analyse de la médiation retenue et de ses caractéristiques intrinsèquement thérapeutiques pour le symptôme à traiter. Il repose plutôt sur l'identité occupationnelle de la personne, ce qui la motive, à partir de la connaissance de ses rôles, ses habitudes et ses aspirations. Ce profil est établi en début de suivi grâce à des entretiens, des observations mais aussi plus finement avec des outils. Ainsi le *Model of Human Occupation Screening Tool* (Mohost, « Outil d'évaluation de la participation occupationnelle » en français) (évaluation par le soignant) ou l'*Occupational Self Assessment* (OSA, « auto-évaluation de l'occupation ») permettent d'impliquer la personne dans la définition de ses objectifs de soins mais aussi des moyens pour les atteindre. Cette sollicitation favorise son

engagement dans les soins puisque ce qui est signifiant pour elle est pris en compte. Pour l'ergothérapeute, une « approche occupationnelle » signifie que les indications de son intervention sont les dysfonctions occupationnelles repérées et non le diagnostic médical ou les symptômes (5).

sens si l'on considère avant tout ce que vit le patient hospitalisé, parfois sous la contrainte, à qui l'on impose des activités « pensées » comme « thérapeutiques » mais qui n'ont pas de sens pour lui ou qui sont trop éloignées de son quotidien. S'intéresser à son profil occupationnel, à

les réunions cliniques, les transmissions, ou encore les supervisions. Autrement dit, tout ce qui permet de communiquer et de penser autour du soin, et non d'être seulement dans l'agir de l'activité. Écrire aujourd'hui sur les activités thérapeutiques en psychiatrie reste un véritable

“ Une activité “thérapeutique” serait-elle forcément celle pensée dans les moindres détails de son déroulement, de ses moyens, de son évaluation ? N'est-elle pas avant tout un temps de rencontre, basée sur l'état de disponibilité du soignant, (...) qui va pouvoir faire “événement” pour le patient ?... »

Parmi ces dysfonctions occupationnelles, nous pouvons mentionner les situations de « privation occupationnelle », c'est-à-dire les privations d'accès à des occupations signifiantes de façon libre et spontanée, sur laquelle la personne n'a aucun pouvoir, fréquemment rencontrées dans les unités d'hospitalisation et autres lieux de privation de liberté (6). Le rôle d'un ergothérapeute, en plus de ses interventions personnalisées pour chaque patient, est alors de soutenir la réflexion collective au sein des équipes pour promouvoir l'accès à des occupations au sein du service, en dehors des ateliers programmés par les soignants (7).

Un exemple évident est l'accès à l'occupation « discuter autour d'une cigarette ». Dans les services sans cour ni jardin, le patient est dépendant des sorties prévues à heures fixes par les soignants alors qu'au-delà du simple fait de fumer, chacun sait qu'il s'agit d'un temps particulièrement signifiant pour certains, une « occupation relationnelle » car partagée, de détente et de plaisir, avec une représentation de liberté. Certains soignants parviennent à le valoriser en le reconnaissant comme du soin informel mais cela est parfois considéré comme une simple tâche de plus à accomplir dans la journée (d'autant plus quand on ne sait pas comment envisager ce qui a pu s'y jouer de thérapeutique car ce n'était pas attendu là).

Avec cette autre appréhension du mot occupation, et une considération différente de leurs valeurs dans la vie de chaque personne, on voit apparaître un déplacement de la réflexion sur la place et la fonction des activités au sein des services. Dévaloriser l'occupationnel et se persuader que seul le thérapeutique soigne n'a plus de

ce qui fait sens pour lui, permettrait peut-être d'admettre que l'activité « décoration du sapin de Noël » ou « accompagnement à la bibliothèque de l'hôpital » apparaît souvent clairement occupationnelle au regard des soignants alors qu'elle prend un sens très thérapeutique pour telle ou telle personne du fait de ses habitudes, croyances ou rôles familiaux antérieurs. Il en serait alors de même du dénigrement projeté sur un certain nombre de médiateurs prétendument associés à une époque révolue de la psychiatrie (tricot, jeux de société...) alors qu'ils ont une signification importante pour certains. Encore faut-il d'abord écouter leurs attentes avant de mettre en actes nos propres désirs soignants à travers des médiations de notre choix.

CADRES THÉRAPEUTIQUE ET THÉORIQUE

Dans un précédent article sur le télésoin (8), nous avons interrogé les composantes du cadre de l'activité qui permettent de la qualifier de thérapeutique malgré l'absence de relation physique partagée dans un même espace. Ont alors été identifiées, selon Racamier (9), un espace, un rituel, des repères temporels, des règles et des seuils. La réunion de ces conditions soutient en effet la rencontre dans un cadre contenant, sécurisant, et délimite un espace de jeu potentiel où peut se déployer le thérapeutique.

L'importance du cadre psychique du soignant a également été soulignée comme partie prenante du cadre thérapeutique. Il comprend ses références théoriques, le modèle conceptuel (10) sur lequel il base sa pratique et les différentes articulations de son travail avec l'institution, à travers

défi au vu de la diversité des pratiques institutionnelles, elles-mêmes liées à la multiplicité des courants théoriques qui ont traversé chaque service et y sont plus ou moins restés. Depuis l'époque de l'atelier occupationnel de vannerie à ceux de remédiation cognitive actuels, en passant par la musicothérapie, l'équithérapie ou encore l'introduction de la méditation pleine conscience et les séjours thérapeutiques de plongée, entre autres, comment parler d'un sujet qui a autant de déclinaisons possibles dans chaque unité et même dans l'esprit de chaque soignant, suivant sa génération dans l'histoire de la psychiatrie ?

Pour mieux comprendre la place centrale de l'activité en ergothérapie et la façon dont elle varie avec le contexte, nous la présenterons ici dans différents cadres théoriques.

CADRE PSYCHODYNAMIQUE

C'est le premier cadre théorique apparu dans l'enseignement et la pratique des ergothérapeutes en santé mentale. Longtemps le seul en France, il perdure aujourd'hui encore dans de nombreuses institutions. Il repose sur l'idée que la souffrance ou les symptômes du patient sont liés à des processus inconscients plus ou moins passés et mobilise la relation transférentielle au soignant pour résoudre ces conflits (11).

Dans ce contexte, en ergothérapie, l'activité va fournir un support de projection aux conflits inconscients. Le rôle de l'ergothérapeute, basé sur la relation de confiance établie avec la personne, sera de l'accompagner dans une mise en mots de son ressenti et de ses éprouvés, dans la rencontre avec la matière qui fait tiers (12).

Les supports les plus utilisés sont créatifs et artistiques (peinture, collage, modelage), favorisant l'expression non verbale des désirs et conflits refoulés. Ils peuvent être plus ou moins structurés techniquement, selon l'objectif recherché à chaque étape du soin.

Dans ce cadre conceptuel, l'ergothérapeute analyse aussi bien la relation transférentielle que l'évolution de la relation à l'objet créé, mais aussi la dynamique du groupe. Le cadre de travail est caractérisé par des repères de temps, d'espace, de règles de fonctionnement qui délimitent un espace contenant correspondant à une aire potentielle de créativité au sens défini par Winnicott (13). Aire de jeu, d'expérience, sécurisée par l'ergothérapeute, dans laquelle la personne va pouvoir expérimenter et exprimer son ressenti (14). En pratique, on peut mettre en place des séances individuelles ou groupales, seul ou en binôme soignant. Les groupes peuvent être fermés (engagement des patients et des soignants sur plusieurs séances autour d'une même médiation) ou ouverts (arrivées et départs libres, médiateurs différents pour chacun). La question du devenir de l'objet créé fait partie d'une réflexion clinique, mise en lien avec la relation à l'objet qu'a développée le sujet. Le vocabulaire lié à l'activité dans le cadre psychodynamique est celui de la médiation. L'activité n'est pas l'objectif en soi, elle médiatise la relation pour atteindre un objectif de soin. Ce rôle tiers est d'autant plus nécessaire auprès des personnes qui ont peu accès à la verbalisation ou à l'élaboration directe en entretiens.

CADRE COGNITIVO-COMPORTEMENTAL

Apparu plus tardivement en France, le cadre cognitivo-comportemental s'est largement développé ces dernières années, bénéficiant des nombreuses assises scientifiques acquises dans d'autres pays. Il prend en compte les interactions entre comportements, cognitions et émotions, et considère les liens avec l'environnement générant des situations de handicap. Il vise l'autonomie et la reprise du pouvoir d'agir par la personne en soins (10).

Les outils de la réhabilitation psychosociale ont été créés pour répondre aux besoins d'optimisation des capacités de fonctionnement et de participation sociale des patients atteints de troubles psychiques (15). Dans cette approche, la place de l'usager est centrale et ce dernier est associé très tôt à la définition de ses objectifs de soins.

Pour cela, en ergothérapie, l'activité est utilisée à la fois comme outil d'évaluation des capacités de la personne et comme moyen de les améliorer. Dès lors, il s'agit plutôt de supports proches de la vie quotidienne habituelle de la personne, de mises en situation (préparer des repas, prendre les transports...) ou bien d'activités de réentraînement de fonctions ciblées (ateliers de remédiation cognitive, d'habiletés sociales (16) ou d'estime de soi). Dans ce type de propositions, les objectifs sont clairement définis au préalable puisqu'ils doivent être identifiables par le patient. De même, les critères pour mesurer l'atteinte des objectifs sont repérables par le patient puisque l'auto-évaluation et le réajustement des objectifs sont encouragés (17). Le lieu de l'activité change également puisque les mises en situation dans la cité ou, dans le meilleur des cas, au domicile, sont privilégiées (plutôt que les activités simulées dans l'environnement hospitalier), de façon à favoriser le transfert des acquis dans la vie quotidienne.

La médiation telle que décrite précédemment dans le modèle psychodynamique n'a plus la fonction de faire tiers dans la relation puisque la relation au soignant n'est ici plus la même, le patient étant beaucoup plus acteur de son soin, et que la fonction de l'activité aussi a changé, étant devenue l'outil d'un soin rendu mesurable. En pratique, l'activité prend la forme d'exercices réguliers et structurés, pendant les séances et en dehors. Il peut s'agir de programmes, avec un nombre précis de séances à suivre et

une progression prédéterminée, réalisées individuellement ou en groupes.

Dans cette approche, les activités de groupe sont utilisées pour encourager le partage d'expériences et la pair-émulation, comme en éducation thérapeutique par exemple. Cette dynamique groupale vise le soutien entre pairs et constitue le support d'un travail de prise de conscience sur la maladie.

PSYCHOTHÉRAPIE INSTITUTIONNELLE ET PAUSE-CAFÉ

Comme dernière illustration, nous prendrons un exemple de « non-activité » qui est pourtant au cœur du soin dans notre service actuel : la pause-café (voir aussi l'article d'E Lotterie, p. 48). Précisons qu'il s'agit d'un hôpital de jour (HDJ) pour adolescents qui inscrit sa pratique dans le courant de la psychothérapie institutionnelle (18). Les groupes à médiations y ont une place importante, menés par toutes les catégories professionnelles et régulièrement analysées en réunions cliniques et de supervision.

Ce temps, qui n'est ni activité ni occupation, ni réunion ni groupe de parole, ni informel ni complètement formalisé, pourrait se définir comme interstitiel puisque défini par la rencontre entre deux groupes d'adolescents : ceux qui terminent leur activité du matin et ceux qui arrivent pour démarrer celle de l'après-midi. Durant 30 minutes, les soignants les invitent à se rencontrer pour un temps d'échange libre. Leur rôle est de garantir la contenance du cadre, sa sécurité, et de faire circuler la

De quelques croyances à éviter...

Pour ouvrir la réflexion et, comme le disait Oury, inciter « le lecteur à poursuivre lui-même des chemins qui lui soient propres, dessiner des "ouverts" et des "voisinages" » (20), voici quelques erreurs faciles à éviter pour tenter d'en finir avec l'opposition occupationnel/thérapeutique d'un autre temps :

- attribuer au média seul une fonction thérapeutique. Ce n'est ni la terre, ni la peinture ni le cheval qui soigne mais la relation établie grâce au cadre thérapeutique dans lequel le soignant propose de rencontrer le patient autour de cette médiation ;
- associer le thérapeutique ou l'occupationnel à une catégorie professionnelle ou en fonction des compétences techniques sur le média ;
- survaloriser des projets phares, mis en avant par l'institution à des fins de recherches, ou encourager la course à la nouveauté, et en parallèle ne pas valoriser les activités plus invisibles réalisées dans le quotidien du service, hiérarchiser l'intérêt des activités ;
- croire qu'on peut faire de l'occupationnel sans être déjà en train de prendre soin...
- penser que ce qui s'est passé en dehors d'une activité formalisée comme thérapeutique ne mérite pas d'être analysé et transmis au même titre que le reste ;
- se contenter des apparences sans prendre des temps d'échange et de réflexion clinique approfondis en équipe sur ce qui se joue dans les activités ;
- croire qu'il n'existe qu'une représentation derrière le mot occupationnel et qu'il n'est plus possible de l'employer.

parole des jeunes sans l'envahir de leur propre désir de guider les thématiques abordées. Une boîte à questions a été installée pour faciliter le lancement des échanges si nécessaire.

Il s'agit d'un temps repéré chaque jour, nous pourrions dire « institué », mais sans médiation au sens propre et avec des jeunes et des soignants qui changent d'un jour à l'autre. Faut-il alors se poser la question « thérapeutique versus occupationnel » ? Un projet a bien été écrit au départ pour classer ce temps dans les supports de soins mais après, est-ce suffisant ? Dans les critères du cadre thérapeutique défini par Racamier, nous avons bien un espace et un temps fixes, des règles de fonctionnement, mais pas de critères de seuil (il n'y a pas d'indication médicale à proprement parler) et pas d'évaluation ciblée. Les soignants ne l'animent pas tous de la même manière. Faudrait-il en conclure que ce n'est pas du soin ? Ou pas « thérapeutique » ?

Cette pause-café, qui cumule les paradoxes puisqu'on n'y est pas vraiment en pause et qu'on n'y boit pas de café (interdit aux moins de 16 ans), se veut volontairement inclassable. C'est un peu le médium malléable (19) de l'HDJ, au sens où il est transformable en fonction des demandes et des besoins du groupe, une scène offerte chaque jour à la même heure où la parole est donnée, sans obligation de la prendre, où l'attention des soignants est flottante, où ils viennent eux aussi se poser et écouter. C'est un espace de rencontre et d'ouverture que chacun est libre de s'approprier, où finalement l'objectif est surtout « d'être là » et de partager cet « être ensemble ». Ni plus ni moins.

Après plus de 25 années de pratique en ergothérapie formalisée et cadrée par

des projets bien écrits, avec des objectifs évaluables, des repères conceptuels délimitant clairement mon intervention, il m'a paru intéressant d'évoquer cet outil qui ne semble entrer dans aucune case et qui porte pourtant en lui un potentiel thérapeutique tout à fait surprenant. C'est peut-être la clé du message à tirer de cette réflexion : la place laissée à la surprise dans le soin.

Une activité « thérapeutique » serait-elle forcément celle qui a été pensée dans les moindres détails de son déroulement, de ses moyens, de son évaluation ? N'est-elle pas avant tout un temps de rencontre, basée sur l'état de disponibilité du soignant, ouvert à la rencontre et qui va pouvoir faire « événement » (20) pour le patient ?

Pour sortir de cette opposition occupationnel/thérapeutique (voir aussi encadré page précédente), rappelons que le thérapeutique n'est pas toujours planifiable, il surgit, parfois là où on l'espère mais bien plus souvent ailleurs, dans l'informel, les interstices, à condition qu'on prête à ces moments l'attention qu'ils méritent et que tout ne soit pas programmé.

* Décret n° 86-1195 du 21 novembre 1986 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie.

** Arrêté du 24 septembre 1990 relatif aux études préparatoires au diplôme d'État d'ergothérapeute.

*** Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute.

1– Delaisse, A.-C., Bodin, J.-F., Charret, L., Hernandez, H., Morel-Bracq, M.-C. (2022). *L'ergothérapie en France : une perspective historique*. Éditions ANFE-De Boeck

2– Riou, G. (2017). *Sciences de l'occupation et ergothérapie*, *Santé Mentale*, n° 219, p. 64-69

3– Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. Éditions ANFE-De Boeck

4– Pierce, D., traduction de Morel-Bracq, M.-C. (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*. Éditions ANFE-De Boeck

5– Meyer, S. (2020). *L'occupation en thérapie et la thérapie comme occupation*, *ErgOTHérapies*, 77, p. 37-44

6– Le Roux, F., Riou, G. (2017). *L'hospitalisation en psychiatrie : de la privation occupationnelle au soin*, *revue Vie Sociale et Traitements*, n° 135, p. 104-110

7– Townsend, E. (2002). *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie*. Ottawa, Association canadienne des ergothérapeutes

8– Riou, G. (2021) Riou, G. (2020). *Ergothérapie à distance auprès des adolescents*, *Santé mentale*, n°251, p.70-75.

9– Racamier, P.-C. (2001). *L'esprit des soins : le cadre*. Paris : les éditions du collège

10– Morel-Bracq, M.-C. (2024). *Les modèles conceptuels en ergothérapie*. ANFE-De Boeck

11– Klein, F. (2000). *Le moindre des soins*, dans *Être ergothérapeute en psychiatrie*, p. 19-38, Éditions Eres

12– Pibarot, I. (2013). *Une ergologie. Des enjeux de la dimension subjective de l'activité humaine*. Éditions De Boeck Solal

13– Winnicott, D.W. (1971). *Jeu et réalité : l'espace potentiel*. Paris : Gallimard, 1975

14– Ménard, M. (2016). *La fabrique du cadre*, dans Hernandez, H (coord) *Ergothérapie en psychiatrie, de la souffrance psychique à la réadaptation*. p. 55-72. De Boeck.

15– Da Silva, K. (2005). *L'ergothérapie dans le processus de réadaptation*, *ErgOTHérapies*, 18, p. 43-51

16– Dellestable, M. et Schmitt, B. (2010). *Dixiludo®*, le jeu pour les groupes de conversation, *ErgOTHérapies*, 38, p. 11-20

17– Person, Y. (2016). *Ergothérapie et réadaptation : le sens de l'action*. Dans Hernandez, H (coord) *Ergothérapie en psychiatrie, de la souffrance psychique à la réadaptation*, p. 199-206, De Boeck

18– Bost, G. (2000). *À la rencontre de l'inattendu*. Dans Klein, F, *Être ergothérapeute en psychiatrie*, p. 55-63, Éditions Eres

19– Brun, A. (2018). *Le concept de médium malléable*. *Santé Mentale*, n° 226, p. 32-33

20– Oury, J. (2007). *Psychanalyse, psychiatrie et psychothérapies institutionnelles*. *Revue Vie Sociale et Traitements*, n° 95, p. 110-125.

Résumé : La question de distinguer « occupationnel » ou « thérapeutique » reste un vieux débat en psychiatrie... Avant d'explorer cette distinction, cet article revient sur l'évolution d'une profession, l'ergothérapie, qui a fait de l'occupation son cœur de métier. L'auteur présente l'historique de la profession et ses cadres conceptuels : psychodynamique, cognitivo-comportemental et psychothérapie institutionnelle. Et si le thérapeutique surgissait là où l'on ne l'attend pas, dans l'informel, les interstices, à condition qu'on y prête attention ?...

Mots-clés : Cadre thérapeutique – Ergothérapeute – Ergothérapie – Historique – Médiation thérapeutique – Occupationnel – Psychodynamie – Psychothérapie institutionnelle – Temps informel – Thérapie comportementale et cognitive.

Les dispositifs occupationnels ont toujours pour but l'émergence et la consolidation de processus de renforcement de l'estime de soi et de l'auto-identification positive. Ils sont des supports essentiels à la resocialisation, à l'autonomisation et à la remise en route du patient, ainsi (re)individu et subjectalisé, reconnu.

Mis en place par la loi de 1838 (1), les asiles psychiatriques français étaient conçus pour être des lieux d'enfermement (le « grand renfermement » selon Michel Foucault (2)), sur une longue durée. On pouvait y passer une vie entière. Camille Claudel, à sa manière, est la figure emblématique de tous ces reclus, exclus, que leur maladie a isolés et laissés face à eux-mêmes durant un temps infini. Pressée de continuer à créer par les médecins aliénistes qui l'ont suivie, d'abord à Mondrevignes-les-Roses puis à Montfavet en novembre 1914 jusqu'à sa mort en 1943, dans le contexte des terribles privations engendrées par la Seconde Guerre mondiale, elle a toujours refusé de se (re)mettre à son art, la sculpture. Elle est morte seule, sans avoir occupé son temps à créer. Camille Claudel est morte en tant qu'artiste dès son entrée à l'asile d'aliénés. Dans les asiles d'alors, lieu de vie et de soin étaient confondus. On vivait là où on était soigné, on était soigné là où on vivait.

Didier BOURGEOIS

Psychiatre des hôpitaux,
Responsable du Forum Interpoles des ateliers à
médiation créatrice du CH de Montfavet, Avignon.



L'occupationnel, enjeu contemporain du soin



En 1952, l'avènement des psychotropes (la chlorpromazine) a constitué une formidable révolution culturelle en psychiatrie. Grâce aux médicaments, les symptomatologies les plus bruyantes étaient contenues, atténuées, apaisées. Jusqu'alors les patients tournaient en rond, vacants dans leurs têtes, soumis

L'occupationnel ergothérapeutique était à la fois une socialisation et une thérapie, un espace-temps privilégié qui donnait du sens à l'existence de l'interné. Du point de vue psychopathologique, on peut retenir son effet bénéfique sur l'anaclitisme asilaire (3) en lien avec l'oisiveté. Quand on est un malade mental ainsi

l'emploi du temps des résidents de MAS ou de FO est la plupart du temps très fourni. Ils passent d'une activité à l'autre, ce qui a pour effet de fractionner leur temporalité, et correspond parfois à la prise en compte clinique du fait qu'ils ont du mal à rester concentrés sur une durée significative. Néanmoins, paradoxalement, on peut



L'occupationnel est efficace sur la durée, et par la durée, dans la mesure où il structure le monde des patients et le leur rend peu à peu compréhensible et signifiant, lui donnant un sens interrelationnel et socialisant. »

à leurs délires, ce qui posait peu de dilemmes aux soignants. Mais une fois calmés, plus disponibles psychiquement, il a fallu les occuper.

En parallèle, l'essor de la psychothérapie institutionnelle, née durant la Seconde Guerre mondiale sous l'impulsion de psychiatres résistants puis militants, a ouvert des perspectives nouvelles, fondant un pan de la psychiatrie sociale. De lieu d'enfermement, l'hôpital psychiatrique a eu pour vocation de devenir lieu de thérapie et de (re)socialisation. La « valeur travail » étant essentielle à cette époque, on inventa donc l'ergothérapie, une thérapie par le travail (voir aussi l'article de G. Riou, p. 30). Certains patients sont ainsi devenus des malades-travailleurs, rémunérés par un pécule dérisoire, indexé sur le timbre-poste... À cette époque, le timbre-poste, donc la lettre envoyée, était bien sûr le seul moyen de communiquer avec l'extérieur. Tout un symbole ! Avec son pécule, l'aliéné pouvait se procurer à l'économat des denrées essentielles à la survie et aux menus plaisirs : timbres, enveloppes, cigarettes, café, chocolat... Parce qu'ils étaient utiles à l'institution, les malades-travailleurs avaient un statut particulier, ils côtoyaient les soignants et mangeaient avec eux (les bienfaits de cet état de fait sur les comportements sont à l'origine du concept de « repas thérapeutique »). Ils pouvaient même sortir pour des chantiers extérieurs, ce qui constituait une expérience extraordinaire. On s'est alors aperçu que les patients se comportaient différemment à l'intérieur et hors de l'asile et qu'ils pouvaient se montrer bien plus « normaux » lorsqu'ils évoluaient avec les normaux. Cela a révolutionné la clinique et les projets thérapeutiques.

interné, pourquoi se lever le matin, pour qui, si c'est pour tourner en rond ? Les malades-travailleurs, eux, se levaient, travaillaient, pas seulement pour le pécule, mais parce que leur existence, vectorisée par l'activité, retrouvait du sens. Ils étaient occupés et soignés, en particulier par cette occupation.

L'évolution des idées et des pratiques a permis que la plupart des malades mentaux en France soient désormais suivis en ambulatoire ou semi-ambulatoire : centre médico-psychologique (CMP), centre d'activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP) ou hôpital de jour (HDJ). L'hospitalisation temps plein est devenue une exception, une courte parenthèse de soin, parfois trop courte (comme le montre le « syndrome de la porte tournante », qui fait que le patient, insuffisamment stabilisé ou « prêt » à sortir, est rapidement réhospitalisé). Seuls les malades les plus sévèrement atteints, qui sont sans perspective d'aval, restent longtemps institutionnalisés. Pour ces patients « chroniques » ou déficitaires, l'hébergement se fait la plupart du temps en médico-social (maison d'accueil médicalisée [MAS], foyer occupationnel [FO], foyer de vie d'un établissement ou service d'aide par le travail [Esat]), voire en social pur (maisons de retraite spécialisées en psychiatrie). Les patients sont devenus des résidents mais la problématique de l'occupationnel perdure.

DES EMPLOIS DU TEMPS MORCELÉS...

À partir du moment où la valeur travail s'estompe et que s'éloigne la perspective de l'insertion par le travail, le but n'est plus de préparer le sujet à un emploi ultérieur (même en milieu protégé), il est de combler le vide, de « meubler ». On remarque que

repérer aussi que, la plupart du temps, le moment où ils sont les plus sereins et adaptés, c'est entre les activités.

• Rémi, adulte déficitaire cognitif, placé en MAS, est suivi pour des troubles caractériels, des potentialités délirantes, une impulsivité importante et un grand mal-être permanent résistant aux antidépresseurs par conscience relative de sa situation. Sa journée (sa semaine) est remplie d'activités et d'ateliers divers : peinture, escalade, cheval, gym douce, piscine, séance de kinésithérapie, psychothérapie, sortie collective au marché... Nous constatons pourtant que Rémi est bien surtout lorsqu'il se déplace d'un lieu à l'autre. À ce moment-là, il marche droit alors qu'il est courbé, ralenti et tordu le reste du temps, en équilibre précaire. Dans cet entre-deux, il se montre joyeux, concentré, il est vectorisé. Lors des activités, faute de concentration et de réussite, il s'ennuie vite, retombe dans ses travers caractériels, est en demande d'attention exclusive. Morceler ainsi la prise en charge est aussi, en partie, une manière de diluer la charge mentale qu'elle représente pour les éducateurs. Rémi est ainsi présent en pointillé sur un grand nombre de structures mais il n'est nulle part et on peut estimer que son occupation thérapeutique consiste finalement à aller d'un atelier à l'autre. L'occupationnel (et ses variantes) peut donc parfois avoir une visée de pur remplissage, et ce n'est pas parce qu'il a perdu sa vocation thérapeutique initiale, c'est parce qu'au fond, pour certains sujets, s'occuper est essentiel à la construction identitaire ou en tout cas à la perception positive de son vécu par l'intéressé. En référence au concept de Moi-Peau de D. Anzieu

(le Moi qui se construit par la perception des limites corporelles, et la peau conçue comme interface entre le Moi et le Non-Moi), on peut imaginer de manière complémentaire un « Moi-en-action » qui ne s'érige pas à partir de limites externes à induire, construire ou activer (4), mais se construit à partir de l'action : « *Je suis ce que je fais* ». Comme si ce Moi d'essence archaïque se nourrissait et se densifiait du « faire », les contenus étant alors mobilisés par les activités socialisantes : le moment du café pris en commun, le temps de travail, d'activité ludique et au sens symbolique le volume d'activité. Ici, la nature de l'activité importe peu, elle peut même être « machinale », sans but de communication ou sans aspect utilitaire (ensachage d'épingles à linge, mots-croisés ou sudoku en Maison de retraite...), elle est alors répétitive, neutre et apaisante (colorier un mandala), ou simplement rythmique, physique (la marche et ses bienfaits...). C'est l'occupation comme « aucune passion » ! Le contenu crée le contenant et résume un temps le sujet. L'occupation participe de son être-au-monde.

DU CONTENANT AU STRUCTURANT

Bien sûr, cette mise en action peut se transcender et très vite, dans l'histoire de la psychiatrie (et des lieux d'enfermement), on a su, profitant encore une fois des bienfaits des psychotropes, instiller un occupationnel signifiant à visée thérapeutique via des médias divers (agriculture, équitation, art, sport) ou des processus de création. Dès lors, l'occupation a muté, devenant une vectorisation existentielle dans laquelle l'activité a du sens, suscite les émotions, s'appuie sur l'inspiration intellectuelle (avec la métaphore de l'air qui donne la vie), sublime ou active les pulsions de vie (5) (pulsions épistémophilique, motrice, créatrice). L'activité vectorisée mobilise et structure, elle a un impact sur le psychisme. Elle est alors une authentique occupation thérapeutique (6), qui se décline dans tous les lieux de la psychiatrie contemporaine : temps plein, HDJ ou CATTTP. Les médias utilisés sont le plus souvent corporels : soins esthétiques, massage, hydrothérapie (qui renoue avec les pratiques en vigueur en psychiatrie avant l'apparition des psychotropes...) ou artistiques : écriture, peinture, sculpture, danse, théâtre, photographie... Tout est possible et chaque équipe invente son dispositif. Cette dynamique se retrouve aussi dans

d'autres champs comme l'éducation, la prise en charge occupationnelle des sujets incarcérés, l'univers monastique.

QUELLES INDICATIONS ?

Ce sont naturellement les patients « chroniques », placés en institution ou pris en charge dans des structures semi-ambulatoriales qui sont concernés en premier par cet occupationnel : en effet, obtenir un effet structurant nécessite du temps et d'imposer un rythme. Les troubles sont donc sévères.

• La psychose chronique : André

Il y a plus de 30 ans, nous avons soigné **André**, ancien légionnaire, ancien vagabond, ancien alcoolique chronique, pas complètement sevré même après une longue hospitalisation de plus de 15 ans sans discontinuité. Au fil du temps, avec le statut de malade-travailleur, il a trouvé à l'hôpital psychiatrique un lieu de vie sécuritaire, un asile au sens propre. En semaine, il faisait partie d'un groupe « externe », encadré par des soignants, qui exécutait des travaux de force chez des particuliers et il y excellait. Le week-end, André sortait parfois, pour donner un coup de main à un de ses infirmiers qui faisait des travaux de terrassement chez lui. Il était rémunéré en cigarettes. De nos jours, ce type de pratique qui, rétrospectivement faisait plus que flotter le cadre de soin, et les chantiers ergothérapeutiques extérieurs, sont proscrits au nom de la déontologie et de la lutte contre le travail non rémunéré. Mais on peut encore le rencontrer hors du milieu hospitalier et médico-social, dans des communautés thérapeutiques et spirituelles.

• La dépression anaclitique : Hélène

Hélène, **55 ans, est suivie en CMP pour une dépression chronique**. Elle a des antécédents lourds de violence intrafamiliale lorsqu'elle était enfant et dans son passé conjugal. Elle vit seule et touche une allocation pour adulte handicapé (AAH). Elle a deux fils, qui ont quitté la maison, menant chacun leurs vies difficiles et qui ont coupé les ponts avec elle, lui reprochant ses multiples tentatives de suicide lorsqu'ils étaient enfants.

Au moment où nous la rencontrons, Hélène sort peu, par désintérêt du monde, par angoisse et phobie sociale, mais aussi par manque d'énergie. Elle reste chez elle, en pantoufles et robe de

chambre, fume, s'enfoncé dans l'incurie et le marasme psychologique.

À ce stade, une intervention d'un Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) parvient à l'aider à sortir de son aboulie, de ses conduites à risque (alcool-tabagisme) et à renouer avec le CATTTP proche de son CMP. Pour l'inciter à se lever, donner du sens à ses journées vides, angoissées et douloureuses, pour réinvestir son corps négligé (obésité, arthrose, incurie...) après diverses tentatives infructueuses, accompagnée, elle parvient à « raccrocher » des soins et trouve d'abord des soins psycho-corporels au CATTTP : atelier coiffure, esthétique et maquillage. Elle accepte de venir les jours de sortie collective au marché du quartier, ce qui lui permet d'acheter des denrées plus saines, et de se remettre à cuisiner. Le projet est de la faire participer à des randonnées thérapeutiques.

Chez Hélène, son anaclitisme majeur était un obstacle aux soins. Il la confinait dans un isolement socio-affectif permanent et dramatique. Aujourd'hui, elle n'en est pas encore à envisager de (re)travailler, mais s'anime peu à peu, noue des liens avec d'autres patients. Cette évolution nous permet de diminuer ses doses d'anxiolytiques, qui avaient par ailleurs des effets délétères sur ses fonctions cognitives.

• Les déficits relationnels : Vado

Vado, 20 ans, est Rom, originaire de Croatie mais apatride. Vivant en France depuis peu, il présente une psychose sévère, de déclenchement hyperprécoce (à 12 ans selon sa mère), sur terrain familial. Il n'y a plus de père. Sa mère est dépressive, ses deux autres frères aînés sont diagnostiqués schizophrènes. Vado est arrivé avec un diagnostic de Troubles du spectre autistique (TSA). Il ne parle qu'italien car il a passé son enfance en Italie. Il a peur du contact, il est sub-mutique, observe.

La mère de Vado voudrait qu'il intègre à terme un Esat. En complément d'un traitement antipsychotique désinhibiteur, nous l'avons adressé à l'HDJ. Les premiers mois, docile mais inhibé, il ne parlait pas, restant en retrait. Puis il a commencé à s'intéresser aux parties de cartes, et surtout à l'« activité belote ». Peu à peu il s'est rapproché de la table, il a intuitivement intégré les règles, puis a accepté de jouer. Aujourd'hui Vado

comprend assez bien le français, il s'anime et rit en jouant. Il attend toujours une place en Esat et le droit d'y aller. Il y a quelques semaines, il nous a demandé un rendez-vous et nous a posé de nombreuses questions pertinentes sur son diagnostic, son devenir, ses chances d'accéder à une vie convenable, c'est-à-dire comprenant, selon ses critères de réussite, une voiture, une femme, un travail, des enfants.

Hélène et Vado sont des cas récents : l'occupationnel en psychiatrie reste un des enjeux contemporains du soin même si, bien sûr, les problématiques liées aux longues hospitalisations et au travail en institution ne se posent plus avec la même acuité. Ce qui est significatif dans ces fragments de prise en charge, qui sont des morceaux de vie, est la question du temps : l'occupationnel est efficace sur la durée, et par la durée, dans la mesure où il structure le monde des patients et le leur rend peu à peu compréhensible et signifiant, lui donnant un sens interrelationnel et socialisant. Les nouveaux lieux de l'occupationnel en psychiatrie sont les HDJ, dispositif intermédiaire déjà ancien qui répond aujourd'hui à deux nécessités : alléger et raccourcir les temps d'hospitalisation temps plein et/ou renforcer un ambulatoire trop léger s'il se résume au CMP et à ses consultations de plus en plus éloignées fautes de personnel.

• **Phobie et angoisse : Christine**
Christine, 27 ans au moment où nous l'avons rencontrée en CMP, était une jeune femme émotive, phobique et

angoissée, vite terrassée par ses émotions, incapable de résister aux sollicitations et aux pressions de son existence. Des antécédents de violences intrafamiliales psychologiques, physiques et sexuelles étaient présents. Adressée à des séances de thérapie à médiation créatrice, elle s'y est fait une place, a pris du plaisir et trouvé sa voie de sculptrice sur terre. Douée, sensible, travailleuse, encouragée et rassurée lorsqu'il le fallait, elle a commencé à créer son œuvre, à aboutir ses figurines et ses statues et à trouver son style. Elle est devenue une artiste. Aujourd'hui, à 40 ans, elle crée, expose et vend, elle a trouvé un compagnon. Artiste reconnue pouvant (presque) vivre de son art, elle continue néanmoins à fréquenter l'atelier de création.

CONCLUSION

L'occupationnel en psychiatrie a donc une riche histoire et une fonction psychodynamique qui s'articule avec d'autres dimensions du soin dans l'institution et dans ses appendices hors-les-murs. Son évolution est liée aux fondements de la psychiatrie institutionnelle, mais il perdure, sous forme aménagée, et reste un outil pertinent et actuel. On peut distinguer un occupationnel pur, qui modèle pour partie les processus identificatoires et de construction du Moi, et un occupationnel vectorisé (c'est-à-dire qui a un sens social), le plus souvent médiatisé, qui institue et vivifie une parenthèse thérapeutique structurante. Ainsi un espace/temps dédié à son évolution psychosociale est offert au patient.

En complément d'autres approches médicalisées ou psychothérapeutiques, le but de ces dispositifs est toujours l'émergence et la consolidation de processus de renforcement de l'estime de soi et de l'auto-identification positive, supports indispensables à la resocialisation, à l'autonomisation maximale et *in fine* à la remise en route du patient, ainsi (re) individué et subjectalisé, reconnu.

1 – La loi du 30 juin 1838 sur l'enfermement des aliénés dite « Loi des aliénés », est promulguée sous le règne du roi Louis-Philippe et traitait des institutions et de la prise en charge des malades mentaux.

2 – M. Foucault : *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Éditions Gallimard, 1975, 328 p.

3 – Pole majeur des organisations limites, la dépression anaclitique est l'expression d'un effondrement narcissique massif par absence/perte d'objet, exprimant une angoisse massive d'abandon, mais pouvant aussi être comprise comme une tentative de dénoncer la violence intrinsèque du système dans lequel le sujet s'est enfermé. In : V. Kapsambelis, *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte*, PUF, 2012, p. 655.

4 – C'est ce qui est fait pour des patients très régressifs dans des thérapies psychocorporelles comme l'enveloppement humide thérapeutique, voir T. Albernhe, 1992, *l'enveloppement humide thérapeutique*, Coll. Les empêcheurs de penser en rond.

5 – Selon les théories des pulsions de Freud, les pulsions de vie sont celles qui vont trouver à s'inscrire dans l'amour de soi et d'autrui, dans la création, dans le champ social, relationnel et professionnel.

6 – P. Touzet : *Activités occupationnelles ou activités thérapeutiques, une différenciation complexe*, 2019, p. 12-16 *Soins Psychiatrie* (n° 323, vol. 40).

Résumé : Ce texte retrace l'évolution du soin psychiatrique, au regard de la place de l'occupationnel dans le traitement des patients, notamment ceux en institution. Les asiles psychiatriques, créés par la loi de 1838, étaient à l'origine des lieux de confinement où les patients étaient isolés, souvent sans perspective d'amélioration. Cependant, à partir des années 1950, avec l'introduction des psychotropes et l'émergence de la psychothérapie institutionnelle, les hôpitaux psychiatriques ont évolué, visant à offrir des soins plus humanisés et à encourager la réinsertion sociale des patients. L'ergothérapie a été introduite comme une forme de thérapie par le travail, permettant aux patients de structurer leur quotidien et de retrouver un sens à leur existence. Au fil du temps, cette approche a évolué pour inclure des activités plus créatives et thérapeutiques, telles que l'art, le sport ou l'agriculture. L'occupationnel est devenu un outil essentiel pour structurer le temps des patients, renforcer leur identité et favoriser leur réinsertion sociale. Aujourd'hui, l'occupationnel en psychiatrie reste crucial, surtout pour les patients chroniques. Le texte illustre cette dynamique à travers des exemples de patients, montrant comment des activités simples mais régulières peuvent améliorer leur bien-être psychologique, leur donner de l'autonomie et renforcer leur estime de soi.

Mots-clés : Accompagnement – Bénéfice thérapeutique – Cas clinique – Chronicité – Histoire de la psychiatrie – Médiation thérapeutique – Occupationnel – Relation soignant soigné – Temps informel – Travail.

« C'est la recette pour sortir au plus tôt... »

À 48 ans, Stéphane Cognon a éprouvé le besoin d'écrire sur sa traversée de la maladie. Dans un extrait de son livre « Je reviens d'un long voyage », il témoigne de la place des activités thérapeutiques dans son parcours de rétablissement. Aujourd'hui, il est Médiateur santé pair en santé mentale.

Je me souviens de quelques pensionnaires de cette clinique. En premier lieu un jeune homme, appelons-le Jean, qui vint me parler assez rapidement afin de m'expliquer sa vision de l'établissement. « Tu as voulu t'enfuir ?, avait-il appris. Grosse erreur, ne jamais sortir de l'établissement sans y être autorisé, sinon tu vas perdre tes droits à la sécu. On n'est pas bien là ? Nourri, logé, un petit cacheton pour dormir. Sauf si tu veux sortir, tu veux sortir ?

– Ben oui, moi j'aimerais bien...

– Alors là, c'est autre chose. Le programme : tu vas aux groupes de parole, tu participes aux séances d'ergothérapie, peinture, sculpture, loisirs au choix et tu vas au sport, tennis, foot basket. C'est la recette pour sortir au plus tôt et tu dis bien au psy que tu fais tout ça, compris ? – Compris. »

Dans le parc, je croisais régulièrement une bonne sœur. Entendait-elle des voix elle aussi ? Dialoguait-elle avec Dieu ? Troublant, nous ne sommes pas égaux face aux voix, en tout cas elles peuvent parfois sembler légitimes, non ?

Pierre Desproges avait une réflexion là-dessus : « Si tu parles à Dieu tu es croyant, s'il te répond tu es schizophrène. » Un psy m'avait fait part également d'une anecdote sur un de ses patients dont les voix étaient bien orientées : il entendait son psy d'un air menaçant lui ordonner de prendre ses médicaments ! Ça peut marcher aussi comme ça.

Bref, je ne sais pas si cette bonne sœur était schizophrène, je restais avec mon trouble sans aller lui demander.

Un autre personnage m'intriguait. Je lui tournais autour et plus je le voyais, plus sa ressemblance avec Woody Allen me

frappait. Je laissais passer plusieurs jours et lorsque je me sentis plus en forme, j'allais le voir.

« Bonjour.

– Bonjour, dit-il.

– Est-ce que l'on vous a déjà dit que vous ressemblez à Woody Allen ?

– Oui, oui, on me l'a déjà dit ! », me dit-il avec un grand sourire.

Et... et puis rien, pas une blague, pas une anecdote sur son psy, c'était pourtant bien le lieu. Je fus très déçu. Je le recroisais plusieurs fois en essayant de le relancer, mais à chaque fois le bide, tant pis.

Alors, j'allais à l'ergothérapie, pour faire passer le temps et suivre le programme que m'avait fait Jean.

Je choisisais la peinture. Je ne sais pas très bien dessiner, mais je choisisais les couleurs, je mis des à-plats sombres, du rouge carmin, marron en bas de la feuille, puis plus clair, des couleurs pastel vers le haut avec une flèche et le chiffre de l'année prochaine.

L'animateur vint me voir :

« Alors Stéphane, qu'est-ce que tu as voulu dessiner ? »

En fait, je savais exactement ce que j'avais voulu dire.

« Ça représente mon état à l'arrivée, mon amélioration puis ma guérison pour recommencer l'année. »

L'animateur me prit comme exemple auprès d'un jeune garçon qui ne parvenait pas à dessiner une ligne :

« Tu vois Paul, Stéphane ne sait pas dessiner, il a fait un peu n'importe quoi, mais il a osé et pour cela je vais afficher sa peinture. »

J'étais fier de mon demi-succès ; en sortant de la salle je tombais sur Jean.

Je l'appelais : « Jean, viens voir, je suis exposé ! »

Il se retourna : « Bravo, un pas vers la sortie ! »

Je fis du sport aussi.

L'éducateur sportif était plutôt du genre viril. Il nous faisait jouer au basket et pour encourager le jeu d'équipe, nous devions lâcher la balle lorsque l'adversaire nous touchait. Il jouait avec nous et lorsqu'il nous touchait, ce n'était pas des petites tapes, mais plutôt des grands coups dans le dos. Je peux vous dire que nous ne gardions pas la balle trop longtemps.

J'ai joué au tennis aussi. J'avais du style. Peut-être un peu trop... joli, mais pas très efficace. Lorsque je jouais contre l'éducateur, il me balançait des retours que je devais parfois éviter. Il m'appelait Monsieur le baron. Il ne devait pas avoir les aristocrates à la bonne.

Jean avait raison, l'ergothérapie, le sport, tout cela me socialisait et me remettait en forme. Il ne me restait que quelques jours. La sortie définitive avait été fixée. Mes parents allaient venir me chercher.

« Je vais m'en aller, dis-je à Jean.

– C'est bien si c'est ce que tu veux.

– Et toi ?

– Moi ? Oh tu sais je ne suis pas vraiment bien encore, je crois que je vais rester un peu ».

Et il partit en singeant le fou qu'il n'avait jamais été.

• Stéphane Cognon, *Je reviens d'un long voyage - Candide au pays des schizophrènes (Les personnages de la clinique)*, éditions Frison Roche, 2017

« Il y a du monde dont

Lors de leur pause déjeuner, les soignants du CMP évoquent les moments partagés avec « leurs » patients. Comment qualifier ce qui ne s'inscrit pas nécessairement dans un projet thérapeutique mais relève incontestablement de la sollicitude ?

Midi trente au Centre médico-psychologique (CMP), c'est l'heure de la pause. Anna, Charlotte (infirmières), Aurore (psychologue) et Luc (psychiatre) se retrouvent à l'office et dissertent sur l'art subtil de cuisiner les restes et sur les dernières tendances de plats surgelés...

• Entre autres sujets, **Anna évoque Kevin**, un patient qui a participé à l'activité piscine la veille. Même sur les temps de coupure, difficile de ne pas parler de ceux dont on s'occupe. Ce patient, schizophrène paranoïde stabilisé à l'allure patibulaire, gère son diabète insulino-dépendant à sa façon, malgré les passages en hospitalisation de jour de diabétologie et l'éducation thérapeutique reçue, y compris en psychiatrie. Il est arrivé à l'activité piscine en déclarant « *j'fais attention à ce que je mange, Madame Anna, c'est fini pour moi le sucre* », tout en arborant d'évidentes traces de chocolat autour de la bouche, ce qui n'a pas manqué de faire sourire les soignants présents. Toujours très adhésif avec eux, y compris en nageant, Kevin répète régulièrement combien il est souvent perdu et seul pour les actes sortant du quotidien, ce qui fait qu'il sort peu de chez lui. C'est

ainsi qu'Anna l'a accompagné récemment fleurir la tombe de ses parents. Elle ne manque pas de préciser les bénéfices thérapeutiques des activités pour Kevin. Lui qui entend des voix malgré sa médication et paraît dissocié dans la perception de son corps, verbalise la diminution de son angoisse dans le contexte d'interactions protégées et bienveillantes, ainsi que son plaisir à nager. Dans un temps « libre » de l'activité, Anna a retrouvé Kevin dans le petit bassin, en train de faire la planche, seul parmi la foule des enfants et des adolescents criants et sautant en cette période de vacances scolaires. Nullement gêné par l'environnement, il paraissait totalement détaché et détendu donnant l'impression d'éprouver son corps, un peu comme si le dedans et le dehors se connectaient à la faveur du brouhaha.

Tour à tour, chaque soignant évoque un patient marquant, une rencontre récente qui l'a fait sourire ou réfléchir.

• **Luc parle de Bertrand**, reçu en consultation le matin. Comme d'habitude, ce patient, qui « *a la psychose* » (selon ses propres mots) s'est inquiété de la santé de son psychiatre. « *Lorsqu'il m'a vu rédiger son ordonnance, il m'a dit : "Vous connaissez tous les médicaments de psychiatrie docteur ? C'est trop fort !"* ». Luc poursuit : « *J'ai trouvé ça sympathique jusqu'au moment où il a rajouté : "Et donc, toute la journée vous écrivez des ordonnances, c'est terrible..."*. Je ne sais pas s'il entendait cela par « *c'est fameux* » ou « *je ne vous envie pas* » en plaignant mon sort.

Ahmed BENAÏCHE

Infirmier spécialiste clinique (MScN),
Valenciennes.

Aude Herliédan - My Heart, 2024, techniques mixtes sur toile © 1831 Art Gallery.

il faut s'occuper... »



J'avoue que je n'ai pas osé lui demander de précisions, mais vu sa mine... Parfois, nos patients nous touchent plus que ce que l'on imaginerait ».

• **Charlotte, quant à elle, raconte Henri**, emmené à la mer la semaine précédente et qui a passé toute la sortie à s'exclamer « *c'est merveilleux* » avant de préciser qu'il n'y était pas retourné depuis son enfance avec ses parents. Émue, Charlotte souligne qu'elle est souvent ramenée au vécu parfois difficile des patients et que de tels moments avec Henri lui montrent bien qu'il existait un « au-delà » du thérapeutique dans ses missions d'infirmière.

• Entre mijotage et réchauffage, voilà qu'arrive César, infirmier, qui rentre de visite à domicile (VAD) la mine déconfite. Interrogé sur ce qui semble le tracasser, **César apprend à ses collègues qu'il revient de chez Salina**, « sa » patiente dont il est référent de longue date. Salina vit dans le centre-ville, dans un petit appartement avec ses chats et son chien. Constamment « *persécutée* » selon ses dires, elle ne sort que la nuit, avec son chien, et fait les poubelles. Son appartement est d'ailleurs décoré de ses nombreuses trouvailles ce qui confère au lieu une aura aussi étrange que son occupante. L'aide sociale lui livre ses repas et une femme de ménage passe une fois par semaine.

Ce matin, une synthèse a eu lieu au domicile de Salina, pour faire un point d'étape de sa situation sociale. Sa curatrice, l'assistante sociale du CMP, une responsable de l'aide sociale et César étaient présents. Salina n'en démord pas, elle veut quitter son logement et aller vivre en Camargue avec des chevaux. Véhémement tout au long de la rencontre, Salina s'en est pris à chacun pour dénoncer leur incapacité à assouvir ses demandes. Arrivée au tour de l'infirmier, elle a remis une nouvelle fois en cause le traitement « *César, arrêtez de me regarder sur ce ton ! Au CMP vous ne m'évoluez pas avec votre piqûre !... , vous me donnez des comprimés de persécution ! J'ai lu la notice dans la boîte de l'injection, ça fait saigner du nez ce machin-là. Il faut dire au docteur Luc que la piqûre n'est pas bonne. Il doit me remettre mon ancien traitement sinon je vais le chignonner celui-là ! Il y a quelqu'un qui me veut du mal. Sébastien (son voisin) a mis du cannabis dans mes affaires, ça crie dans le couloir, on me veut du mal !* » César est parvenu à apaiser Salina au cours de l'entretien et les différents professionnels ont quitté son logement

sans réelles avancées dans la prise en charge sociale.

César explique : « *Ces derniers temps, les persécutions se font plus fortes. Il faut vraiment que je m'accroche au suivi. Luc, elle accepte de venir te voir au CMP la semaine prochaine pour parler du traitement à la seule condition que je l'accompagne. Nous avons convenu que je passerai plus tôt à son domicile pour notre régulière partie de dames* » (Salina et César jouent à chaque visite aux dames selon des règles librement adaptées par la patiente).

Toutes ces situations questionnent les interstices des rapports entre patients et soignants en dehors de ce qui est « thérapeutique », et ce qui relève de la manière dont les professionnels s'occupent des personnes suivies et de la sollicitude déployée réciproquement.

JUSTE OCCUPER LE TEMPS ?

Comment qualifier les moments passés avec les patients qui ne s'inscrivent pas nécessairement dans un projet thérapeutique ? Lorsque César joue aux dames avec Salina, est-ce occupationnel ou thérapeutique ?

Du côté des soignants « faire de l'occupationnel » a bien souvent un sens péjoratif, en opposition au thérapeutique. Historiquement, il faut revenir à Pinel : dans son traité médico-philosophique de 1800, l'occupation du malade est le garant de la santé, des bonnes mœurs et de l'ordre (1). La thérapie occupationnelle apparaît au début du xx^e siècle en Allemagne, avec le psychiatre Hermann Simon, puis plus tard, avec la psychothérapie institutionnelle à Saint Alban notamment. Occuper l'aliéné est perçu comme un moyen de lui rendre une place active. Les plus anciens d'entre nous se souviennent des pécules qui rémunéraient la participation des patients à la vie de l'établissement, une forme d'occupation (voir aussi l'article de D. Bourgeois, p. 36). De nos jours, faire des activités ne va plus autant de soi. Les durées de séjours se raccourcissent et les nouvelles orientations de la psychiatrie tendent à réduire le recours à cette approche par l'activité. Reprenons les définitions d'« occupationnel ». Le Larousse, pour ce qui est spécifique à la médecine, évoque des techniques thérapeutiques visant à occuper les malades mentaux en leur proposant soit des travaux (ergothérapie), soit des activités de loisirs. Le Robert mentionne le soin des troubles nerveux, psychiques par une activité organisée par le travail.



Aude Herliédan - The Dance, Collection privée © ArtGallery.



Ces définitions renvoient ainsi littéralement à la manière dont on occupe les patients, un moyen de leur faire passer le temps, d'où son sens devenu hautement péjoratif car jugé quasi sans valeur et qui s'oppose au bien plus noble « thérapeutique ».

– Avec l'occupationnel, on viserait à occuper l'esprit de l'individu, tantôt déficitaire donc passif, tantôt parasité par une possible production délirante.

– Le thérapeutique ramènerait les soignants à des objectifs de soins, au programme de soins, bref, à leur mission première : soigner. Toutefois, l'étymologie du verbe soigner nous égare un peu plus puisque *soniare* dont il est issu renvoie à « s'occuper de » en tant qu'engagement vers l'autre et à l'attention que l'on lui porte.

Dès lors, on pourrait presque y voir une gradation de l'occupationnel vers le thérapeutique, puisque selon les différentes définitions, il s'insère dans le spectre du soin. Ne peut-on avancer que l'occupationnel puisse porter sur l'autonomisation, l'altérité et la relation à l'environnement de l'individu que sa maladie isole, tandis que le thérapeutique viserait à opérer des changements dans le fonctionnement du patient, là où s'exprime le trouble ? Bref, il s'agit là de deux logiques du soin.

Ces sciences de l'occupation sont pour leur part envisagées comme des activités quotidiennes réalisées par des individus pour occuper leur temps et donner un but à leur vie. De là est né l'ergothérapie (notamment avec H. Simon cité plus haut), littéralement le soin par le travail ou l'activité (voir aussi l'article de G. Riou, p. 30). Townsend (2) précise en évoquant « l'ensemble des activités et des tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus et les différentes cultures donnent un nom, une structure, une valeur et une signification ». Dans le même champ disciplinaire, Christiansen (3) définit le « déséquilibre occupationnel » comme l'incapacité de gérer et équilibrer ses occupations physiques, mentales ou sociales.

Lorsqu'Anna accompagne Kevin fleurir la tombe de ses parents, c'est donc bien de l'occupationnel qui peut conduire à un échange thérapeutique par la verbalisation induite lors de l'accompagnement et la préservation des capacités de vie. C'est aussi sans doute une manière de stimuler sa capacité à remplir son quotidien en prenant le prétexte d'une demande ponctuelle du patient. Quand Charlotte

fait une sortie thérapeutique et qu'Henri s'émeut de revoir la mer, on touche bien ici au sens de sa vie et à l'inscription du sujet dans sa propre histoire.

En psychiatrie, « faire de l'occupationnel » porte souvent une connotation péjorative liée à « faire du social » dans son sens le plus réducteur. Dans ce contexte, le soignant ne cote pas d'actes, et si on oppose l'occupationnel au thérapeutique, il n'assume donc pas sa mission première, produire du soin. Ce fossé entre ces deux dimensions prend sans doute sa source dans le décret de compétence infirmier de 1984 (4) qui différenciait alors des activités « *occupationnelles et à visée sociothérapeutique* » des « *psychothérapeutiques* ». Toutefois, on retrouve bien ce qui fait lien, rencontre et même alliance dans les exemples cités. Lorsque je travaillais en intra-hospitalier, y compris en unité d'accueil, lors de week-ends calmes en poste du soir, il nous arrivait « d'occuper » les patients volontaires par des activités comme des jeux de société ou par la préparation de crêpes loin de toute routine mortifère. On retrouve ici les activités dites de sociothérapie apparues dans les années 1970 qui envisageaient le traitement psychique par le social.

César, qui joue aux dames avec Salina, qui a remanié les règles pour elle, s'inscrit dans le fonctionnement opératoire de cette dernière, ce qui n'exclut pas de travailler sur son fonctionnement psychique tout en maintenant un lien thérapeutique. Entre eux, il est alors question de distanciation et de proximité au sein d'un processus transférentiel. Du lien est tissé au cours d'une activité cognitive teintée de social et d'affectif. On peut d'ailleurs interroger la formation initiale infirmière où l'on enseigne la réalisation d'actes, notamment en travaux dirigés, mais y apprend-on à « s'occuper de » dans son sens le plus large ?

En psychiatrie, outre les traitements médicamenteux, la relation reste le principal moyen de soigner. On ne peut nier à l'occupationnel comme au thérapeutique une fonction, celle de favoriser la rencontre en tissant des liens.

« VOTRE PLACE, C'EST AUPRÈS DES PATIENTS ! »

Comme le rappellent Lombard et Vandewalle (5) en philosophie de la santé, on soigne quelque chose, une maladie (en Grec, *therapia* ou l'art de soigner le corps) mais aussi quelqu'un, on s'occupe de lui (*épimeleia*, dans le sens de s'occuper

de, surveiller dans le sens de veiller sur). En psychiatrie, et dans toute pathologie chronique, il s'agit d'accompagner le patient qui chemine par l'expérience de la maladie et dans son parcours de soin à partir du vécu de ses troubles, mais aussi de sa relation à l'équipe soignante. Une prise en charge globale donc.

Par sa présence, le soignant est lui-même un outil du soin. Dans son quotidien, il doit développer sa capacité à « être avec ». Durant mes études, j'ai effectué un stage dans une unité de psychiatrie dont le surveillant chef, comme on les appelait encore, avait des allures de sergent instructeur. Un après-midi, il a débarqué furieux dans le bureau infirmier. À tous les soignants présents, il a asséné de manière lapidaire : « *Votre place, c'est auprès des patients, pas retranchés dans ce bocal !* ». Ça m'a marqué pour le reste de ma carrière. Avec sa pédagogie toute personnelle, il a ensuite précisé ses propos aux stagiaires, pour nous enjoindre de toujours nous questionner du temps passé avec les patients (à une époque où les téléphones portables n'existaient pas, c'est dire...). Des années plus tard, j'ai compris que ce surveillant chef rejoignait Carl Rogers (6), pour qui la position soignante est fondamentalement relationnelle. Selon lui, c'est la relation qui est soignante. En psychiatrie nous ne soignons pas seulement avec des médicaments, mais en écoutant, avec nos silences et nos mots choisis également. Les soignants se donnent et développent des outils pour penser la proximité thérapeutique.

Leur présence peut aider à la construction de soi du patient dans l'expérience de la maladie. Prenons l'exemple d'un patient incurique, qui ne se perçoit pas comme tel. Lorsque le soignant, personne distincte qui envisage autrement la réalité, questionne avec lui cette incurie, sans jugement et avec bienveillance, il peut lui permettre de se rapprocher d'une conscience de lui-même mise à mal par un vécu corporel atteint par la maladie.

LA SOLLICITUDE

Cette attention à l'autre, cet intérêt pour lui, nous renvoie à la sollicitude dans les soins. Le sens initial de ce concept provient de l'inquiétude et du souci (« *sollicitudo* » en latin) tandis que le verbe « *sollicitare* » réfère au mouvement, à l'incitation et plus loin à ce qui nous bouscule et nous émeut. Avec l'étymologie, on se rapproche du soin, au sens de préoccupation de

l'autre, même si cela peut être étendu à l'inquiétude de tout un chacun pour un parent par exemple. En pratique, il n'est pas rare que les soignants emploient des adjectifs possessifs (« ma patiente ») pour désigner des patients dont ils sont référents, et réciproquement on entend du côté des soignés (« mon infirmier, mon psychiatre ») comme pour signifier une appartenance, sinon un lien.

Dans la pratique du soin, comme l'évoque F. Gros (7), la sollicitude génère une tension psychique importante. Selon lui, c'est également sur une base de sollicitude que les soignants recourent à l'humour, à la dérision et aux partages de récits, comme le font les soignants du CMP lors de leur pause. Cela leur permet d'accepter la fragilité de l'autre et leur propre vulnérabilité et de faire face à leurs affects négatifs (comme Charlotte touchée par Henri et qui évoque des « *choses en plus du thérapeutique* » ou lorsque César partage les nombreux néologismes de Salina tels que : « *Vous me mettez des bâtons dans les routes !* »). Dans le même registre, Marcel Sassolas (8) définit la fonction soignante comme « *une attention portée à la santé d'autrui* ».

Pour Paul Ricoeur, la sollicitude permet de penser un rapport à l'autre souffrant et fait de lui un objet d'attention dans un contexte de réciprocité où l'on apprend de la souffrance de l'autre. Citant ce philosophe et sa « *petite éthique* » (9), Philippe Svandra (10) précise que le souci pour autrui serait la raison d'être du soin et l'expression même de l'humanité du soignant, dont l'engagement renvoie à une forme de reconnaissance mutuelle de vulnérabilités réciproques (soignant-patient). Loin de toute dissymétrie, le soignant se sent proche d'autrui dont la souffrance en fait son semblable. Dès lors, une interrogation émerge. Si l'apprentissage par la souffrance du patient le construit professionnellement, comment « durer » dans les soins, comment alléger la charge mentale que cela entraîne ? Cette problématique semble essentielle dans le contexte de supervisions encore trop rares et à l'heure où la fidélisation des professionnels pose des difficultés aux institutions...

UN SOUCI SPÉCIFIQUE...

En psychiatrie, le souci et l'inquiétude portent sur ceux qui parfois ne sont pas préoccupés d'eux-mêmes, voire étrangers à eux-mêmes du fait de la maladie. Je pense notamment aux patients souffrant

de psychoses. Il y a alors un équilibre difficile à maintenir entre « s'inquiéter pour » et « faire à la place de », au risque d'être intrusif et/ou d'être vécu comme persécuteur. Ainsi, Salina est fréquemment agressive avec César. Elle refuse de le laisser entrer chez elle lors de VAD, ou le prie soudain de partir quand son sentiment de persécution liée au soignant (ou à tout ce qui lui est extérieur) est trop fort. Malgré cela, Salina accepte la sollicitude du système de soins représenté en premier lieu par l'infirmier qui la visite. César se surprend à s'étonner du fait que la dernière hospitalisation de Salina date de plus de dix ans et qu'elle « tienne » encore à l'extérieur. Lorsqu'il maintient un lien, coûte que coûte, même ténu, il tente d'assurer la relation de soins, sa présence, son intérêt et son attention. Cela s'appuie sur une compréhension au plus près de ce que vit Salina du fait de la maladie. On serait tenté d'affirmer que c'est sur la base de cette sollicitude que César ne disqualifie pas cette patiente difficile, agressive même parfois, lorsqu'elle hausse le ton pour dire ses reproches aux soignants et qu'elle lui enjoint prestement de quitter son appartement. Il faut des trésors d'empathie pour accompagner Salina. Au-delà de son discours et de sa présentation, le clinicien doit comprendre ses besoins. De même, l'autonomie de Salina sera respectée, malgré des demandes parfois inadaptées comme celle d'aller vivre en Camargue avec des chevaux. Soigner en psychiatrie, c'est faire acte de sollicitude envers une personne vulnérable (y compris lorsqu'elle est agressive voire agitée) qui n'est plus totalement elle-même, parfois transitoirement lors de décompensation, parfois durablement car enkystée dans un délire, bref, envers une personne occupant une autre réalité. *A contrario*, ne pas prendre en compte cette personne renverrait à **la première des fautes pour un soignant, celle du non-soin.**

Nous tenons peut-être là un des aspects d'une possible sollicitude spécifique à la psychiatrie. Non que je veuille hiérarchiser le souci de l'autre selon la discipline, toutefois, la souffrance psychique teinte particulièrement le rapport au monde, en termes de relation, de communication et même du temps qu'il est parfois difficile d'occuper (le dépressif ressassant le passé, l'anxieux inquiet pour l'avenir ou encore le schizophrène parfois hors un temps qu'il ne parvient plus à percevoir).

Le soignant en psychiatrie doit être en mesure de se positionner à une distance thérapeutique du patient, afin de le percevoir dans sa globalité tout en assumant une proximité, siège du souci à un autre lui-même pas toujours inscrit dans sa propre préoccupation au sein d'une société qui souvent le singularise.

Si Anna regarde Kevin qui flotte dans le petit bassin de la piscine parmi les cris et les mouvements de l'eau, ce n'est pas uniquement pour le surveiller, l'observer cliniquement ou par souci de sa responsabilité dans le déroulé d'une activité thérapeutique, c'est aussi par sollicitude. Les pratiques soignantes du soin psychique semblent encore porter (un peu) l'héritage du passé. Historiquement, soignants et patients ont une histoire commune, un vivre ensemble et un transférentiel différent de celui des hôpitaux généraux. Même si les médecins-chefs ne résident plus au sein des institutions, comme dans le documentaire d'Hélène Risser (11), et que les infirmiers ne pratiquent plus le cadre unique (12), cette sollicitude perdure encore, y compris dans une psychiatrie dont les contours fluctuent au gré des avancées, des orientations et des besoins sociétaux.

CONCLUSION

Est-ce que ce souci de l'autre s'apprend en formation ? Existe-t-il un module « sollicitude » ? Et surtout s'exprime-t-elle toujours de manière visible ? On ne peut pas douter que la sollicitude soit induite lors des enseignements *via* l'éthique ou lors de travaux dirigés notamment par des professionnels de terrains. Ces derniers évoquent en effet le regard qu'ils portent sur « leurs patients » et leurs « trucs de métier ». Mais dans les fiches techniques, si on retrouve

bien les éléments cliniques à surveiller, il est rarement question de sollicitude. Se commande-t-elle seulement ? Elle se développe surtout à la confrontation au patient. Sa mise en œuvre nécessite des ajustements face aux imprévus liés à la maladie mentale. Une des compétences développée dans les soins de proximité, c'est précisément cette souplesse pour anticiper les demandes, contourner des routines ou s'adapter à un trouble, parfois via un travail peu visible. Ça peut être un infirmier en VAD qui aide un patient schizophrène à sortir ses très nombreux sacs-poubelles venus encombrer son espace de vie et qu'il ne parvient pas à évacuer du fait d'une profonde angoisse ou qui donne un coup de main à un patient psychotique pour ranger, monter un meuble... dans une libre adaptation de sa fiche de poste. La sollicitude, ce peut être aussi égayer le quotidien morne et douloureux des patients par des activités occupationnelles (César qui joue aux dames avec Salina) ou se questionner d'un possible mal-être d'un patient (comme César le fait en revenant de sa VAD, d'où sa mine inquiète et le partage de son ressenti avec ses collègues). Notons que lorsque Bertrand s'enquiert du fait que Luc, son psychiatre, puisse passer ses journées à écrire des ordonnances il fait preuve, lui aussi, de sollicitude.

13h15 au CMP. Après une pause repas émaillée des récits de travail de chacun, parfois drôles et souvent émouvants, il est temps pour les soignants de retourner à leurs tâches.

Le traditionnel café sitôt bu, Anna déclare : « Bon... c'est l'heure d'y retourner, il y a du monde dont il faut s'occuper ».

1– *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, Philippe Pinel, 1800.

2– Townsend, E. (2002). *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie*. Ottawa : Association canadienne des ergothérapeutes.

3– Christiansen, C.H., Baum, C.M. (1997). *Person-environment occupation performance : A conceptual model for practice*. Dans C.H. Christiansen & C.M. Baum (Ed.), *Occupational therapy : Enabling function and well-being* (2^e éd., pp.47-70). Thorofare, NJ : SLACK, Inc, p. 181

4– Décret de compétences de 1984, article 3. Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier est habilité à accomplir les soins infirmiers suivants comprenant, si besoin est, l'éducation de l'entourage de la personne soignée : Organisation d'activités occupationnelles et à visée socio-thérapeutique.

5– Lombard Jean, Vandewalle Bernard, *Philosophie et soin*, ed. Seli Arslan, 2009.

6– Carl Rogers, *La relation d'aide et la psychothérapie*, ESF, 20^e ed.

7– Gros, F. *Sollicitude, Les concepts en soins infirmiers*, ARSI, (2009), pp250-251.

8– Marcel Sassolas, *La psychose à rebrousse-poil « La fonction soignante en psychiatrie ou comment affronter la douleur de penser? »*, Santé Mentale ERES 2009, pp. 63 à 78.

9– Svandra P., « La question d'autrui à l'épreuve de la philosophie et du soin. Qui est autrui ? Qui suis-je pour autrui ? Quelle rencontre possible? », in *Recherche en Soins Infirmiers*, 2019/3, n° 138, pp. 7-17.

10– Ricoeur Paul, *Soi-même comme un autre*, Paris, Le Seuil, 1990. *Le philosophe, qui a toujours souhaité que son travail puisse « aider l'homme d'action », l'aider à habiter et à agir dans le monde, qualifiait lui-même ce texte fondateur comme sa « petite éthique », ou « une éthique pratique ».*

11– « Le monde normal », documentaire, Hélène Risser, 2020.

12– *Le cadre unique en psychiatrie était un système de fonctionnement que l'on trouvait encore jusque dans les années 1980 dans bon nombre d'hôpitaux psychiatriques en France. Il s'agissait d'organiser un rôle thérapeutique unique des infirmiers en psychiatrie auprès des patients dans les actes de la vie quotidienne, ménage, repas mais aussi les soins, l'accompagnement en promenade...*

Résumé : En psychiatrie, les activités dites « occupationnelles », généralement perçues de façon péjorative, peuvent en réalité être des moments clés du soin. L'exemple de Salina, qui souffre de schizophrénie, illustre cette dynamique. César, infirmier référent, joue aux dames avec elle à chaque visite, ce qui semble au départ n'être qu'une occupation sans but thérapeutique direct. Pourtant, cette activité devient un moyen de maintenir un lien, d'apaiser la patiente et de favoriser la communication, dans un processus de sollicitude. L'auteur souligne que la sollicitude, qui relève de l'attention portée à l'autre, est au cœur du soin par ce qu'elle implique du rapport soignant à autrui. Cette sollicitude, parfois invisible, trouve son expression dans les actions quotidiennes des soignants, comme l'accompagnement dans des moments de vie simples mais significatifs pour le patient. Les messages clés de l'auteur sont qu'il n'y a pas de réel soin possible sans sollicitude, ce qui impacte les soignants et questionne l'existence d'une sollicitude spécifique en psychiatrie.

Mots-clés : Accompagnement thérapeutique – Centre médico-psychologique – Empathie – Occupationnel – Pratique du soin – Relation thérapeutique – Rencontre – Soin psychiatrique – Sollicitude – Temps informel.



Aude Herliédan - Sous le soleil exactement I, 2024, techniques mixtes sur toile © 1831 ArtGallery.

La P'tite Cafète, portes

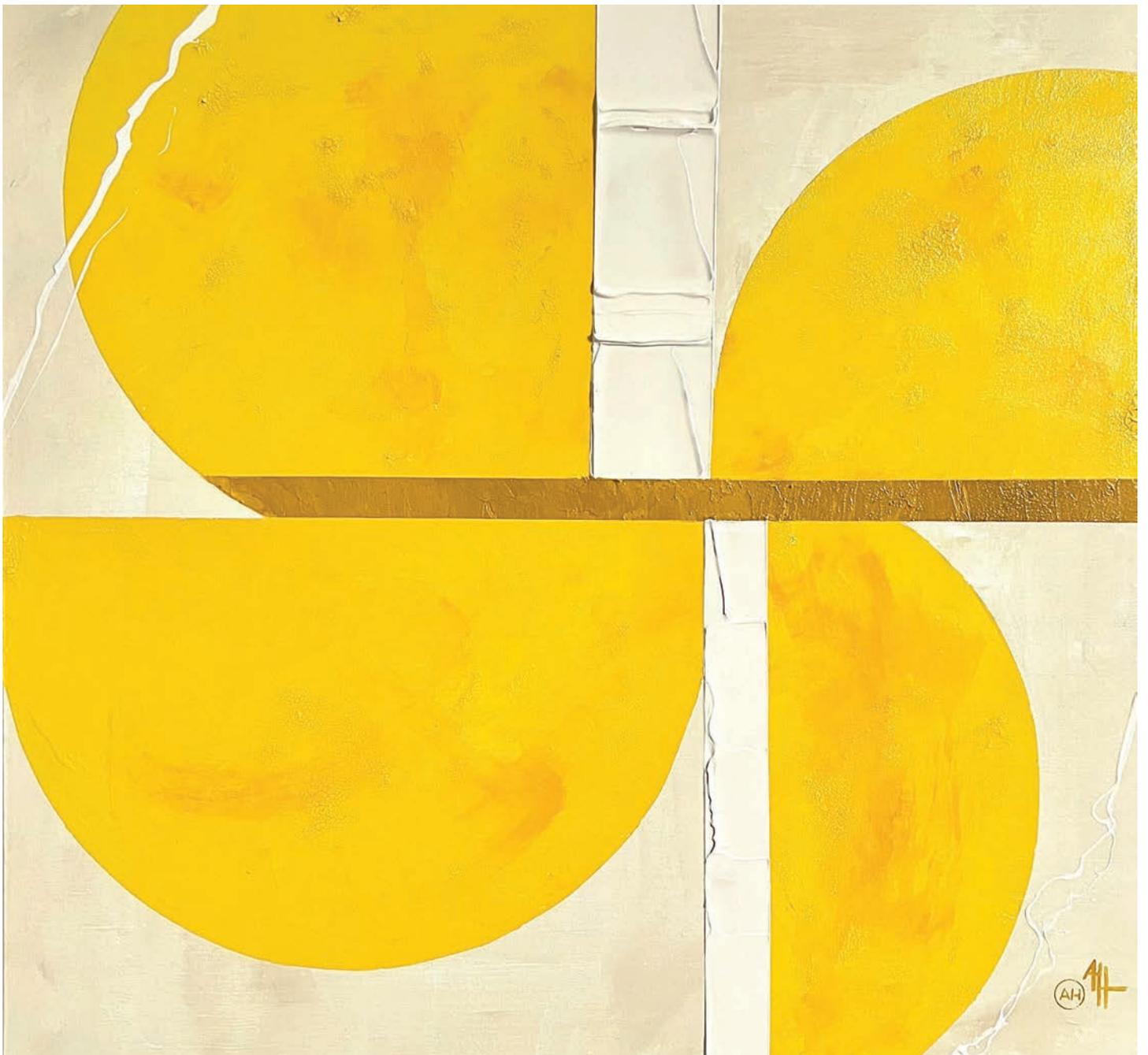
Au sein de l'hôpital de Niort, la P'tite Cafète est un lieu ouvert à tous, où l'accueil inconditionnel et la tolérance prévalent. Un infirmier nous invite dans ce lieu hors-norme, carrefour des chemins perdus, refuge des insensés, où des soignants bichonnent, inventent, nourrissent... Récits de quelques rencontres.

Éric LOTTERIE

Ancien Infirmier de secteur psychiatrique, animateur de la P'tite Cafète

Après la Seconde Guerre mondiale, la psychiatrie s'est orientée vers une approche plus humaine grâce à la psychothérapie institutionnelle et, plus tard, à la psychiatrie de secteur. Malheureusement, les principes humanistes qui

devraient être au cœur de cette discipline ont été abandonnés au bénéfice d'une perspective scientifique qui appréhende l'homme comme une simple combinaison de ses éléments organiques. Au cours des trois dernières décennies, dans mon



grandes ouvertes

parcours professionnel, j'ai observé et vécu la déconstruction progressive et inéluctable du service public dans les structures psychiatriques. Les idéaux humanistes ont subi un revers significatif, laissant place à des préoccupations de management et de rentabilité. Les notions d'efficacité et de gestion sont devenues les nouvelles priorités dictées par le néolibéralisme.

Dans un souci d'optimisation des ressources, l'établissement où j'exerçais a mis en place un centre de soins intersectoriels, destiné à centraliser les activités de

médiation au sein d'un espace unique. Il s'agissait de mutualiser les moyens ! Dans les faits, cette démarche a entraîné une réduction des effectifs dans les différents services, ce qui a conduit inévitablement à un appauvrissement de l'offre de soins. Par la suite, ce sont les services eux-mêmes qui ont commencé à fermer.

Dans ce contexte, les désaccords persistants, la distinction entre activités d'occupation et celles à visée thérapeutique se sont intensifiés. Les interactions entre les deux groupes de soignants, bâties sur des bases artificielles, n'ont pas permis

d'atteindre un résultat satisfaisant, sapant ainsi l'esprit de la psychothérapie institutionnelle. Une dichotomie s'est ainsi installée entre des soins jugés valorisants et ceux perçus comme de simples mesures palliatives. Au fil du temps, les activités se raréfient dans les services. Les ordinateurs occupent tout l'espace et les dossiers de soins numérisés engourdissent la pensée, réduisant le patient à une succession de cases à remplir, comme un simple formulaire sans âme.

Pourtant, selon le décret de compétences infirmier, les activités occupationnelles

sont primordiales pour assurer la satisfaction des besoins fondamentaux (1). Il serait donc temps de valoriser leur rôle indéniable dans nos pratiques de soins. Tout au long de mon parcours professionnel, j'ai été influencé par les pionniers : Lucien Bonnafé, François Tosquelles, Jean Oury ou encore Basaglia, Otto Gross... Ils ont éclairé ma vision. Ces derniers temps, j'ai souvent été considéré comme démodé, et la simple allusion à la psychothérapie institutionnelle me positionne, aux yeux de nombreux interlocuteurs, comme un fervent défenseur d'un passé révolu. Mais que voulez-vous, j'ai été formé comme ça, alors j'ai fait avec jusqu'au bout. Il m'a donc fallu ajuster, bidouiller. Je me suis centré sur la création d'espaces de soins mobiles, facilement déployables, flexibles et ajustables en fonction des besoins et des situations. Rien de révolutionnaire, juste une adaptation aux conditions d'exercice de ma fonction malmenée. J'ai beaucoup été aidé en cela par la nature de mon dernier poste : infirmier à la P'tite Cafète... soit une cafétéria implantée dans l'établissement, ouverte 5 jours par semaine, à tous les patients qui le souhaitent... On peut y consommer des boissons non alcoolisées (café, chocolat, jus de fruit...), effectuer quelques achats, lire des journaux, accéder à un ordinateur, et surtout, être accueilli, comme on est à ce moment-là... Récit de quelques rencontres.

LÀ OÙ DES FOIS, IL NE SE PASSE RIEN...

Le soleil d'été dessine des mirages à travers les baies vitrées de la P'tite Cafète qu'une entreprise sous-traitante doit venir nettoyer bientôt... depuis trois ans. Le dos appuyé contre les tiroirs de la machine à café qui fuit un peu, je regarde les clients éparpillés aux différentes tables de la salle ronde. Il n'y a pas trop de monde en cet après-midi de juillet, il fait chaud et l'atmosphère est calme et paisible. Dans un coin, tout près du Philodendron Monstéra, le journal du jour ouvert à la page mots fléchés absorbe **Tristan** depuis bientôt deux heures. De temps à autre, il s'extirpe des cases magnétiques pour lancer par-dessus ses lunettes un regard inquisiteur sur les rares occupants du lieu. Son visage porte les stigmates d'un passé tourmenté et la déchirure de sa face laisse deviner une âme en lambeaux... Tristan vient tous les jours, il remplit son temps de rituels immuables, ses cases d'encre et son estomac de glaces...

Non loin de lui, juste derrière, dans le canapé fatigué par d'interminables siestes neuroleptisées, **Pascal** vautre son apathie dans une nonchalante mollesse, son ventre bat la mesure d'une nouvelle après-midi insipide, il se lèvera dans un moment en bâillant, sa tignasse poivre et sel en émoi, épuisé par tant de morne vacuité pour commander un dernier petit café. Juste avant l'heure du nettoyage du percolateur, histoire d'avoir une influence sur le cours des choses.

De l'autre côté, **Ludovic**, un grand échalas, pianote sur l'ordinateur à la recherche des derniers tubes musicaux... Ses longs doigts effilés massacrent le clavier, sa carcasse prépubère dégingandée est parcourue de spasmes nerveux et son accoutrement de rebelle cache difficilement la fragilité de son destin qui ne s'annonce pas vraiment sous les meilleurs auspices.

Patrick, la cravate en bandoulière, les yeux comme des soucoupes, régale son visage émacié d'un large sourire carié. Il trépigne sur place à mi-chemin de son errance, perdu dans un *no mans-land* psychotique. Dans quelques encablures nébuleuses, il va terminer son approche stratégique du bar et commander une sempiternelle orangeade, ou une banane à l'eau, sait-on jamais, des fois que les Saturniens ne décident d'envahir Pluton. Il est le PDG de Renault, que diable !

La P'tite Cafète, carrefour des chemins perdus, étape des courses contre la montre, refuge des insensés, l'endroit des possibles impossibilités et des histoires à dormir debout.

Églantine, qui a encore mis sa jupe à l'envers, a la tête des mauvais jours. On peut lire sur son t-shirt informe le menu de la semaine dernière... Elle invective copieusement **Mouloud**, l'ennemi héréditaire. Son compagnon d'infortune lui emboîte le pas et la rime, c'est parti pour un bon quart d'heure de psychodrame à l'arrache où la langue de Molière va subir de sérieux arrangements. On est loin de Michel Audiard (2), et si le pathétique de cette misère psychique affichée ne prête pas à rire, il y a quelque chose qui pourrait amèrement donner à sourire, pour mettre à distance le malaise contagieux...

La P'tite Cafète, centre névralgique, vient amortir la violence du fossé qui sépare les errants de la pensée aux stakhanovistes du concret. N'en déplaise à Racamier (3), je ne veux pas être l'ambassadeur de la réalité, tant que celle-ci ne mettra en lumière que le refus et l'intolérance à

l'expression de la souffrance des pauvres hères du bord de chemin. Leur singularité réside, entre autres, dans cette souffrance qui les pousse à se faire exclure... Consciencieusement.

Dehors, **Martin** joue du bâton avec dextérité. Son corps noueux est sec comme un coup de trique, malgré la sueur qui ruisselle sur son torse nu. Il est en mode art martial ! La semaine dernière, un complet-veston bon chic bon genre enveloppait de sérieux son personnage d'agent immobilier. Martin, métamorphe des temps modernes, se transforme au gré du mauvais vouloir du dieu psychose... , atteint d'un trouble dissociatif de l'identité si l'on s'en réfère à certains pointilleux de la sémiologie. Tantôt agent de sécurité, tantôt photographe, il est artiste peintre ou décorateur d'intérieur, ses innombrables costumes ne sont pas de Donald Cardwell et Roger Hart n'a pas fait les décors (4). Son théâtre à lui est fait de misère et de solitude et il s'accommode de l'insoutenable réalité en la métamorphosant à tour de bras. Une sublime et héroïque tentative de reconstruction qui laisse les crédules pantois et les goguenards goguenardants ! La terrasse de la P'tite Cafète prend des allures de promenade des Anglais aux premières chaleurs de l'été, à la différence près que ses étrangers sont bien d'ici ! Entre les tables se jouent et se rejouent les histoires tourmentées. Sous les parasols bigarrés se nouent et se dénouent des destins gribouillés par un compositeur pas toujours très inspiré. L'esplanade encombrée est le petit dehors du grand dedans, comme une estrade où le théâtre de la vie se jouerait en toute sécurité...

Auguste tente une improbable entrée, la raie des fesses débordant copieusement de son jogging aux mille senteurs en guise de proue. Il pénètre le lieu en marche arrière tel l'Indien contraire de *Little Big Man* (5). Il trébuche jusqu'aux tabourets du comptoir et commande une glace et un coca avec force gesticulations désordonnées. Il ira les engloutir sur une table à côté après avoir étalé tout son barda dessus. Auguste va faire ses croix ! Il noircit compulsivement des paquets de feuilles avec des myriades de croix. Auguste se perd dans ce tissage à l'encre bon marché. Dans cet enchevêtrement savant, il illustre son errance, il use les stylos Bics et sa souffrance. Un jour, on se l'est promis tous les deux, on en fera une exposition de ce tissage obstiné ! Un tchek du poing, une main sur le cœur, un

regard pénétrant en guise de contrat, le rendez-vous est pris et sera tenu, on le sait l'un comme l'autre.

L'après-midi s'avance et le lieu se remplit. L'animation et son doux ronron enveloppent l'espace d'une harmonie rassurante et les rares familles qui viennent en visite semblent plus déconcertées par le prix des consommations que par la composition de cette singulière clientèle. Bientôt, mon binôme homonyme, le yin de mon yang, reviendra de sa pause estivale et ce sera mon tour. On ne prend jamais nos vacances ensemble pour ne pas fermer le lieu. On bichonne, on invente, on prend soin à outrance. Comme pour réparer les dégâts irrémédiables que l'on observe avec consternation depuis des années. Sur le parvis du grand hôpital, des tentes de fortune campent la colère... Les collègues sont en lutte. Ils tentent le frontal, ils s'opposent, le dialogue de sourds peut commencer, mais il épuise les volontés et gaspille l'énergie.

DES CRIS AUX FAÇADES

On comprend la colère, mais on ne ferme pas le lieu, on résiste en faisant vivre l'existant ! Nous rédigeons notre « Manifeste » et le collons sur le pilier d'entrée de la P'tite Cafète. Les collègues battent le pavé, et nous, la mesure de l'orchestre dysharmonique.

« Dans les méandres alambiqués aux effluves clozapine

Nous tissons les fils bidouillés d'une pelote bouleversée.

Un sourire adamantine accroché à la bobine

On console et tranquillise en petits allongés.

Raboter les peines à grands coups de grenadine

La peur au comptoir, l'angoisse est humaine.

Transformer l'ordinaire haine en câline caféine

L'erreur de trottoir, la poisse quotidienne.

Abriter l'agitation de la folle kermesse

Construire derrière le zinc le quotidien lénifiant

Recevoir les fardeaux de tristesse

Et croire en la vertu d'un sourire accueillant

Dehors, on entend la colère qui gronde.

Les draps réformés pendent des cris aux façades.

Dedans, on comprend les blouses qui frondent.

Notre porte reste ouverte sur un monde bien malade.

Héberger l'amertume, voilà notre lutte

Recevoir la détresse fera notre action.

Extirper l'existence de la brume sera notre but.

Laisser la porte ouverte, notre manifestation... »

LES GRANDS FROIDS

Janvier, le renouveau, les bonnes résolutions, le drôle de sentiment de vide après l'effervescence des fêtes, la solitude qui s'accroche, le frigo vide et le tuteur sur répondeur... L'année va être longue...

Il fait grand froid dehors, dedans aussi d'ailleurs. L'entreprise affectée à la régulation du système de chauffage du bâtiment a dû être victime de la réorganisation. Le grand chambardement des réformes est passé par là aussi.

En clair, le chauffage ne fonctionne pas, personne n'a répondu au bon n°4712b et on se les pèle. L'atmosphère est aussi froide que la technocratie néolibérale.

La porte s'ouvre dans un souffle glacé, une masse compacte apparaît dans l'encadrement et un halo de brume... **Alexandre!**

Alexandre sur son arbre perché tient dans son bec un délire, mais aucun goupil aussi rusé fut-il n'est parvenu à lui faire lâcher. Il distribue à tout va des dessins à peine construits dont il vante les qualités ésotériques et artistiques avec emphase. Son look d'artiste révolutionnaire irlandais comme carte de visite, il laisse déborder ses fantômes sans retenue. Sur son visage bouffi et mal rasé, on peut deviner les traces de la banquette arrière de sa voiture et du mauvais vin qui ne lui ont pas fait de cadeaux. La nuit a été comme la gelée de ce matin... Bien blanche.

Il commande un petit-déj qui viendra allonger son ardoise déjà bien fournie, comment cela va-t-il tourner ce matin ? De quelle couleur se drapera son apostrophe ? Nul ne peut le prédire et certains sont dans l'expectative, car Alexandre est parfois agressif. Autant que le monde qui lui l'effraie tant malgré ses postures fanfaronnes. Et puis il y a **Maximilien**. Maigre comme un clou, émacié de lustres toxiques. Sous la capuche ample, ses deux trous sombres scrutent la proie potentielle, la pièce à glaner, la clope à taxer... Des rires nerveux sortis de ses élucubrations internes ouvrent une bouche édentée à peine ourlée de lèvres... Voilà des semaines qu'il squatte la Cafète et son balcon Formule 1. Depuis sa sortie de détention, il est livré à son vide, ballotté de structure en structure, chacun se rejette la patate chaude... L'avorton de

la démission publique... Alors Maximilien finit d'épuiser les dernières cartouches et peut-être, à force, notre énergie à trouver des solutions d'infortunes, jusqu'à ce qu'il se résigne à un ultime stupide larcin pour retrouver l'asile de la zonzone qui elle l'accueillera sans coup férir. Là où il sera au chaud, bordé. À l'abri des complots et des manigances.

On s'insurge, on peste, mon ulcère se réveille et les cheveux de mon collègue tendent un peu plus vers le sel que le poivre. Tenir ! Tenir notre place, notre rôle ! Tenir à bout de bras, à bout de souffle. Faire soin de tout bois !

Du dehors, on entend la rue qui gronde. La plus grande schizophrénie, c'est celle qui ravage les costumés de là-haut. Loin dans les sphères de ceux qui ont le verbe haut et la main basse. Les signes cliniques ne trompent pas et suintent des costumes à deux mille boules ! Ambivalence, désinhibition, perte du sens du réel, incohérence entre le discours et les actes, conduite antisociale, violence.

Le système de retraite est livré en pâture aux assurances privées, on organise une après-midi guinguette pour nos anciens. L'assurance chômage est transformée en aumône, on dépanne **Bernard** la veille du week-end pour deux paquets de clopes, afin d'éviter le clash et que ça finisse en isolement.

On rassure **Mohamed** qui vient de voir les manifs à la télé, les mains arrachées, les yeux crevés, un vieux tabassé par des cerbères façon robocop... On lui offre le café. À l'autre bout de la planète, un pays, l'Australie, flambe un peuple antique, ses kangourous et ses koalas. Il faudra faire un câlin à **Églantine** pétrée d'angoisse.

Le bruit des bottes, le son du canon, les enfants exploités dans les mines, le réchauffement climatique, la Méditerranée transformée en cimetière flottant, la pollution qui gangrène la planète, les Chamois niortais (notre club de foot) qui ont encore perdu, **Françoise** qui s'est fait piquer son énième sac à main avec tous ses papiers, et son identité, et **Pierre** qui n'arrête pas de taxer tout le monde.

Combien de grenadines, combien de mots, de mains sur l'épaule et de sourires bienveillants pour panser les plaies et atténuer l'angoisse qui suinte.

On a parfois l'impression de coller un pansement sur une fracture et de « pisser dans un violon »... La girafe est super bien peignée et les coups d'épée plantés dans l'eau, mais on continue à combattre les

« Ça fait du bien, une p'tite cigarette... »

Partager une cigarette à l'hôpital favorise ponctuellement une distance aux rôles soignant/soigné et apporte un d'apaisement.

Dans le service, il existe une diversité de ressources utilisées pour améliorer le séjour des personnes hospitalisées et parfois pour atténuer les possibles tensions. N'étant pas utilisées directement dans la prise en soin médical, elles sont le plus souvent désignées comme « *occupationnelles* ». Les livres, les bandes dessinées sont parfois empruntés. Le téléphone du service ou le portable personnel sont des moyens de garder un lien avec l'extérieur, comme peut l'être à sa façon l'activité audiovisuelle. En dehors des permissions, l'accès au jardin est l'occasion d'être à l'extérieur, de marcher, de discuter avec des personnes d'autres services. Parmi ces différentes activités occupationnelles, il y a la consommation de cigarettes. Au-delà des effets physiologiques et psychologiques de la cigarette, sa consommation engage des relations spécifiques qui illustrent à leur tour une forme d'interaction apparentée au processus d'apaisement recherché.

J'évoque ici uniquement les cigarettes consommées sur le balcon du service et pas celles consommées dans le jardin de l'hôpital : les moments durant lesquels les professionnels et les patients fument ensemble : « *Vous pouvez m'en dépanner une ?* » ; « *Peux-tu me passer ton feu ? Elle vient de s'éteindre.* » ; « *Cela fait du bien une petite cigarette !* » ; « *Tu peux m'en rouler une ?* » Ces phrases sont celles qu'échangent professionnels et personnes hospitalisées lorsqu'ils se retrouvent sur le balcon. Il s'agit d'un vocabulaire d'initiés accompagné d'une certaine gestuelle. Bien que certains portent une blouse blanche et d'autres un pyjama, la façon de tenir sa cigarette, de recracher la fumée, mais aussi la façon de se tenir debout ou assis produisent au moins deux effets :

– dans ce contexte, les personnes en présence deviennent des fumeurs les uns pour les autres et forment un groupe autour de pratiques et de sensations plus ou moins partagées ;

– deuxièmement, ces conditions participent à produire une « *distanciation des rôles* » (1), aussi bien ceux des professionnels que ceux des personnes hospitalisées. Au cours de cette relation qui peut également être associée aux coulisses du service, un « *processus de décontraction* » (1) se produit par mimétisme et par relâchement des postures.

Lorsqu'une personne séjournant en unité de soins intensifs est autorisée à fumer, il est toujours saisissant d'observer le contraste dans la relation entre soignant et soigné une fois que les acteurs ont traversé le couloir et partagé une cigarette. Au-delà de la satisfaction que peut procurer sa consommation, les professionnels et les personnes hospitalisées créent mutuellement une marge, une coulisse, offrant la possibilité, un temps donné, de sortir (un peu) de son rôle officiel : l'intensité des échanges verbaux ralentit drastiquement, la posture des corps se relâche et une proximité, distincte de la relation soignant-soigné, s'installe progressivement. Une pause se produit, permettant aux uns et aux autres de devenir fumeur le temps d'une cigarette.

Au-delà du support de médiation que représente la cigarette, des coulisses, des parenthèses de ce type sont produites par les professionnels et les personnes hospitalisées dans tout l'hôpital, favorisant ponctuellement une distance aux rôles.

1- Erving Goffman, « *La distance aux rôles en salle d'opération* », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 143, 2002, p. 80-87.

• **Extrait de « S'apaiser en psychiatrie ou faire relation autrement », Aurélien Troisoeufs, In Art et design dans les lieux de soin, Carine Delanoë-Vieux (dir.), Ed. Presses universitaires de Lyon, 2024, p. 216-217.**

moulins à vent et à chercher notre aiguille dans la botte de foin.

C'est à se demander qui protège les murs, tant la folie se déchaîne de l'autre côté.

Kevin n'est pas tout seul. Depuis plusieurs semaines, ses voix sont revenues faire salon dans sa tête. Elles lui pompent son énergie et l'empêchent. L'empêchent de lire, d'avoir une conversation, d'aimer, de faire ses courses, de croiser la voisine dans l'escalier, de vivre... Alors Kevin est de retour en service fermé, où lui-même est grand ouvert ! Tout le monde voit en lui, il est en proie aux regards, ses pensées sont à nu et commentées par l'armée de ses ombres. Avis de grand froid pour les prochaines semaines, turbulences au

programme et vociférations. La liste des neuroleptiques s'allonge et l'apathie sera son piètre répit.

Pendant que je fais le serveur avec José, auréolé de sa fonction de barman, mon collègue offrira son temps à Kevin... Comme un luxe. Il prêterà son oreille toute grande au désarroi incongru, douloureux, titanesque, monstrueux, dans l'abri dérisoire du bureau sans fenêtre. Nous nous feutrons dans l'écoute du bruissement de l'autre. Nous sommes baignés dans l'atmosphère du lieu et au plus près que possible du quotidien de chacun, sensibles à l'odeur des variations des esprits tourmentés, réceptifs aux couleurs oscillantes de la palette des âmes malmenées.

« FAUT SE REMUER UN PEU... »

La P'tite Cafète d'où les rires s'échappent de tablées improbables autour du quotidien régional, *La Nouvelle République*. Les commentaires du dernier fiasco des Chamois niortais partagent l'assemblée en deux, la météo fait du grabuge entre les anciens qui savent et la jeunesse qui brave. La réalité a un parfum local, elle sent le bocage, la plaine, le marais ou la gâtine et aussi le Tercian®.

La vie se rythme sur des riens qui font tout. La gazette du jour remplit son office et finit consciencieusement empilée dans le carton fatigué qui l'attend sur le meuble en rotin. Lisette la récupère. C'est son combat pour la nature, elle sauve la planète par petits bouts, avec les bouchons en plastiques aussi... Pour payer des chaises roulantes aux malades qui sont paralytiques en plus d'être nécessiteux. Les heureux gagnants de la tombola de la vie, les cumulards du destin, qui font penser à Lisette que ça aurait pu être pire pour elle. Elle ne s'en sort pas si mal avec sa bipolarité à la mode ! Même si parfois ça lui pourrait quand même la vie. Les semaines au fond de son lit à ruminer des idées noires, les heures sans fins à charrier des tombereaux de merde, le corps qui lancine son mal, les jours comme des nuits... Mais bon, « *faut bien se remuer un peu* », comme dit la caissière du supermarché, qui en sait long sur le malheur et ses remèdes. Dehors, les ravages du néolibéralisme laissent sur le parvis les bénéficiaires du Revenu de solidarité active (RSA). Il fait frais ce matin et avant d'installer la terrasse, je jette des miettes aux oiseaux. Noël, lui, a dû toucher les siennes, ses aides, hier ! Les yeux vitreux, les rides en bataille et l'haleine pas très vierge attestent que les images d'Épinal des bourgeois ont l'imprégnation tenace, il a bu une partie de son aumône indécente, la Ruine Sous Assistance...

Noël attend son café du matin comme un privilège, une demi-heure avant l'ouverture. Il frotte son pouce et son index sur un clin d'œil. Il va payer la note ! Et ainsi entamer un peu plus les rogatons que le CAC 40 daigne lui laisser en pâture... Depuis plusieurs semaines, Noël a pris la place de Maximilien qui comme prévu est à nouveau sous les verrous.

Dans la rubrique des paumés en errance, il y a aussi Franz, rugueux comme un trottoir d'hiver sans carton. Son regard bleu perçant se perd régulièrement là où on n'a pas envie d'aller.

Il a roulé sa bosse et fanfaronne haut et fort ses turpitudes exotiques. Quand les oreilles ne peuvent plus entendre, il parle à son chien, Rocky, très attachant et rarement attaché. Franz en profite pour faire étalage de sa panoplie polyglotte. Et quand le canidé s'endort, épuisé de tant de remue-ménages, il arrive à Franz de s'effondrer. La digue cède sous les coups de boutoirs acharnés d'un passé innommable.

Franz a commis l'irréparable à la solde des états belliqueux qui le laissent à présent seul avec ses terribles fantômes et une vieille carte de la légion étrangère. Il pleure alors, comme un enfant.

« *Tiens, voilà du boudin, voilà du boudin...* » (6)

SUR UN PIED D'ÉGALITÉ ?

Le matin à la P'tite Cafète on prépare le petit-déjeuner. Y'en n'aura pas pour tout le monde ! Qu'il vente, qu'il pleuve ou qu'il neige, les aficionados sont là une demi-heure avant l'ouverture. Dès huit heures, certains se paient le luxe ultime de réserver en chambre par téléphone... La casquette de room service vient étoffer notre collection de couvre-chefs déjà bien fournie.

Un euro le petit-déjeuner, qui dit mieux ! Et puis... Sournoise, sans crier gare, la bête à picot est arrivée ! La covid-19 est entrée dans la danse et les peurs ancestrales ont tôt fait de ressurgir et d'envoyer des efficaces idées progressistes au rang des souvenirs ! L'enfermement a gagné les gens « normaux », les biens construits, les premiers de la classe... Ceux pour qui le fait de mettre un pied dehors était un automatisme tellement routinier qu'il ne souffrait aucun fastidieux préambule, aucun préliminaire obsessionnel. Tout le monde a pu goûter aux affres de l'empêchement, au fait d'être regardés en chien de faïence, d'être soigneusement évités... Une étrange lueur dans le regard, Isabelle me confie qu'elle se sentirait presque sur un pied d'égalité avec les autres, le reste

du monde, la masse compacte... pour la première fois, aussi loin qu'elle s'en souviene. « *Alors ça vous fait quoi ? Hein ? C'est pas booonnnn hein ?* »

Mais la peur est trop forte. Malgré nos illusoire tentatives de résistance, la P'tite Cafète ferme ses portes... Mon collègue retourne « *dans les services* » et je reste seul dans le bâtiment fermé, je suis « *à risque* » (!). Tout le monde parle de guerre, les courageux montent au front au péril de leur vie, les gens applaudissent au balcon, les sous-fifres d'antan sont les héros du moment !

Ordres et contre-ordres se succèdent, chacun voit midi à sa porte, une belle pagaille, les tensions sont vives et les clivages s'exacerbent, chacun a son mot à dire et personne ne sait rien en fait.

La grande mascarade commence et on s'y tient, pour un bout de temps !

Quelques mois plus tard, la deuxième vague est bien moins teintée d'héroïsme (7), les sous-fifres sont fatigués, les divergences et les conflits stériles ont fait leur œuvre, aussi sournois que le virus. Les balcons sont depuis belle lurette redevenus muets et vides, comme les rues, les bars, les théâtres, les cinémas, les églises. Ah non ! Les temples, eux, sont restés grands ouverts, ceux des fariboles mystiques et ceux des grandes messes de la consommation.

Avec quelques aménagements, la P'tite Cafète rouvre ses portes. Je crois bien qu'on est le seul bar de France et de Navarre ouvert. Tout est un peu étrange, rien ne sera plus jamais comme avant, on le sait bien.

Alors petit à petit, les rituels, tenaces, ont repris leur fonction, ils teintent le quotidien de quelque chose de rassurant, malgré tout le vaillle que vaillle. Ils ont subtilement muté... De vrais variants bien d'ici.

Les coudes s'ankylosent à force d'embrasades osseuses, le derrière des oreilles et les bouts de nez rougissent de tant de frottements bleus synthétiques... Les contacts ont eux aussi été arrangés à

la sauce covidienne. La radio, la télé, le journal lancinent l'angoissante litanie et entretiennent savamment la peur. La liste des morts s'allonge, comme les petits cafés que nous continuerons à distribuer. Les restrictions demeurent. Dans la liste des choses qui s'allongent, on ajoute nos bras, nos sourires, et la vie continue.

Les mots de Jean Oury (8) résonnent : « *On entend dire que la psychothérapie institutionnelle est dépassée depuis longtemps, que "ça" n'existe plus. En réalité, elle n'a jamais "existé", car, comme le disait François Tosquelles, ce n'est qu'un mouvement qui ne peut vivre que si l'on y est. Toujours en chantier, avec les moyens du bord.* »

1 – Décret de compétences de 1984, article 3. Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier est habilité à accomplir les soins infirmiers suivants comprenant, si besoin est, l'éducation de l'entourage de la personne soignée : Organisation d'activités occupationnelles et à visée socio-thérapeutique.

2 – Dialoguiste, scénariste et réalisateur.

3 – Racamier PC (1956) *Psychothérapie psychanalytique des psychoses (1956/1966)*. In : S Nacht, *La psychanalyse aujourd'hui*. 1ère éd., 1956, 2ème éd. abrégée, pp. 375-519. Paris, Presses Universitaires de France, 1967.

4 – Entre 1966 et 1986, l'émission télévisée *Au Théâtre ce soir* proposait des retransmissions de pièces théâtrales. Au moment des saluts, on pouvait entendre la phrase « *Les décors sont de Roger Hart et les costumes de Donald Cardwell* », mettant ainsi en valeur ces deux composantes essentielles du spectacle.

5 – *Little Big Man* est un film américain réalisé par Arthur Penn sorti en 1970. Dans ce film devenu culte, Ours des montagnes est devenu un « indien contraire », soit un guerrier qui fait tout à l'envers...

6 – Première phrase du *Boudin*, chanson de marche de la Légion étrangère.

7 – Selon les chiffres de l'Insee, la pandémie de Covid-19 s'est traduite en France par quatre vagues épidémiques, au printemps puis à l'automne 2020, début 2021, puis pendant l'été 2021. Elle a causé 116 000 décès et lourdement affecté le système de soins. In : France, *portrait social*, édition 2021, www.insee.fr

8 – *Préalables à toute clinique des psychoses, Dialogue avec Patrick Faugeras, J. Oury, P. Faugeras, érès, 2013.*

Résumé : Qu'est-ce qui soigne ? S'appuyant sur les concepts de psychothérapie institutionnelle, l'auteur, infirmier, explore le quotidien de la P'tite Cafète, lieu d'une pause ouvert à tous ceux qui le souhaitent au cœur de l'hôpital. Des murs protecteurs, malgré les tempêtes du monde, qu'elles viennent de la météo, de l'ultralibéralisme, des dérives de la technocratie, ou encore de la covid, dans des mouvements qui fragilisent toujours davantage les plus vulnérables que sont les malades en psychiatrie...

Mots-clés : Accompagnement thérapeutique – Espace transitionnel – Pratique du soin – Psychothérapie institutionnelle – Soins psychiatriques – Témoignage.

L'occupationnel au service du rétablissement

Si, au cours du rétablissement, il faut se rétablir cliniquement, la confrontation avec la réalité (re)trouvée reste difficile. Les activités occupationnelles constituent alors un appui solide. Expérience d'une paire praticienne en santé mentale...

En octobre dernier, lors de l'émission *La Grande Librairie*, le grand sociologue et philosophe Edgar Morin, du haut de ses 103 ans, nous invitait à prendre le risque de « *vivre poétiquement* ». Ne pas se planquer, disait-il, ni se mettre à l'abri, comme les résistants qui tentent de survivre face au danger, sachant de quoi il parlait, lui-même l'ayant été durant la Seconde Guerre mondiale. Il nous invitait à garder foi dans la vie, à s'enflammer, à s'engager dans une vie consciente et créative. Occupez-vous, oui, mais poétiquement, aurait-il pu ajouter, dans une homologie possible pour ceux qui ont fait l'expérience douloureuse de la psychose. Le bouleversement existentiel que la maladie psychique entraîne a souvent comme conséquence une perte importante de confiance en soi, en l'autre, et dans le sens même de la vie. Sortir d'un épisode psychotique, c'est se retrouver en mode survie, résistance, en proie à une sorte de

« rétrécissement poétique » de l'existence. S'occuper d'amender les symptômes, de traiter la maladie est une chose, reprendre goût et foi en l'existence en est une autre !

SE RÉTABLIR, SE RETROUVER...

Le modèle du rétablissement (1) distingue notamment deux plans, clinique et personnel :

– Les recours à une médication, à une psychothérapie, à la psychoéducation... sont autant de moyens qui diminueront l'impact de la maladie. Il s'agit de **se rétablir cliniquement**, une étape importante supposant de la part du patient une alliance thérapeutique de qualité pour soutenir ce processus.

– Pour soigner la psychose, dans bien des cas, ce rétablissement ne suffit pas. Passé la réduction des symptômes les plus aigus, pour certains, **la confrontation avec la réalité (re)trouvée** n'est pas loin d'être pire que le mal dont ils souffraient. Un réveil sans délire peut-être, mais également sans désir... Un monde désenchanté où, selon l'expression de Romain Gary, la mer ne serait plus ce formidable écran d'imagination qui la rend si belle, mais se réduirait à une grande étendue d'eau salée (2) ! Selon le psychanalyste et pédopsychiatre T. Delcourt, « *les critères de guérison incluent la*

restauration de l'élan vital et la réduction des symptômes, ainsi que la résurgence d'une capacité à mieux affronter la vie, à inventer sa propre ressource créative dans son recours face à l'événement, l'obstacle, la souffrance » (3).

Le modèle du rétablissement s'est construit autour de la notion d'*empowerment*, (« s'approprier le pouvoir »), en quelque sorte (re)trouver ses propres ressources créatives. Dans la même semaine, heureuse coïncidence la répétition faisant sens, deux patientes m'ont confié qu'elles se sentaient mieux, en utilisant la même formule : « *J'ai le sentiment de me retrouver!* » Cette impression m'apparaît depuis comme un indicateur important du rétablissement. Retrouver son pouvoir d'agir, de choisir, de décider, renouer avec sa capacité créatrice, redécouvrir l'évidence naturelle du quotidien, reprendre le cours de ses occupations.

Ce rétablissement personnel survient parfois « naturellement », à mesure que se desserre l'étreinte de la maladie. Il se fera d'autant plus facilement si la personne est entourée de proches aidants, si elle peut reprendre un travail, des engagements associatifs, familiaux... Pour les sujets les plus vulnérables, isolés et souffrant de troubles psychiques résiduels encore

Natasa ARVOVA*, Michel MIAZZA**

*Paire praticienne en santé mentale,

**Infirmier chef, Fondation de Nant.



Aude Herliédan - Hope, 2024, techniques mixtes sur toile © 1831 Art Gallery.

très invalidants, ce rétablissement sera possible grâce à des lieux thérapeutiques comme des centres de jour. Des espaces communautaires où il est possible de se faire un espace à soi, tout en étant entouré par les autres. Des lieux qui proposent de multiples occupations groupales comme la confection d'un repas, une sortie dans un musée, du sport, un

Si le quotidien au CTJ s'organise au travers de ces activités aux allures occupationnelles, les soignants savent bien qu'elles ne constituent pas une fin en soi, mais plutôt un moyen d'atteindre et d'accueillir ce qui est au cœur de la pathologie des patients, leur vie psychique. J. Hochmann nous rappelle l'importance de rencontrer les patients à travers des activités, « une

expliquer une telle dynamique ? Nous soulignons que l'organisation de la vie communautaire, avec les multiples occupations qui la compose, est pensée pour mettre au centre le « faire ensemble » : encourager la capacité de sollicitude (voir aussi l'article d'A. Benaïche, p. 42), l'entraide que les personnes hospitalisées se portent entre elles, et favoriser la tolérance

“ **L'organisation de la vie communautaire, avec ses multiples occupations, est pensée pour mettre au centre le « faire ensemble » : encourager la capacité de sollicitude, l'entraide que les personnes hospitalisées se portent entre elles, et favoriser la tolérance du groupe... »**

atelier de conscience corporelle...

Aujourd'hui force est de constater que les activités occupationnelles, en psychiatrie adulte en particulier, n'ont pas bonne réputation. Elles sont associées à des relents d'asile, et facilement considérées comme un moyen de pallier le désœuvrement de patients chroniques. Ainsi, le pas peut être vite franchi de décider que ces activités, a priori sans perspective thérapeutique, pourraient être proposées en centre socio-éducatif, voir en centre de loisir, sans personnel soignant (voir aussi l'article de M. Combret, p. 60). Cette frontière entre psychiatrie et champ social intéresse particulièrement nos assurances maladie qui ne sont pas prêtes à financer les loisirs de leurs assurés ! Et pourtant...

DES ACTIVITÉS EN AMBULATOIRE

Le Centre thérapeutique de jour de Vevey (CTJ), près de Lausanne, accueille des patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères, vivant de façon plus ou moins autonome, hors des murs de l'institution, mais qui ont besoin d'un lieu d'accueil durant la semaine pour consolider leur rétablissement. L'équipe, essentiellement composée d'infirmiers, d'une ergothérapeute et d'un médecin, propose un accueil sur des demi-journées autour de multiples activités, certaines plus à valence thérapeutique, et d'autres, osons l'affirmer, occupationnelle. La dynamique groupale est essentielle dans ce lieu où les miasmes de la régression tendent à se dissiper face à la mobilisation de la vie collective. Les activités proposées sont avant tout utilisées pour pousser les patients à entrer en relation avec les autres et le monde extérieur.

réalité partagée qui soutiendra l'échange affectif et permettra le maintien d'une relation signifiante et modérément gratifiante » (4). Cette réalité partagée a un effet de baume sur le lien à l'autre, pour les plus méfiants, ceux pour qui la relation est potentiellement persécutrice quand on s'approche trop de ce qui les fait souffrir. Les soignants savent aussi composer avec la passivité, la régression inhérente à certaines phases de la pathologie. Ainsi, il n'est pas rare qu'un patient s'installe en retrait, a priori indifférent aux sollicitations du groupe, et, comme un chat lové sur le fauteuil du salon, se contente de se laisser bercer par la vie autour de lui (5). Les professionnels s'attachent à respecter ce besoin de distance, tout en révélant discrètement leur présence, et le moment venu, en invitant à rejoindre plus activement la vie groupale.

On le comprend, ces « occupations » sont la pointe de l'iceberg du soin institutionnel. Elles se déclinent à partir d'un référentiel théorique, et un modèle du soin psychique. L'équipe du CTJ se réfère à la psychodynamique pour décoder et soutenir leurs relations avec les patients, utilise les « fonctions du milieu » (6) pour offrir un environnement thérapeutique, et s'appuie sur le modèle du rétablissement pour orienter la mission de l'unité.

FAIRE ENSEMBLE

Lors d'un groupe de parole hebdomadaire, Lucia salue la dynamique extraordinaire qu'elle ressent dans l'unité et qui lui permet de reprendre goût à la vie. Avec une pointe d'ironie, quelqu'un relève qu'il n'y a pourtant dans ce groupe que des personnes très ordinaires... Comment

du groupe pour accueillir certains comportements étranges, voire dérangeants. Ce subtil agencement aussi bien matériel que relationnel permet de favoriser cet élan extraordinaire, et qui tient, à condition que l'équipe se porte garante du cadre. Cependant, ces lieux communautaires ont un revers, ils sont difficiles à quitter ! L'époque où les patients pouvaient y rester des années est révolue. Nous travaillons aujourd'hui en fixant une temporalité au traitement et en posant des objectifs au séjour. Trois petits mois, peut-être six, et puis s'en vont... Le patient doit aller s'occuper ailleurs, mais où ? Et avec qui ? Retrouver une place dans nos sociétés performantes et individualistes, quand on ne travaille plus et que l'on dispose de petits moyens ne va pas de soi.

Jules, qui souhaitait intégrer un club de sport m'a confié qu'il y avait renoncé, car il supportait mal de devoir justifier ses fréquentes absences, et qu'on puisse avoir trop d'attentes à son égard qu'il finirait par décevoir.

Sophie, très déprimée, qui se réjouissait d'un stage de yoga dans les Pyrénées, a dû renoncer après trois jours. Elle ne se sentait pas « dans le coup » malgré la bienveillance des autres participantes. À la marge, elle était incapable de partager le plaisir que les autres éprouvaient à être ensemble.

Ainsi régulièrement certains patients gardent contact entre eux, pour retrouver cette atmosphère de compréhension qui les réunit. Il existe certes en Suisse des associations pour accueillir des personnes vulnérables (par exemple le Groupe roman d'aide et d'action psychiatrique (Graap) ou Caritas (7), mais elles ne sont pas au

goût de tout le monde, probablement parce qu'elles accueillent des personnes un peu trop fragiles ou marginales.

Ce passage difficile pour sortir de l'institution psychiatrique et trouver sa place dans la communauté peut être facilité aujourd'hui par les pair-aidants. Depuis une quinzaine d'années, en Suisse, la formation de Pair praticien en santé mentale (PPSM) est venue bousculer le petit monde la psychiatrie (8). Ces nouveaux professionnels, porteurs de la parole des patients et détenteurs d'un savoir profane, viennent interroger voire remettre en question les « sachants ». Ils sont aussi figures d'espoir auprès des usagers, notamment à travers le témoignage de leur rétablissement. Comme on peut le lire sur leur site : « *Cette nouvelle profession est l'incarnation même du modèle du rétablissement qui repose sur l'implication des usagers, la valorisation de leurs savoirs expérientiels et la formalisation de l'entraide* » (8).

UNE NOUVELLE COLLÈGUE...

En avril 2018, j'ai rencontré Natasa qui avait suivi cette formation de PPSM, et proposait de collaborer avec la Fondation de Nant où elle avait été hospitalisée à plusieurs reprises. Elle souhaitait faire entendre ses critiques et surtout ses propositions pour améliorer l'institution psychiatrique. Passé quelques appréhensions liées au souvenir de ses hospitalisations difficiles, sa détermination a fini par me convaincre, et depuis nous collaborons régulièrement avec beaucoup de plaisir. Cette nouvelle collègue intervient ponctuellement dans nos séminaires, forums, congrès, et directement auprès des patients du CTJ. Son approche singulière de la maladie et ses idées audacieuses m'ont obligé par moments à « *penser contre moi-même* », mais elles viennent au bout du compte enrichir nos réflexions. N'ayant pas de lieux pour ses activités propres, la Fondation de Nant a mis gracieusement à sa disposition une salle polyvalente dans notre service de consultation, adossée à une cafétéria très agréable pour prolonger les échanges. Natasa y organise de petites conférences orientées sur des approches alternatives et complémentaires aux soins institutionnels. Les conférenciers appartiennent majoritairement au milieu médical, psychologues, psychiatres, et médecins spécialistes de différents domaines, pas forcément affiliés à la psychiatrie publique, qui parfois l'interroge, sans dénigrer ce qui s'y fait.

Cette ouverture, peu habituelle dans notre milieu, nous a valu auprès de la population un capital sympathie...

Hors de nos murs, Natasa entraîne son groupe de pairs, et bien d'autres, dans de multiples activités occupationnelles essentiellement créatives, faisant écho à l'époque glorieuse de la psychothérapie institutionnelle où l'échange et la créativité étaient au cœur du mouvement.

UN GROUPE DE SOUTIEN

Laissons Natasa nous expliquer l'histoire de son groupe, et les motivations de son engagement.

Mon vécu de la psychiatrie en tant que patiente m'a invitée à envisager radicalement une autre approche, plus alignée avec ce que je perçois du besoin réel des personnes concernées. Notre groupe de soutien en santé mentale « *Together for mental health, Crazy silly wise magick* » (9) a vu le jour en 2019, après des sessions de psychoéducation sur la bipolarité à une consultation psychiatrique du CHUV. Les participants voulaient continuer nos rencontres en dehors du milieu psychiatrique, et j'ai été motivée pour m'en occuper. Hyperactivité oblige ! Oui, ça a aussi ses côtés positifs !

Le mouvement a été ainsi initié sans imaginer l'envergure que cela prendrait. Notre communauté aujourd'hui très active compte approximativement 300 membres : des personnes concernées par la maladie bien sûr, mais aussi des proches, des soignants de toutes disciplines, des spécialistes de tous bords, et des supporters inconditionnels ! Le petit groupe est ainsi devenu une communauté très familiale, déstigmatisant les problèmes de santé mentale et agissant activement, de façon créative et avec optimisme, pour favoriser de meilleures prises en charge, de notre point de vue d'usagers.

Au-delà de cette communauté flexible et fluide, « *Together for mental health, Crazy silly wise magick* » est avant tout un réseau de soutien en santé mentale très innovant et intégratif. Il repose sur différents groupes WhatsApp et un lieu de rencontre via une application accessible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour nos membres. Je m'occupe de coordonner nos activités variées : des ateliers créatifs et manuels, des visites guidées, combinées avec des activités artistiques ludiques dans les musées locaux, le « *body-work* », c'est-à-dire la mobilisation douce du corps par des approches corporelles comme la danse, la

relaxation, les arts martiaux sensoriels, la marche, la rando-sophrologie, et bien sûr des soirées, à la bonne franquette, dans des restaurants (les patients ont parfois du mal à manger équilibré, moi y compris...). Je propose aussi des soirées cinéma, privatisées et thématiques, dans de charmants locaux avec la possibilité de déguster des bons plats... Nous ne consommons pas d'alcool, pour des raisons évidentes, c'est un de nos principes fondamentaux. Lorsqu'un nouveau membre nous rejoint, nous nous intéressons à ses besoins et ses propositions, et ainsi le groupe évolue. L'ampleur de ce projet, après 6 ans d'existence, n'a cessé de croître. À un moment donné, nous avons décidé solennellement de nous éloigner des ruminations constantes autour de la psychiatrie. Nous ouvrant à l'axe créatif, culturel et artistique du rétablissement, nous avons expérimenté, observé et constaté qu'il fonctionne bien comme un facteur de socialisation joyeuse et aussi de stabilisation pour notre santé psychique.

Des collaborations positives et créatives avec la Fondation de Nant ont vu le jour, et avec des lieux culturels incontournables de notre région. À ce jour, nous avons l'intention de continuer à développer des idées dans cette direction, par exemple en créant « *l'ordonnance pour consommer de l'art régulièrement à des doses intensives* ». C'est notre prescription première ! Car c'est devenu une évidence pour nous : l'art est thérapeutique, libérateur, enchanteur, cathartique, bienfaisant et réparateur ! C'est assez étonnant de voir comment, à travers mon parcours atypique et certes très chaotique, j'ai tracé ma propre route. Je constate que la maladie m'a (presque) certifiée et professionnalisée d'une certaine manière. Ce chemin, que je considérais catastrophique, se révèle une bénédiction. Aujourd'hui, je suis une facilitatrice et accompagnatrice en santé mentale indépendante (paire praticienne en santé mentale) et je crée des possibilités pour l'épanouissement des membres de notre communauté (possiblement une future association à venir, selon l'envie et le besoin), à travers des activités occupationnelles, différentes de celles que l'on peut expérimenter dans le milieu institutionnel. Pour nos conférences, je coopère avec des personnes qui ont une formation scientifique de base et s'intéressent aux approches alternatives, intégratives, complémentaires et globales de la santé. Selon moi, il s'agit des soins du futur ! (médicaux.

Les personnes ont besoin de moins de médicaments et d'enfermement et de davantage de liens, de compréhension, d'écoute, de présence, de validation... L'expressivité créative permet de libérer ce dont il n'est pas possible de parler avec les soignants. L'Art ouvre la voie. Les activités occupationnelles et créatives, et autres passe-temps inspirants, permettent d'activer l'imaginaire, de mobiliser ses ressources, d'ouvrir la voie au développement personnel, naturel, spontané et ludique, sans trop de théories, diagnostics, pronostics (souvent pas très réjouissants), ou encore hypothèses médicales et scientifiques qui personnellement ne me contentent pas.

Finalement, je constate que ma guérison, mon rétablissement, consiste entre autres à me mettre au service de gens qui vivent les mêmes problématiques que moi. J'ai à cœur de les accompagner, de faciliter, de raccourcir leur parcours en psychiatrie (si cela est possible, bien entendu, car attention à la toute puissance!), qui peut être très traumatisant et démoralisant. Cet engagement et activité de cœur m'occupe tellement que je n'ai plus le temps à consacrer à ma maladie, qui dès lors ne se préoccupe plus de moi. C'est ma plus grande victoire! Car je partage avec mon prochain ce que je suis devenue grâce à mon parcours et mon cheminement avec la maladie. À ce stade, le mal-être diminue, pour laisser émerger notre partie saine, qui ne nous a jamais quittés.

CONCLUSION

L'été dernier, l'équipe du CTJ a dû faire face à une crise importante en apprenant que la Direction générale de la santé (DGS) de l'État de Vaud renonçait à soutenir

financièrement cette unité qui peine à s'autofinancer. Les motifs peu explicites avancés pour justifier cette décision nous laissaient supposer que la DGS considérait les centres de jour comme des services obsolètes et coûteux, n'ayant plus leur place dans le système de soin actuel. Les soins psychiatriques d'urgence, quelles que soient leurs formes, semblent prendre le pas sur les soins communautaires. Les programmes de soins protocolisés sont plus faciles à défendre que des unités moins « spectaculaires » dont les résultats peinent à convaincre, en particulier si l'on se fixe sur des indicateurs comme la durée de séjour ou le taux de rotation des patients. Si le soin psychique se déroule sur un temps relativement long au regard des standards actuels, il reste salutaire pour des patients souffrant de pathologies sévères. Une partie importante de ce travail se fait dans des unités communautaires, reposant sur le savoir-faire d'équipes interdisciplinaires expérimentées, et à travers des soins ne se réduisant pas à une visée orthopédique de suppléance, mais qui sont des soins institutionnels nobles et profondément psychothérapeutiques.

À la demande de notre direction, prête à soutenir la pérennité du CTJ, un travail important a été réalisé par l'équipe pour repenser sa mission, proposer certaines transformations afin d'augmenter son efficacité, sans la déconstruire totalement. Son sort n'est pas encore définitivement fixé, mais les discussions semblent en bonne voie. Cette crise aura eu l'intérêt de nous obliger à un effort d'introspection, pour garder l'essentiel tout en modernisant certaines pratiques. Cette réflexion avait heureusement commencé avant

cette crise, par exemple en travaillant sur la durée des séjours, qui sont passés de plusieurs années à quelques mois, et c'est très bien! Le modèle du rétablissement a également bousculé les habitudes, mettant au centre le projet du patient. La collaboration régulière avec des pairs praticiens vient renforcer ce mouvement, aujourd'hui, ils attendent une action politique claire pour inciter les institutions du canton à travailler systématiquement avec eux.

1– D. Masson, N. Franck, *Des soins porteurs d'espoir en psychiatrie. La réhabilitation psychosociale*, Ed Le Coudrier 2023, Brignais

2– « Rien ne vaut la peine d'être vécu qui n'est pas d'abord une œuvre d'imagination, ou alors la mer ne serait plus que de l'eau salée... », R. Gary, *Les Cerfs-volants*, Gallimard, Folio, 1983.

3– T. Delcourt, *La capacité créative*, Ed. Érès 2024, Toulouse, p. 113.

4– J. Hochmann, *La consolation*, Ed. Odile Jacob 1994, Paris.

5– M. Miazza « Être autour pour être avec » *Santé mentale* 244, janvier 2020

6– R. Panchaud, M. Miazza « Environnement thérapeutique infirmier : travail de milieu en psychiatrie » *EMC, savoirs et soins infirmiers*, 60-705-N-10, 2011

7– Association à but caritatif, non lucratif, s'engageant localement contre la pauvreté et l'exclusion, <https://www.caritas.ch/fr/>

8– En savoir plus sur cette formation : <https://www.re-pairs.ch/pair-praticien>. À noter qu'en France, la pair-aidance se déploie également sous divers modèles, et notamment les pair-aidants professionnels et les Médiateurs de santé pairs.

9– Animatrice du groupe et du blog *Together for the mental health - crazy silly wise magick*, <https://togetherforthementalhealth.ch/crazy-silly-wise-magick/>

Résumé : Dans les Centres de Jour (CTJ), les activités occupationnelles rythment l'accueil des patients. Elles constituent des outils thérapeutiques essentiels dans le rétablissement, en permettant de renouer des liens sociaux, de retrouver un sens à la vie et de développer des capacités créatives, au-delà du simple traitement des symptômes. Les pairs praticiens en santé mentale apportent par ailleurs une perspective unique fondée sur leur expérience vécue et aident les patients à passer du soin institutionnel à la réintégration sociale. Illustration avec le CTJ de Vevey et les activités d'un réseau de soutien monté par une pair-aidante.

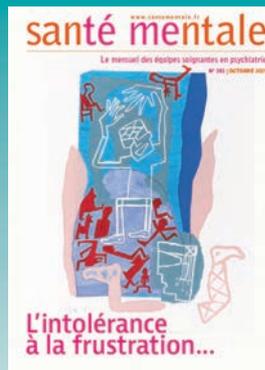
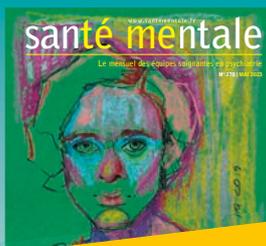
Mots-clés : Activité culturelle – Association de malades – Lien social – Occupationnel – Pair aidant – Réhabilitation psychosociale – Rétablissement – Suisse – Témoignage.

ABONNEMENT
FORMULE DURÉE LIBRE

Abonnez-vous !

santé mentale

Le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie



DURÉE LIBRE

15 €

par mois seulement*

10 N^{OS}/AN + 1 N^O EN CADEAU

LES AVANTAGES DE LA DURÉE LIBRE

- ▶ Vous profitez d'une facilité de paiement.
- ▶ Vous êtes libre d'arrêter votre abonnement à l'issue d'une période minimale de 6 prélèvements en nous adressant un courrier ou un mail.
- ▶ Vous n'avez plus à vous soucier de votre réabonnement.

* Cette offre réservée aux particuliers pour la France métropolitaine et d'outre-mer concerne la formule papier.

Découvrez toutes nos offres d'abonnement sur www.santementale.fr

Les activités, formidable

Dans le contexte de crise de la psychiatrie, la défense des activités est une priorité ! L'exemple du jeu d'échecs illustre bien les multiples bénéfiques thérapeutiques et l'innocuité de telles propositions décriées car « occupationnelles »...

Il y a quelques années, dans un article, je faisais le constat suivant : la psychiatrie « *marchait sur la tête* ». Dans mon développement, j'affirmais que les activités occupaient une place centrale dans le dispositif de soins, notamment en termes de prévention de la violence, même si, aujourd'hui, certains professionnels ne mesuraient pas leur importance et les considéraient « *hors soins* » (1). Bien entendu, cette minimisation peut prendre sens dans une lecture où les troubles psychiques résultent d'un dysfonctionnement biologique ou d'une « erreur » génétique. Pour preuve, lors d'une récente formation au « Soclecare » (2), plusieurs infirmiers d'une unité ancrée dans cette orientation théorique ne semblaient pas directement concernés par ces fondamentaux du « prendre soin » mis en lumière par les travaux de Sophie Turkiel et Jean-Paul Lanquetin (3). Je leur ai donc posé cette question : « *In fine, quel est votre*

Michel COMBRET

Cadre supérieur de santé et sociologue.



outil thérapeutique



Aude Herliédan - Au-dessus des vagues, le soleil, 2024, techniques mixtes sur toile © 1831 Art Gallery.

rôle aujourd'hui? ». Leur réponse illustre parfaitement les risques de cette dérive scientiste : « Pour l'essentiel, nous distribuons les traitements, nous évaluons leurs effets et quand nous avons un peu de temps, nous allons voir les patients ». Nul besoin d'ajouter que dans cette structure, les activités étaient considérées comme accessoire, au grand dam de soignants en perte de sens. Pour ceux, dont je suis, défendant une approche intégrative de l'étiologie des troubles psychiques et, par conséquent, une proposition de soins variée, créative, nécessairement ouverte à la rencontre avec le sujet, ce constat est alarmant.

Cette situation n'est malheureusement qu'un exemple de l'abandon, parfois total, de ce formidable outil thérapeutique que sont les activités. Au fil de mes pérégrinations de formateur, je rencontre de plus en plus de soignants qui n'ont plus le temps de les mettre en œuvre, voire ne comprennent pas leur intérêt et n'ont plus l'envie de les pratiquer. Une fois encore, l'indigence de la formation initiale en soins infirmiers en psychiatrie peut être un facteur explicatif de ce désintérêt, surtout en termes de compréhension des objectifs de ces accompagnements, mais il n'est pas le seul. Selon moi, c'est la finalité même des soins en psychiatrie qui doit être questionnée. Comme l'écrit Marcel Sassolas, « ce qui fait une institution ce ne sont pas les murs qui la circonscrivent, mais la finalité pour laquelle elle existe et le cadre qui incarne cette finalité, cadre dont les soignants sont la partie la plus vivante. La finalité de nos institutions, c'est le soin psychique, pas le gardiennage, ni la normalisation des comportements, ni la protection de la société. Évidemment parfois une institution doit faire face prioritairement à une de ces fonctions-là, ce qui l'amène à renoncer temporairement ou définitivement, partiellement ou totalement au soin psychique. » (4). Notre discipline traverse une période agitée, des professionnels s'érigent « en protecteur de la société » (5), d'autres se figent dans un cadre rigide. Un habitus sécuritaire (6) s'installe dans notre discipline et justifie

l'avertissement de Marcel Sassolas. Dans ce contexte, il faut lutter pour réaffirmer notre spécificité, repenser l'approche relationnelle, et replacer les activités, qu'elles soient « occupationnelles » ou thérapeutiques, au centre du dispositif des soins psychiques (voir aussi l'article d'A. Benaïche, p. 42)

UN PEU D'HISTOIRE...

Sans remonter à l'Antiquité, la fonction attribuée aux activités a considérablement évolué au fil des ans.

• Ainsi, dans un courrier du 11 janvier 1813, le directeur du dépôt de mendicité de Saint-Lizier (7), Monsieur Dinaumare, écrit aux membres du conseil de surveillance : « *J'avais déjà engagé Monsieur le chef des ateliers à imposer une tâche à toutes ces femmes, comme étant le seul moyen de procurer au Dépôt le profit qu'il a le droit d'exiger des reclus. Ce ne sera jamais que par la contrainte que l'on parviendra à les courber sous le joug du travail. Les abandonner à leur goût dominant pour la paresse et la fainéantise, c'est tromper les intentions du gouvernement qui n'a eu d'autres buts en créant ces sortes d'établissements, que de rendre à la société une foule de bras paralysés par l'oisiveté.* » (8). C'est un euphémisme de dire que la dimension thérapeutique ne semble pas prioritaire pour le responsable de cet établissement.

• Quelques années plus tard, elle apparaît même si elle reste « rudimentaire ». En 1839, après une visite de cette structure, devenue maison départementale de santé, par le docteur Ferrus, élève de Philippe Pinel (1745-1826), le préfet précise : « *Aux termes de l'article 10 du règlement, ne doivent être reçus et traités dans l'établissement que des aliénés, des épileptiques, des vénériens. Une telle population n'est point propre au travail (...) Il me paraît superflu de conserver des ateliers (...) qui ne s'allient plus avec la destination de la maison de santé* » (9). Sensible à la tonalité de cette missive, la commission d'établissement prend acte, réserve les ateliers aux « *reclus autres que les aliénés* » et reconnaît l'intérêt des activités occupationnelles : « *La commission reconnaît cependant la nécessité d'occuper autant que possible les aliénés à des travaux variés, propre à les distraire de leurs idées fixes ou désordonnées* » (10). Ces propos reflètent bien l'esprit aliéniste de l'époque. Le progrès est réel, Pinel est passé par là, il est possible de soigner les

« fous » et la distraction par les activités peut faire partie des soins. Comme nous le savons, durant un siècle, les thérapies vont rester peu élaborées, voire cruelles. En ce qui concerne les activités, l'aspect routinier s'installe durablement : il s'agit alors de chroniciser les malades plutôt que de les faire progresser.

TEMPS MODERNES...

• Il faut attendre le mouvement de la **psychothérapie institutionnelle**, qui initie une révolution dans ce domaine, et pour l'ensemble de la psychiatrie. En janvier 1940, lorsque le psychiatre espagnol François Tosquelles, invité par Paul Balvet, directeur de l'hôpital de Saint-Alban, y trouve refuge, il apporte avec lui deux livres fondamentaux pour ce nouveau courant : *L'Expérience de Guttersloch*, d'Hermann Simon (11) et la thèse de doctorat de médecine de Jacques Lacan, *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité* (1932). Dans le premier, Simon affirme qu'il faut « *soigner l'hôpital pour soigner le malade* ». Un établissement, comme un individu, peut être malade, et dans ce cas pathogène pour ses occupants : « *Tant que n'est pas rompu le cercle vicieux, par lequel le malade agité influence le milieu et le milieu agité réagit sur le malade, il ne peut être utilement question de psychothérapie.* » (12). Pour lui, l'ambiance délétère de l'hôpital, les préjugés d'irresponsabilité des patients et l'inaction sont les trois maux les plus dangereux pour les personnes accueillies. « *D'abord, ne pas faire de mal, c'est le principe initial de toute thérapie. Il faut donc, soit écarter, soit améliorer tout ce que, plus haut, nous avons montré être nuisible aux malades à l'asile : l'inaction, le milieu asilaire actuel, la soi-disant irresponsabilité totale.* » Dans son article, Simon évoque un vieil adage qui sera repris plus tard par le courant institutionnel et qu'il est bon de rappeler régulièrement à nos jeunes collègues : pour aider les patients à lutter contre leurs pathologies il faut s'appuyer sur leur partie saine : « *Certes il est, en général, difficile pour le malade mental de se maintenir au degré de culture qu'il avait atteint avant sa maladie ; mais une grande part de l'art de l'aliéniste est justement d'apprécier cette difficulté dans chaque cas particulier et d'en tenir compte lorsqu'il prend ses décisions. (...) toute psychothérapie doit s'adresser, non pas à la partie morbide, mais à la partie*

restée saine de la personnalité. C'est ce qu'il y a encore de sain chez le malade qu'il faut découvrir et cultiver, soutenir et développer. » (13)

Dans cette perspective, Simon souligne les bienfaits des activités : « *Les psychiatres ont insisté depuis longtemps sur les bons effets du travail bien organisé et bien dosé. (...) On constate cependant de plus en plus, et de tous côtés, non seulement qu'il est possible de faire travailler, de façon prudemment dosée et surveillée, la plupart des malades, mais encore que, pour tous, le travail constitue pour la cure un adjuvant de premier ordre. Grâce à lui, on peut, non pas guérir les lésions cérébrales organiques, mais fortifier, exercer les forces physiques et psychiques utiles qui demeurent, lutter dans une large mesure contre l'agitation et l'impulsivité, contre la tendance aux violences* » (14). Autre inspirateur de la psychothérapie institutionnelle, Harry Stack Sullivan (15), le père de la psychothérapie aux États-Unis, affirme : « *Le domaine de la psychiatrie est le domaine des relations interpersonnelles dans toutes les circonstances dans lesquelles les relations existent* » (16). Il insiste sur l'importance des interventions spontanées au quotidien et sur la nécessité de mettre en œuvre, comme Simon, une « *thérapeutique plus active* », responsabilisant tous les malades afin de favoriser la rencontre.

• À la fin de la **Seconde Guerre mondiale**, un groupe de psychiatres militants (Georges Daumezon, Paul Balvet, François Tosquelles, Paul Sivadon, Louis Le Guilant, Lucien Bonnafé, Paul Sivadon...), conscients de l'aspect « *concentrationnaire* » de l'institution asilaire diffusent l'idée que « *l'ancien asile, lieu de relégation et de chronicisation ne pouvait devenir hôpital psychiatrique que si les psychiatres s'engageaient à soigner les malades en vue d'une "sortie" rapide, à accompagner leur réinsertion dans les milieux de vie et de travail* » (17). Sur ces bases, la psychothérapie institutionnelle naissante remet au centre des débats le potentiel soignant du travail et des activités en général. Ainsi pour Tosquelles, celles-ci ont une valence thérapeutique indéniable : « *Activité ne veut pas dire mouvement quelconque ni mouvement adapté. Activité veut dire activité propre : activité qui part et s'enracine dans le sujet actif pour s'épanouir, le cas échéant, dans le contexte social* » (18). On ne peut mieux parler de la mobilisation subjective qui sous-tend l'action, et avec

elle la « construction d'un monde » et la réalisation du sujet. C'est dire aussi que l'objectif de « resocialisation l'emporte ici sur celui de réadaptation professionnelle. » (18).

De son côté, Paul Sivadon, à qui l'on doit le terme de « psychopathologie du travail » (19), valorise l'occupationnel : « Quand on occupe des malades mentaux, on leur fait du bien de toute façon » (20).

l'aliéné, en rapprochant son existence des modes de vie normaux en société. » (22). La psychiatrie est donc bien en crise et ce, à plusieurs niveaux. Signalons entre autres la confusion entretenue avec le concept de santé mentale qui désoriente les professionnels et dilue les moyens alloués. Autre point sensible, le modèle de la médecine générale, en s'imposant insidieusement dans les établissements,

intervenants de me lancer dans une tentative de démonstration du caractère non universel du complexe d'Œdipe, j'avais choisi un sujet moins risqué dans une période où la psychanalyse régnait encore en maître. Pour preuve, j'avais entendu de la bouche d'un psychologue : « Si vous ne croyez pas au complexe d'Œdipe, c'est que vous l'avez mal traversé ». Effrayé par une telle révélation et peu enclin à la contredire,

“ Dans ce contexte [de crise profonde de la psychiatrie], la défense des activités est une priorité. Si leur marginalisation persiste ou, pire, si elles disparaissent définitivement du paysage, c'est un échec assuré pour notre discipline.

Je ne souhaite pas débattre ici de la distinction faite par certains de mes collègues entre activités thérapeutiques et occupationnelles. Ils la justifient parfois en différenciant les actions programmées, cadrées et les autres plus spontanées, liées à la disponibilité des soignants. Fidèle aux enseignements de la psychothérapie institutionnelle concernant le coefficient thérapeutique de la vie quotidienne, j'ai pris l'habitude de mettre des guillemets aux secondes lorsque je les nomme pour bien signifier le possible relativisme qui leur est parfois associé.

• Enfin, pour insister sur l'importance des **activités occupationnelles hors de l'Hexagone**, je conclurai ce chapitre en citant un psychiatre portugais proche de Karl Jaspers, Henrique João de Barahona Fernandes (21). Selon lui, le concept de « *thérapeutique occupationnelle* » était plus large que celui d'ergothérapie : « *Premièrement, du point de vue de l'assistance : l'occupation réglée et médicalement orientée stimule l'élan thérapeutique général du médecin ; elle ravive l'intérêt pour la personnalité et pour le destin des malades, crée dans tout l'hôpital un nouvel esprit d'activité productive, relève le niveau général et le perfectionnement technique des services, améliore les conditions de vie matérielle et morale des malades, facilite et situe l'action des autres traitements dans un plan général et constitue une base pour la rééducation, la "désaliénation" et la réintégration sociale des malades. En un mot, elle humanise l'assistance en diminuant le fossé qui sépare le "fou" de l'être normal, relève l'élément humain chez*

change les priorités, peu à peu l'approche relationnelle s'efface pour laisser la place à une perspective « techniciste ». Enfin, les théories « organicistes », lorsqu'elles revendiquent une exclusivité explicative, dévaluent les activités au profit d'une gestion médicamenteuse des pathologies. Aujourd'hui nous ne percevons que le sommet de l'iceberg, le manque d'attractivité, les difficultés de recrutement, mais le malaise dans les établissements psychiatriques traduit, avant tout, les dérives dénoncées ci-dessus. Dans ce contexte, la défense des activités est une priorité, si leur marginalisation persiste ou, pire, si elles disparaissent définitivement du paysage, c'est un échec assuré pour notre discipline.

LES INTUITIONS D'UN DÉBUTANT...

Et si le fait de jouer aux échecs en psychiatrie était un des moyens pour prévenir cet échec ? Cette figure de style me permet d'introduire ce deuxième chapitre consacré au jeu d'échecs et aux aspects thérapeutiques de sa pratique. Je le concède, ce jeu ne va pas résoudre, à lui seul, la crise de la psychiatrie mais il peut modestement participer à la réduction de son déclin et surtout son évocation dans cet article me replonge dans une période où l'espoir était de mise quant à l'évolution de notre discipline. Nostalgie, quand tu nous tiens ! En effet, cet écrit me permet d'évoquer la fin de mon parcours de formation d'infirmier de secteur psychiatrique (IDSP) en 1986, à savoir la « défense » de mon Travail de fin d'étude obligatoire en fin de cursus (TFE). Découragé par mes moniteurs et certains

au risque de me trouver « *castré de mon diplôme* », j'ai donc envisagé une autre piste ne passant pas par Thèbes. Inspiré par un ouvrage centré sur le jeu d'échecs, activité que j'appréciais particulièrement, dans les sciences humaines, notamment la psychologie et la psychiatrie (23), je pensais pouvoir mettre en évidence ses vertus thérapeutiques, en partant de la dimension symbolique du jeu. Les auteurs y présentaient les travaux d'un médecin russe : Alexandre Herbstman, pour qui « *la conception générale du jeu d'échecs est une projection du complexe d'Œdipe* » (23), les équivalences étant : Père-Roi, Mère-Reine, Enfant-Pion, la tour et le fou sont considérés comme des composantes de la mère (corps morcelé de la mère phallique) et le cheval représente la dimension fantasmatique, celle même de l'interdit. Fort, ou inconscient, et haut de mes trois courtes années d'étude, j'avais l'outrecuidance de vouloir démontrer que cette activité pouvait avoir un intérêt dans l'accompagnement des personnes souffrant de schizophrénie. Dans cet objectif, je reprenais les éléments théoriques et les illustrais par des parties jouées avec des patients. Avant de présenter devant les évaluateurs ma modeste production, j'étais assez fier de mes résultats. Mon constat était que ce jeu pouvait permettre d'entrer en lien avec des sujets peu enclins à la rencontre, réticents à échanger à travers d'autres médiations. Plus encore, les personnes concernées s'exprimant au fil des parties sur leurs histoires de vie, leurs relations avec leurs parents, je pensais avoir démontré la pertinence de la théorie d'Alexandre

Herbstman. Enfin, j'avais remarqué que mes partenaires de jeu, quasi exclusivement, préféraient perdre les parties plutôt que de sacrifier leur reine. Ce dernier élément me semblait primordial et devait soulever, à coup sûr, l'enthousiasme du jury. Malheureusement, le sort avait mis sur mon chemin vers la gloire un tribunal « organiciste » dominé par un médecin peu « joueur » et peu enclin à valoriser les

recours au jeu d'échecs dans un cadre psychothérapeutique me semble extrêmement prometteur : la portée symbolique des pièces, des interprétations faites en direct sur le matériel comportemental, verbal, amené par le sujet ou encore sur la dynamique relationnelle entre patient et thérapeute, que ce soit sur l'échiquier ou en dehors de lui, la nomination par le thérapeute des sentiments induits via le

La mémorisation des positions utilise la mémoire des événements, dite explicite. À mesure de l'avancée d'une partie, son histoire se constitue, avec les pièces comme traces de ce qui s'est passé. La mémoire de travail intervient pour se souvenir du coup joué par l'adversaire ou soi-même. L'apprentissage des règles se fait dans la mémoire procédurale et implicite, par des mécanismes relativement préservés lors

“ **Le jeu d'échecs présente des propriétés similaires au langage qui font de lui potentiellement un outil diagnostique d'appoint d'une part et un levier thérapeutique possible d'autre part.** » P. Goette, psychologue scolaire

activités. Dans un premier temps, celui-ci semblait satisfait de débattre autour de mon sujet. N'ayant pas lu ma production, il pensait que nous allions parler des échecs de la psychiatrie et attendait avec impatience mon argumentation pour les expliquer. Dès qu'il réalisa sa méprise, il choisit de ne plus m'écouter. Bien sûr, ma note à cet exercice n'est pas restée dans les annales.

LES VERTUS THÉRAPEUTIQUES DU JEU D'ÉCHECS

À l'époque, je n'avais ni les connaissances nécessaires, ni le temps, ni même l'envie d'approfondir mon sujet. Cet article m'offre l'occasion aujourd'hui de m'y replonger et les éléments découverts me rassurent quant à ce qui était alors intuitif.

Patrick Goette, psychologue scolaire à Lausanne, souligne l'intérêt thérapeutique du jeu d'échecs : « *L'utilisation des jeux en psychothérapie de l'enfant et comme aide au diagnostic est reconnue depuis toujours. Dans ma pratique (...), les jeux sont des instruments privilégiés pour tenter d'aider des enfants et des adolescents en souffrance sur des plans aussi variés que les apprentissages, les relations avec les autres (famille, pairs, enseignants) ou le fonctionnement intrapsychique. Parmi eux, il en est un auquel je recours dès que faire se peut. D'aucuns le qualifient de jeu "royal" : il s'agit du jeu d'échecs* ». Il développe son argumentation en se référant au même ouvrage que moi (24). Lui aussi estime que le jeu d'échecs est un médiateur particulièrement intéressant et insiste sur sa dimension symbolique et sa capacité à initier une alliance thérapeutique : « Le

jeu et des réactions à ceux-ci, la possibilité pour le patient d'adopter une position plus généralisée par rapport à lui-même ou encore d'explorer sa gamme émotionnelle et de l'enrichir semblent être d'une grande aide pour le "patient"-joueur. » (25) In fine, le jury a peut-être eu tort de ne pas m'écouter : « *En conclusion, ce jeu présente des propriétés similaires au langage qui font de lui potentiellement un outil diagnostique d'appoint d'une part et un levier thérapeutique possible d'autre part.* » (26).

La revanche est modeste mais, 40 ans après, elle est appréciable. Pour actualiser mon développement et souligner l'aspect intégratif du jeu d'échecs, j'ai également recensé des écrits mettant en lumière les dimensions cognitives pouvant être améliorées par cette pratique. Comme le golf (27), le rugby (28) et de très nombreuses autres activités pensées, avant tout, par certains comme uniquement « occupationnelles », le jeu d'échecs peut être aussi thérapeutique sur ce plan. À la Fondation Foyer-Handicap de Cressy en Seine-Maritime (29), l'atelier « 6^e Sens » a été ouvert à cette fin. Pour ses initiateurs, plusieurs dimensions cognitives sont concernées : « *La pratique des échecs mobilise de nombreuses fonctions intellectuelles en même temps. Elle recrute les capacités exécutives, d'organisation, d'inhibition et de planification à différents niveaux de complexité. Les habiletés visuo-spatiales profitent de l'encodage de l'échiquier par ses coordonnées. Les déplacements des pièces exercent le repérage dans l'espace, les schèmes moteurs, l'orientation du mouvement et la mentalisation des déplacements.*

d'atteintes neurologiques. Cela permet des acquisitions même quand les troubles mnésiques sont sévères. » (30).

De plus, les échecs améliorent les habiletés sociales, les compétences interactionnelles, la confiance en soi et dans l'autre, le sentiment d'efficacité personnelle : « *Les participants de l'atelier sont amenés à porter une attention commune sur un objectif partagé, ce qui favorise la constitution d'un moi groupal solidaire et soutenant. La prévision des conduites d'autrui s'appuie sur le recrutement du réseau des neurones miroirs, responsable de toute cohésion sociale. La communication et l'échange entre les joueurs sont requis et facilités par le contexte ludique. La créativité groupale renforce sa confiance en l'autre. Les rapides progrès constatés, même en cas de difficultés cognitives, renforcent la confiance en soi et la sécurité psychique. Ce renforcement est soutenu également par la possibilité de développer des capacités dans un domaine parfois inconnu, tel un défi.* » (30). Là aussi, mes conclusions de « profane » ne semblaient pas si absurdes ! Le jeu d'échecs aurait également des effets bénéfiques pour les enfants atteints de troubles neurodéveloppementaux (troubles du spectre de l'autisme, troubles déficit de l'attention et de l'hyperactivité). Plusieurs recherches semblent le démontrer, même si ces résultats doivent être renforcés par des études plus larges.

Dans cette perspective, la Fédération française des échecs a lancé en 2022 le programme *Infinite*, pour mesurer l'impact de l'apprentissage des échecs pour les enfants de 6 à 14 ans souffrant d'autisme. Autre piste encourageante,

dans un mémoire à paraître (31), Rayan Bouaoun, médecin généraliste au Puy-en-Velay, propose une revue de littérature évaluant l'impact spécifique du jeu des échecs sur la santé afin de « *fournir des données scientifiques permettant aux professionnels de santé de prendre des décisions éclairées quant à la promotion de cette pratique en tant que prescription de thérapies non médicamenteuses.* » (31). Considérant trente-trois études, il souligne qu'elles « *ont mis en lumière des améliorations notables dans les fonctions exécutives, l'attention et l'inhibition. Ces bénéfices, renforcés par l'absence d'effets secondaire négatifs, ont des implications positives, notamment pour les troubles tels que le TDAH et la schizophrénie.* » (31).

CONCLUSION

Des travaux supplémentaires sont nécessaires pour affiner ces résultats mais tous les chercheurs s'accordent pour conseiller la pratique du jeu d'échecs. Comme l'écrit par ailleurs Stefan Zweig, « *Le jeu d'échecs possède cette remarquable propriété de ne pas fatiguer l'esprit et d'augmenter bien plutôt sa souplesse et sa vivacité.* » (32). Dès lors, en attendant la validation des hypothèses plus scientifiques, il est intéressant de l'utiliser en psychiatrie comme une activité « *occupationnelle* ». En outre, il semble peu contestable qu'il soit profitable à plusieurs niveaux : pour nouer une alliance thérapeutique, cultiver la confiance en soi et le sentiment d'efficacité personnel, développer la mémoire, la créativité, comprendre les limites du cadre, améliorer la gestion des émotions, la concentration...

1– Michel Combret, *Oser la relation pour moins de violence*, Revue Santé Mentale, n° 230, septembre 2018, p. 52.

2– Initiée par un groupe de professionnels franco-belge, l'initiative Soclecare® est une démarche d'intégration des résultats de recherche dans les soins dans la pratique (3). À partir d'un lexique des interventions à dimension relationnelle qui s'inscrivent dans le champ de l'informationnel et du quotidien du soin, il peut être considéré comme un répertoire de ressources pour les soignants en psychiatrie.

3– Jean-Paul Lanquetin, Sophie Tchukriel, *L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie*, GRSI, 2012

4– Marcel Sassolas, *Le soin des troubles psychotiques en institution*, Canal Psy, 72 | 2006, 11-13.

5– Propos entendus en formation, d'un groupe de soignants en UMD : « *Nous sommes là pour protéger la société* »

6– Michel Combret, Dominique Friard, Jean-Paul Lanquetin, Benjamin Villeneuve, *Les infirmiers psychiatriques au cœur du soin*, Seli Arslan, 2022.

7– Etablissement situé en Ariège chargé d'accueillir les malades mentaux mais aussi les personnes considérées alors comme déviantes. À noter qu'à cette époque le vagabondage et la mendicité étaient punis.

8– Cité par André Ortet dans *Un Asile D'aliénés*, Saint-Lizier 1811 – 1969, Ed. à compte d'auteur, 2004, p. 148.

9– Ibid. p. 149.

10– Ibid. p. 150

11– Hermann SIMON (1867-1947), psychiatre allemand, directeur de l'asile de Gütersloh en Westphalie, considéré comme l'un des fondateurs de l'ergothérapie moderne.

12– Hermann Simon, *La psychothérapie à l'asile dans L'Hygiène mentale*, janvier 1933, pp.16-28

13– Ibid.

14– Ibid.

15– *Psychiatre Américain (1892-1949)*, cité par Jean Oury dans *Psychanalyse, psychiatrie et psychothérapie institutionnelles dans VST*, n° 95, 2007.

16– Sullivan, H. S. (1947). *Conception de la psychiatrie moderne*. Washington D.C. :Fondation psychiatrique William A. White.

17– Isabelle Billiard, *Les pères fondateurs de la psychopathologie du travail en butte à l'énigme du travail*, Cliniques méditerranéennes, n°66 2002/2, pps 11-29.

18– Ibid.

19– Terme introduit en 1952 dans un article de L'évolution psychiatrique.

20– Paul Sivadon (interview), *Nervure*, 3, 8, 1990, p.23

21– Henrique João de Barahona Fernandes (1907-1992), *La Thérapeutique occupationnelle en psychiatrie*, Hermann et Compagnie, Paris, 1954.

22– Ibid.

23– Jacques Dextreit, Norbert Engel, *Jeu d'échecs et sciences humaines*, Payot, 1984.

24– Patrick Goette, *Psychothérapies*, Vol. 27, 2007, N° 2, pp. 97-104

25– Ibid

26– Ibid.

27– Goltremed : depuis 2014, sur l'idée d'un psychiatre et de l'association Prism, une trentaine de patients du centre hospitalier Esquirol de Limoges, en situation de handicap psychique, a pu s'initier au golf. Thérapie fondée sur la réhabilitation psychosociale, elle permet de mobiliser de nombreuses fonctions cognitives et notamment la cognition sociale

28– RemedRugby, initiative de réinsertion autour du rugby pour des personnes souffrant de schizophrénie est proposé depuis 2013 par le Centre de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive (C3R) du centre hospitalier Alpes-Isère (CHAI).

29– L'activité échecs, proposée depuis 2017, s'adresse à des personnes cérébrolésées ou atteintes de troubles psychiatriques. Il regroupe huit à dix personnes. Les trois premières années, les séances furent coanimées par le Grand maître international Gilles Miralles, ancien champion de France d'échecs et par Myriam Noël-Winderling, spécialiste en neuropsychologie.

30– Myriam Noël-Winderling et al., « *Le jeu d'échecs, puissant stimulateur cérébral* », Reiso, Revue d'information sociale, mis en ligne le 10 mars 2022, <https://www.reiso.org/document/8699>

31– Rayan Bouaoun. *Le jeu d'échecs, vers une prescription thérapeutique non médicamenteuse? Une revue systématique*, Médecine humaine et pathologie. 2024.

32– Stefan Zweig, *Le Joueur d'échecs*, Livre de Poche, 2013, 1re Ed. 1942.

Résumé : L'article critique la marginalisation des activités dans les soins psychiatriques, soulignant que de nombreux professionnels, influencés par une approche biologisante, négligent leurs dimensions thérapeutiques. L'auteur plaide pour une approche intégrative des troubles psychiques, qui inclut les activités comme moyen de soins, en se basant sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle. Il met en avant le jeu d'échecs comme exemple d'activité bénéfique, capable de renforcer la mémoire, la concentration et les relations sociales.

Mots-clés : Alliance thérapeutique – Bénéfice thérapeutique – Histoire de la psychiatrie – Jeu de société – Médiation thérapeutique – Occupationnel – Psychothérapie institutionnelle.

Chaque mois, le réseau documentaire en santé mentale, Ascodocpsy, propose des éléments de bibliographie en lien avec le thème du dossier : **occupationnel et/ou thérapeutique ?**



Aude Heriédan - Blue Wave, 2022, techniques mixtes sur toile © 1831 Art Gallery.

Ouvrages

- **Archambeau S.** *Ateliers et activités : points communs et différences. L'atelier d'expression en psychiatrie L'expérience de Libourne.* Érès. p. 165-179.
- **Combret M.** *Les infirmiers psychiatriques au cœur du soin. Analyses socio-historiques et entretiens avec des professionnels.* Seli Arslan; 2022.
- **Durual A, Perrard P.** *De la reconnaissance par le « vivre-ensemble ».* In : *Les tisseurs de quotidien.* Érès ; 2012. p. 55-70.
- **Friard D.** *Les émotions au cœur du soin. Les enjeux professionnels et*

humains du travail relationnel. Seli Arslan; 2023.

- **Parkinson S, Forsyth K, Kielhofner G, et al.** *MOHOST : Outil d'évaluation de la participation occupationnelle.* De Boeck supérieur ; 2017.
- **Pierce D, Morel-Bracq C.** *La science de l'occupation pour l'ergothérapie.* De Boeck sup ; 2016.
- **Troisoeufs A.** *S'apaiser en psychiatrie ou faire relation autrement.* In : *Art et design dans les lieux de soin : pour une poétique de l'hospitalité.* Presses Universitaires de Lyon ; 2024. p. 211-22.

■ **Trouve E, Clavreul H, Poriel G, et al.** *Participation, occupation et pouvoir d'agir : plaidoyer pour une ergothérapie inclusive.* Association Nationale Française des Ergothérapeutes; 2019.

Articles

■ **Baillargeon Desjardin J, Brousseau M.** *Les ergothérapeutes francophones européens parviennent-ils à avoir une pratique fondée sur les occupations ?* Rev francoph rech ergothér 2019 ; 5(1) : 81101.

■ **Bailly Salin P.** *Le soin et l'activité.* VST 2018 ; 140 : 139-46.

■ **Baudras J, Corrodi U, Gallien R, et al.** *Dominique et ses vérités. À propos de la psychothérapie interdisciplinaire en Centre Thérapeutique de Jour.* Pratiques en santé mentale 2021 ; 67(2) : 4550.

■ **Benaïche A.** *Les peurs dans le travail infirmier.* Santé Mentale 2019 ; (234) : 449.

■ **Bertrand R.** *Vers une perspective occupationnelle de l'activité physique et sportive en ergothérapie : une recension des écrits.* Ergothérapies 2020 ; (78) : 1729.

■ **Bolcato A, Combier C, Borel M.** *Activité physique adaptée et ergothérapie au service de l'accompagnement d'une personne boulimique.* Ergothérapies 2016 ; (63) : 43-9.

■ **Boronat B.** *Pôle Parasport Santé – Institut de santé Parasport connecté : exemple d'une unité pour favoriser l'engagement occupationnel dans une activité physique et/ou sportive.* Ergothérapies 2024 ; (94) : 1723.

■ **Devaud E, Maillard M, Mendes de Almeida J.** *L'ennui durant le séjour psychiatrique : pistes d'intervention en ergothérapie.* Rev francoph rech ergothér 2022 ; 8(1) : 48-70.

■ **Di Rocco Vincent.** *Des activités et des soins en psychiatrie.* Santé mentale 2018 ; (226) : 24-30.

■ **Dikann A.** *L'art-thérapie, un soin à plusieurs dimensions.* Soins psychiatrie 2019 ; (323) : 25-8.

■ **Gauthier Boudreault C, Larivière N.** *Comment donner une valeur à la science de l'occupation ? Les méthodologies les plus utilisées dans les études actuelles.* Rev francoph rech ergothér 2018 ; 4(2) : 1315.

■ **Govignon J.** *Le foyer de vie.* Soins Aides-Soignantes 2023 ; (114) : 312.

■ **Griggion S, Ramacci MC.** *Un salon d'esthétique en foyer occupationnel.* DOC'AMP. 2015 ; (34) : 312.

■ **Guilmoto B, Vaillant A.** *Accompagnement en groupe et approche occupationnelle : Quels bénéfices pour les personnes atteintes d'obésité ?* Ergothérapies 2022 ; (84) : 2534.

■ **Guyader C.** *L'atelier d'expression plastique, à la recherche du thérapeutique.* Soins psychiatrie 2019 ; (323) : 358.

■ **Large ME, Degano C.** *Intérêt de l'utilisation du Scope dans l'évaluation*

de la participation occupationnelle de l'enfant présentant un trouble du neurodéveloppement (TND). Ergothérapies 2022 ; (85) : 3542.

■ **Lotterie EE.** *Ecouter, c'est permettre à l'autre de s'écouter.* Santé Mentale 2024 ; (284) : 368.

■ **Marchalot I.** *Stratégie d'intervention en ergothérapie et rendement occupationnel.* Ergothérapies 2016 ; (62) : 1923.

■ **Marriere S, Lachenal Mokhtari F.** *Avec le MOH, « j'ergonne » toujours ! Ou comment les approches psychodynamiques et en science de l'occupation peuvent s'enrichir.* Ergothérapies 2020 ; (77) : 5765.

■ **Menaut H.** *Les soins relationnels existent-ils ?* VST 2009 ; (101) : 78-83.

■ **Meyer S.** *L'occupation en thérapie et la thérapie comme occupation.* Ergothérapies 2020 ; (77) : 3744.

■ **Orain C, Talarmin L, Morel-Bracq MC, et al.** *Ergothérapie et pratique centrée sur l'occupation [Dossier].* Ergothérapies 2023 ; (90) : 7-41.

■ **Riou G, Le Roux F.** *L'hospitalisation en psychiatrie : de la privation occupationnelle au soin.* VST 2017 ; (135) : 10410.

■ **Riou G.** *Réhabilitation : évaluer le profil occupationnel.* Santé mentale 2018 ; (228) : 205.

■ **Rivallan A, et al.** *De l'occupationnel au thérapeutique [dossier].* Soins psychiatrie 2019 ; (323) : 11-39.

■ **Sagazan N De.** *Un atelier autour de l'équilibre occupationnel pour développer le pouvoir d'agir d'adultes avec TSA.* Ergothérapies 2021 ; (82) : 4754.

■ **Saint Andre S, Richard Y, Doukoure M, et al.** *Activités à médiation : de l'occupationnel au thérapeutique.* Neuropsychiatr enfance adolesc 2011 ; 59(3) : 16975.

■ **Tortonese M.** *Petite clinique infirmière de l'ennui.* Soins psychiatrie 2019 ; (323) : 21-4.

■ **Touzet P.** *Activités occupationnelles ou activités thérapeutiques, une différenciation complexe.* Soins psychiatrie 2019 ; (323) : 126.

■ **Van Luchene A.** *Le travail thérapeutique à l'hôpital psychiatrique.* VST 2015 ; (128) : 53-9.

Thèses ou mémoires

■ **Albeny S.** *L'engagement occupationnel et le travail d'équipe au service de la prévention du risque suicidaire en ergothérapie.* Aix-Marseille : DE Ergothérapie ; 2024.

■ **Haliday H.** *Qui prend soin du réseau ? : essai d'actualisation du paradigme de la psychothérapie institutionnelle dans le système de santé mentale français.* Sorbonne Paris Cité : Thèse de psychopathologie et psychanalyse ; 2019.

• RECHERCHE COORDONNÉE PAR : Carine Herbez (CH Montfavet), Katia Escoffier (CH Charles Perrens) et Laura Cecotti (ASM13) avec la participation de Sophie Karavokyros (CH Valvert), Carole Jory (CH George Sand), Elsa Derivry (MGEN La Verrière).

• Contact Ascodocpsy : Nathalie Berriau, coordinatrice du groupement d'intérêt public (GIP) Ascodocpsy, CH Saint-Jean-de-Dieu, 290 route de Vienne, 69373 Lyon cedex 08. Tél. : 04 37 90 13 07 ; fax : 04 37 90 13 37 ; mobile : 06 82 44 18 24. Courriel : Nathalie.Berriau@arhm.fr ; internet : www.ascodocpsy.org



Commandez des numéros Abonnez-vous

10
numéros
par an



292 - Le TDAH de l'adulte



291 - Déprescrire ?



290 - Actualités
du trouble insomnie



289 - Dynamique des
équipes mobiles



288 - Rétablissement :
au-delà des outils...



287 - La culpabilité



286 - Comment éviter
isolement et contention ?



285 - Troubles dans
l'attachement



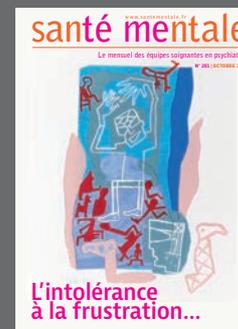
284 - « Je vous écoute... »



283 - Les épreuves
du vieillissement



282 - La relaxation,
entre détente et thérapie



281 - L'intolérance
à la frustration



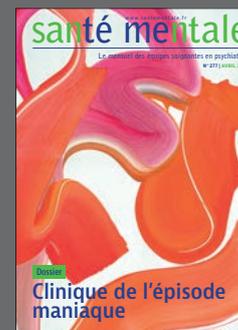
280 - Pourquoi
la tendresse ?



279 - Intervention précoce:
de quoi parle-t-on ?



278 - La rencontre est
l'enjeu du soin !



277 - Clinique de l'épisode
maniaque

Rendez-vous sur www.santementale.fr

Sous le haut patronage de
Monsieur Emmanuel MACRON
Président de la République

Et avec le parrainage
du ministre de la Santé et de l'Accès aux soins



L'ENCÉPHALE

L'esprit libre

22 au 24 janvier 2025
PALAIS DES CONGRÈS DE PARIS

Le Congrès de l'Encéphale

C'EST LE RENDEZ-VOUS ANNUEL
des professionnels de la psychiatrie

Inscrivez-vous
sur le site du congrès
www.encephale.com



#Encéphale2025

DÉCOUVREZ
LE PLAN D'ÉPARGNE RETRAITE
PROPOSÉ PAR LE

C.G.O.S



Le C.G.O.S est à vos côtés aujourd'hui pour **demain** !

Complémentaire Retraite des Hospitaliers du C.G.O.S

Elle a été créée **par des hospitaliers pour les hospitaliers**, à l'initiative du C.G.O.S, il y a 60 ans.

100 % dédiée aux hospitaliers, elle aide à **limiter votre perte de revenus subie** à la retraite, en **constituant un revenu complémentaire** à votre retraite de base.

Elle offre en plus une **vraie liberté de choix**, que ce soit sur le montant des cotisations ou sur la façon de récupérer l'épargne retraite le moment venu.

Découvrez tous les autres avantages sur crh.cgos.info ou en appelant le **0800 005 944** (service et appel gratuits).

Et en +

⇒ **Offre jeunes jusqu'à 40 ans**
Un mois de cotisation offert chaque année, jusqu'à vos 40 ans (10 ans maximum).

⇒ **Économies d'impôt**
Possibilité de déduire **100% de vos cotisations** de votre revenu net global (selon législation fiscale en vigueur).



**COMPLÉMENTAIRE
RETRAITE** DES HOSPITALIERS
L'ÉPARGNE RETRAITE DU C.G.O.S