

Le ROUVRAY



DOSSIER :

Réhabilitation psychosociale
des territoires de santé
Rouen, Elbeuf et Dieppe

Sommaire

ÉDITO

P. 2

DOSSIER

*La réhabilitation
psychosociale*

Unité Saint-Jean

Psychoses résistantes

P. 2 à 5

ON EN PARLE

*Maison d'accueil
spécialisée à Malaunay*

P. 6

Projet d'établissement

P. 7

GROS PLAN

*Plan de retour
à l'équilibre (PRE)*

P. 8

La qualité

P. 9

PSYCHIATRIE

*L'hystérie à l'époque
de Charcot*

P. 10

MOUVEMENTS

P. 11

MÉMOIRE

DU ROUVRAY

P. 12



“ La réhabilitation psychosociale se définit comme un processus qui facilite le retour d'un individu en situation de handicap psychique à un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté. ”



Notre Centre Hospitalier du Rouvray, 3^e file active de France, et les équipes qui assurent son activité, est un établissement largement connu et respecté.

Premier service d'accueil ouvert en France de patients incarcérés grâce à l'unité Badinter, pionnier des unités mobiles, et bien d'autres domaines d'excellence, sont de formidables atouts pour la santé publique.

Et pourtant, nous pointons à la 23^e place au niveau des budgets alloués et l'Agence Régionale de Santé nous impose cette année un plan de retour à l'équilibre,

qui a pour conséquences l'abandon, certes provisoire, de nos dernières opérations de rénovation et un gel des embauches. Nous savons pourtant bien que notre déficit n'est pas dû à des problèmes de gestion, mais bien à une absence de recettes suffisantes.

La dotation globale qui nous finance, de même que la tarification à l'activité (T2A) qui finance les hôpitaux MCO

(Médecine, Chirurgie, Obstétrique) ont montré leurs limites. Il faut en prendre acte. La ministre l'a bien compris et a d'ailleurs annoncé une réforme en la matière. L'hôpital reste la pierre angulaire du service public et doit pouvoir jouer son rôle de manière pleine et entière.

Nous assumons notre mission avec compétence, passion et engagement. Nous en sommes fiers. Mais il convient que cela soit reconnu et justement pris en compte. Je serai particulièrement vigilant sur ces points essentiels pour assumer pleinement nos compétences.

Éric de FALCO
Président
du Conseil de Surveillance

Création d'un réseau de réhabilitation psychosociale *sur les territoires de Rouen, Elbeuf*

Genèse de la constitution du réseau

➤ Le projet médical 2009-2012 du CH du Rouvray mentionne dans son préambule des recommandations relatives à l'évolution des hôpitaux de jour :

« Tous les pôles souhaitent également introduire dans les hôpitaux de jour des compétences plus variées qu'elles ne le sont actuellement : celles des infirmiers évidemment, mais aussi celles d'éducateurs spécialisés, d'ergothérapeutes, de psychologues formés à toutes techniques de psychothérapies dont la multiplicité doit pouvoir être retrouvée dans le service public, voire de neuropsychologues chargés des évaluations cognitives. Ces "moyens humains" seraient bien sûr mis à la disposition de plusieurs hôpitaux de jour. La réhabilitation psychosociale des patients est très largement prise en compte et fait partie intégrante du soin psychiatrique ».

Le projet médical formule également des observations en matière de structure médico-sociale :

« Il nous faut apprendre à partager les compétences entre le social et le médico-social, à passer d'un projet de soins, à un projet de vie, à intégrer un plan social comme un axe essentiel de la réhabilitation... »

➤ En cohérence avec ces observations et recommandations, et dans le cadre du transfert de l'hôpital de jour (10 places) de Darnétal (pôle de psychiatrie générale n° 6) à Rouen (3 place de l'Église st Gervais) pour constituer, avec les pôles de psychiatrie générale 3 et 5 (30 places) un hôpital de jour commun (40 places), a été élaboré un dossier présenté aux instances de l'établissement (juin 2009) qui a fait l'objet d'une autorisation de l'ARH (27/11/2009).

Le dossier présenté mentionnait notamment le développement d'une filière de soins, de remédiation cognitive (Dr BRETEL).

➤ Le Schéma Régional d'Organisation des Soins de Haute-Normandie, arrêté le 7 mars 2012 par le Directeur Général de l'ARS, formule pour la psychiatrie des indications préconisant l'amélioration des articulations de la psychiatrie avec le secteur social et médico-social (notamment page 155) :

« La place de la psychiatrie dans le domaine de la réhabilitation psychosociale doit permettre d'apporter une valeur ajoutée en terme d'évaluation, de soins et d'orientation. La réhabilitation psychosociale est une approche fondamentalement pluridisciplinaire qui nécessite une articulation entre les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, dans une logique centrée sur la personne et non sur la maladie [...] ».

Sur le versant sanitaire, la réhabilitation psychosociale repose notamment sur des dispensations de soins par des personnels formés à des techniques orientées neurocognition et sciences éducatives. Ces techniques ont pour objectifs de faire progresser vers l'autonomie et le travail des patients concernés. Il convient qu'elles puissent être mises en œuvre dans les 4 territoires de santé [...] ».

➤ Conformément à ces indications, l'ARS a souhaité le développement d'un réseau de réhabilitation psychosociale appuyé sur le Centre Saint-Gervais qui a nécessité des réunions

de concertation sous son égide. Ces réunions ont conduit pendant l'été 2012 à élaborer une convention constitutive du GCS par le CH du Rouvray et l'association Le Pré de la Bataille, qui gère notamment des Établissements et des Services d'Aide par le Travail, un service d'accompagnement à la vie sociale et des foyers d'hébergement.

Un travail complémentaire de concertation a en outre été réalisé pour élaborer un document apportant des précisions sur le réseau de réhabilitation psychosociale (fiche d'identité du réseau, philosophie du projet, objet - objectifs et résultats, organisation du dispositif,...).

Une ultime réunion de concertation a été conduite par l'ARS le 24 septembre qui a abouti à la convention constitutive de GCS porteur administratif du réseau de réhabilitation psychosociale.

Objectifs et fonctionnement du réseau

Le réseau de réhabilitation psychosociale est donc issu du travail du Centre Hospitalier du Rouvray sur la réinsertion de la personne atteinte de handicap psychique.

➤ Objectifs :

L'objectif est de coordonner l'action de professionnels médicaux, paramédicaux et intervenants des secteurs médico-sociaux et sociaux, intervenants du logement, intervenants des milieux protégés et ordinaires du travail..., afin d'améliorer la qualité de vie des patients handicapés psychiques en favorisant leur accompagnement vers l'autonomie, intégrant la santé, le logement, l'emploi.

Les objectifs opérationnels sont les suivants :

- Améliorer le fonctionnement social de la personne et faciliter son parcours de réinsertion à partir d'une évaluation personnalisée et concertée (sanitaire, sociale et médico-sociale),
- Développer des pratiques coordonnées et favoriser les liens entre professionnels des différents secteurs (sanitaires, sociaux et médico-sociaux),
- Favoriser la continuité des soins tout au long du parcours de réinsertion de la personne conformément aux recommandations du réseau,
- Promouvoir une meilleure connaissance du handicap psychique auprès des professionnels (formations croisées sanitaires/social/médico-social),
- Sensibiliser le grand public au handicap psychique (dé-stigmatisation).

➤ Fonctionnement

La constitution de ce réseau repose sur la mise en commun de compétences et de services de l'ensemble des acteurs contribuant ou pouvant contribuer à ce projet de réinsertion et à la communication entre ces acteurs afin d'obtenir une action coordonnée et d'éviter les ruptures dans le parcours de réinsertion.

Le centre névralgique de ce réseau est une cellule pluridisciplinaire dont la vocation est la coordination des divers acteurs du réseau autour du projet personnalisé de réinsertion de la

Qu'est-ce que la réhabilitation psychosociale et pourquoi y avoir dédié un réseau de santé ?

personne. Elle peut aussi prendre appui sur le Centre Hospitalier du Rouvray pour obtenir un regard expert sur les évaluations et affiner le besoin d'accompagnement.

Le public cible de l'action de ce réseau est constitué de personnes en situation de handicap psychique qui répondent à 2 critères d'inclusion indissociables :

- Trouble psychiatrique associé à un dysfonctionnement social évoluant depuis plus d'1 an,
- Acceptation des soins par la personne.

Pour autant, la cellule de coordination répondra à toute demande, ne serait-ce que par une aide à l'orientation vers les dispositifs adaptés.

Cette cellule de coordination sanitaire, sociale et médico-sociale est composée de (en ETP) :

- Un médecin psychiatre, le Docteur BRETEL (0,5),
- Une assistante de service social, en charge de la coordination de terrain,
- Un secrétariat à mi-temps qui garantit, avec l'assistante de service social, la gestion des appels reçus,
- Un neuropsychologue (0,5),
- Un ergothérapeute (0,7).

Ces deux derniers professionnels interviennent selon les besoins sur prescription du psychiatre.

Une plaquette de présentation est en cours d'élaboration. Elle sera diffusée à grande échelle afin de permettre à toute personne ayant un intérêt à voir intervenir le réseau au bénéfice d'une personne manifestant des troubles psychiatriques de pouvoir joindre la cellule de coordination par téléphone.

Sophie LION

Directrice générale du Pré de la Bataille
Administrateur du GCS

Benoît DEMAS

Directeur des Affaires Médicales
et des Coopérations

La réhabilitation psychosociale s'est développée aux USA après la 2nde Guerre Mondiale, à l'ère de la désinstitutionnalisation de la psychiatrie, comme une alternative sociale au modèle médical dominant dans le traitement des patients psychiatriques. En France, ce mouvement arrive plus tard et prend son essor avec la politique de sectorisation qui se met progressivement en place à partir des années 1970.

Elle est définie comme **un processus qui facilite le retour d'un individu à un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté** (Cnaan, 1988). Elle met l'accent sur l'intégrité et les forces de l'individu plutôt que sur sa maladie et ses incapacités, et propose une approche globale incluant la réadaptation au travail, le logement, les loisirs sociaux, l'éducation et l'adaptation personnelle.

Elle représente donc d'avantage un mouvement qu'une théorie qui a pour fondements les deux postulats suivants (Cnaan, 1988) :

- Il existe en chaque individu une motivation à développer maîtrise et compétence dans des domaines de la vie qui vont lui permettre de se sentir indépendant et confiant en lui-même.
- De nouveaux comportements peuvent être appris et les individus sont capables d'y avoir recours et de les adapter pour répondre à leurs besoins de base.

Les grands principes fondateurs de la réhabilitation psychosociale, qui ont été énoncés par ce dernier auteur, sont les suivants :

- L'utilisation maximale des capacités humaines
- Doter les personnes d'habiletés
- L'auto-détermination
- La normalisation
- L'individualisation des besoins et des services
- L'engagement des intervenants
- La déprofessionnalisation de la relation d'aide
- Intervenir précocement
- Structurer l'environnement immédiat
- Changer l'environnement plus large
- Pas de limite à la participation
- La valeur du travail
- Priorité au social par rapport au médical

La psychiatrie, par rapport aux maladies mentales sévères, a évolué de son côté en adoptant des modèles biopsychosociaux de compréhension des troubles et en mettant au point des traitements et des stratégies d'intervention individualisées et qui prennent en compte l'environnement du patient, cela grâce notamment aux approches cognitivo-comportementales (remédiation cognitive, thérapies cognitives, entraînement des habiletés sociales).

Il s'agit, dans la réhabilitation psychosociale, de dépasser le modèle médical traditionnel (maladie, diagnostic, réduction des symptômes par les médicaments, le savoir médical qui sait ce qui est juste pour le patient, etc) pour favoriser une approche globale de la personne, centrée sur son autodétermination, sur ses capacités, sur l'apprentissage d'habiletés, sur la mobilisation de son environnement social propre. Dans cette dynamique, le médical doit pouvoir s'effacer tout en restant disponible, pour laisser la place à d'autres acteurs sociaux.

Il en découle **des conséquences déterminantes dans la pratique des soins**, dont on sait qu'elle peut éventuellement aller à l'encontre du

rétablissement de la personne, notamment si elle se montre trop directive (Sheperd et coll, 2008).

Ces derniers auteurs recommandent, sur la base d'une enquête multicentrique, et afin de centrer sa pratique sur le rétablissement, de se poser les dix questions suivantes après s'être entretenu avec un patient :

- Ai-je écouté activement la personne de façon à l'aider à donner un sens à ses problèmes de santé mentale ?
- Ai-je aidé la personne à repérer et à hiérarchiser les buts que le rétablissement lui permettra d'atteindre – et non mes buts à moi, en tant que professionnel ?
- Ai-je donné la preuve que je crois aux points forts et aux moyens dont l'intéressé dispose d'ores et déjà pour atteindre ces buts ?
- Ai-je puisé dans mon « vécu », ou dans celui d'autres usagers, des exemples qui inspirent la personne en question et donne une validité à ses espoirs ?
- Ai-je particulièrement fait attention à l'importance des buts qui sortent la personne de son « rôle de malade » et lui permettent d'apporter quelque chose aux autres ?
- Ai-je recensé les ressources dont l'intéressé dispose hors du champ de la santé mentale – amis, contacts, associations – qui sont en rapport avec la réalisation de ses buts ?
- Ai-je encouragé l'autogestion, par la personne, de ses problèmes de santé mentale ?
- Ai-je discuté avec la personne de ce qu'elle veut en matière d'interventions thérapeutiques ?
- Me suis-je toujours comporté de façon à montrer du respect pour la personne et le désir d'instaurer, dans mon travail avec elle, une relation de partenariat sur un pied d'égalité, et manifesté le souhait de toujours « faire plus » ?
- Tout en acceptant que l'avenir soit incertain et que les rechutes arrivent, ai-je continué à exprimer mon soutien envers la capacité de la personne d'atteindre les buts qu'elle a défini, c'est-à-dire entretenu l'espoir et les attentes positives de celle-ci ?

Le rétablissement en psychiatrie est un concept précis dont la définition peut se résumer ainsi « vivre sa vie au-delà de la maladie », mais la plus communément admise est énoncée par Anthony comme suit (Anthony, 1993) : « *Un processus profondément personnel et singulier de changement d'attitudes, de valeurs, de ressentis, d'objectifs, de compétences et/ou de rôles. C'est une manière de mener une vie satisfaisante, utile et sous le signe de l'optimisme, même avec les limites imposées par la maladie. Le rétablissement veut dire donner, peu à peu, un nouveau sens et un nouveau but à sa vie à mesure qu'on dépasse les effets désastreux de la maladie psychique* ». Or, toutes les études scientifiques publiées sur le sujet s'accordent à trouver **plus de 50 % de probabilité de rétablissement dans la schizophrénie**. Ces résultats devraient donc inciter à considérer la schizophrénie comme une pathologie de bon pronostic évolutif, d'autant plus que la prise en charge est globale et précoce, contrairement à l'idée généralement admise, y compris au sein du corps soignant.

Pour résumer, **s'engager dans la réhabilitation psychosociale** pour un soignant signifie :

- Adopter une approche relationnelle collaborative avec le patient,

intégrant pleinement ses choix et ses valeurs personnelles dans les décisions thérapeutiques (y compris lorsqu'elles sont en désaccord avec les choix spontanés du soignant).

- Développer un travail en réseau avec tous les acteurs intervenants dans l'environnement du patient (professionnels ou non).

- Aider à changer le regard de la société sur la maladie mentale dans un sens positif pour permettre de véritables opportunités d'intégration sociale des malades (déstigmatisation).

C'est donc dans cet esprit que s'inscrit la création d'un réseau de réhabilitation psychosociale, dont le rôle est de favoriser un travail coordonné et concerté entre tous les professionnels (soignants et non soignants) qui interviennent dans le parcours de réinsertion du patient, qui reste le centre et la raison d'être d'une telle prise en charge. Son entourage immédiat doit systématiquement être intégré dans le projet de réinsertion, lorsque cela est possible.

Le réseau de réhabilitation psychosociale Rouen-Elbeuf-Dieppe vient de voir le jour dans notre département, incité par l'évolution de la politique actuelle en France dans le champ

de la santé mentale. Un réseau similaire existe déjà dans le département de l'Isère, le Réseau Handicap Psychique de l'Isère (RÉHPI), dont le développement se poursuit depuis plus de dix ans.

Dr Féthi BRETEL

Suggestion de lectures :

- La Réhabilitation psychosociale en psychiatrie. Vidon G. Ed. Frison-Roche, 1995
- Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie. Rétablissement, inclusion sociale, empowerment. Greacen T, Jouet E. Ed. Erès, 2012
- Se rétablir de la schizophrénie. Guide pratique pour les professionnels. Favrod J, Maire A. Ed. Elsevier Masson, 2012
- La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. Giordana J-Y. Ed. Masson, 2010
- Comment faire accepter son traitement au malade. Schizophrénie & troubles bipolaires. Amador X. Ed. Retz, 2007

La réhabilitation psychosociale

Passer d'un parcours de soins à un projet de vie

Le réseau de réhabilitation psychosociale Rouen-Elbeuf-Dieppe, tout récemment créé et second du genre en France, fonctionne en étroite collaboration avec le centre Saint-Gervais, centre expert en réhabilitation psychiatrique, et qui accueille plus de quatre-vingt patients sur l'hôpital de jour. Fethi Brétel, médecin psychiatre, responsable de la structure, et coordonnateur du réseau, explique le rôle de cet hôpital de jour.

Vous êtes à la tête du réseau de réhabilitation psychosociale, quels sont les objectifs de ce réseau ?

Il est de fluidifier le parcours de réinsertion du patient en concertant les actions des différents professionnels soignants et non soignants intervenant auprès de lui, et en lien avec son entourage proche. La réhabilitation psychosociale a besoin d'un travail concerté et coordonné avec divers acteurs comme les entreprises adaptées, les établissements et services d'aide par le travail, les centres de formation professionnelle... L'idée est de faire correspondre le parcours de soins du patient à son parcours de réinsertion, guidé par son projet de vie. Le but de cette démarche est d'améliorer la qualité de vie du patient en situation de handicap psychique en l'accompagnant vers plus d'autonomie, mais également de favoriser de réelles opportunités d'inclusion sociale. C'est lui qui est au cœur du processus de rétablissement et les différents services qui lui sont apportés (sanitaires, sociaux...) doivent respecter ses choix personnels.

Quels types de patients sont accueillis au centre Saint-Gervais ?

Le public que l'on accueille présente un handicap psychique sévère qui est venu entraver significativement le parcours social, parfois jusqu'à une désinsertion majeure. Les pathologies psychiatriques les plus couramment rencontrées sont les psychoses : schizophrénies, troubles schizo-affectifs, et dans une moindre mesure troubles bipolaires.

Quel est le parcours du patient qui se rend au centre Saint-Gervais ?

Soit ce sont des patients qui sortent d'une hospitalisation et ont besoin de soins renforcés, soit ce sont des patients en phase stable, alors adressés par des confrères des centres médico-psychologiques ou libéraux. Chaque patient



y bénéficie d'un programme de soins individualisé, déterminé à partir d'évaluations pluri-professionnelles (médicale, neuropsychologique, ergothérapeutique, infirmière, sociale) et en partenariat avec lui. Les patients viennent à la journée sur les temps d'ouverture de l'hôpital de jour (de 9 à 17 heures du lundi au vendredi) ou sur des temps bien déterminés, en fonction du programme de soins élaboré avec lui selon les problématiques que l'on a décidé ensemble de traiter. Ils ne viennent pas dans le simple but d'y trouver des occupations.

Quelles sont les activités qui sont proposées au centre Saint-Gervais ?

Nous proposons des activités classiquement animées en hôpital de jour (musique, expression corporelle, activités manuelles, artistiques, différents types de sorties, sports, cuisine...) qui servent de support à la thérapie, mais également des programmes thérapeutiques spécifiques, principalement issus des approches cognitives et comportementales : éducation thérapeutique, remédiation cognitive, thérapie cognitive et entraînement des habiletés sociales. Ceux-ci permettent de rééduquer les déficits cognitifs (particulièrement invalidants) et d'améliorer les compétences sociales, la conscience des troubles et l'expertise sur la maladie.

Qui mène ces ateliers ?

Le personnel soignant comme les infirmiers, les ergothérapeutes et les neuropsychologues, mais également des intervenants extérieurs (par exemple pour les arts plastiques). Nous projetons également de faire intervenir des pairs aidants (patients experts) auprès de soignants pour animer des groupes d'éducation thérapeutique.

Les patients sont-ils obligés de suivre les activités proposées ?

Aucun soin ne saurait être contraint en réhabilitation psychiatrique, car le rétablissement s'appuie sur l'autodétermination des personnes. Pas plus les activités que les médicaments psychotropes. En revanche, certains patients, qui présentent un pragmatisme sévère, sont fortement incités par l'équipe à participer à des activités. Il arrive également que des patients quittent une activité en cours. Dans ce cas, les soignants poursuivent l'animation de leur activité, sauf s'il y a une urgence médicale à gérer bien sûr.

Pendant combien de temps un patient peut-il venir au centre Saint-Gervais ?

Il n'y a pas de temps pré-déterminé, pas plus que de limite. D'expérience, en revanche, il faut compter entre un et quatre ans en moyenne pour une réhabilitation efficace, en fonction de la sévérité du handicap et des problématiques traitées. Des prises en charge plus courtes sont parfois utiles dans certaines situations particulières, mais correspondent d'avantage à des prises en charge avortées (soit du fait d'une rechute, d'un échappement aux soins, ou simplement parce que le patient décide à un moment précoce de la thérapie de privilégier une opportunité de formation ou de travail qui se présente alors à lui).

Certains patients arrivent-ils à revivre « normalement » ?

Heureusement oui. Et c'est le cas plus d'une fois sur deux dans la schizophrénie selon les études scientifiques portant sur le processus de rétablissement. Mais cela se vérifie également sur le terrain, à condition d'y croire soi-même en tant que soignant bien sûr, et de s'attacher à renforcer l'espoir des patients. Certains patients se sont installés en couple, ont repris des études ou accédé à un emploi...

Historique du centre Saint-Gervais

L'hôpital de jour du centre Saint-Gervais est la plus grosse structure de ce type du Centre Hospitalier du Rouvray. Ce centre est la réunion de deux structures : L'hôpital de jour de Darnétal qui comptait 10 places et celui de Rouen rive droite qui en comptait 30. Ces 40 places sont ouvertes aux patients de l'ensemble de l'agglomération rouennaise et au-delà. Le centre Saint-Gervais tel qu'il se présente aujourd'hui a été ouvert en 2009.

Unité Saint-Jean - Psychoses résistantes

Questions au Dr Olivier Guillin, responsable du service 76G03



L'équipe de soignants de l'unité régionale des psychoses résistantes

Comment lutter contre une psychose résistante ?

Le centre hospitalier du Rouvray dispose d'une unité régionale pour soigner les « psychoses résistantes ». Le docteur Olivier Guillin, psychiatre et chef de service du secteur 3, nous explique le parcours de ces patients.

Qu'appellez-vous une « psychose résistante » ?

Certains patients ne répondent pas aux stratégies thérapeutiques habituelles comme les traitements médicamenteux et les psychothérapies. Il faut donc trouver une autre façon de les soigner.

Quelles sont les pathologies les plus résistantes ?

Les troubles psychotiques, dont les plus fréquents sont la schizophrénie et les troubles bipolaires. Si ces deux pathologies sont différentes (30 % des bipolaires peuvent vivre normalement contre 5 % pour les schizophrènes), elles présentent des caractéristiques communes.

Qui sont ces patients atteints de psychoses résistantes ?

Le plus souvent ce sont des personnes hospitalisées au moins les trois-quarts de l'année depuis plus de cinq ans. Ces patients sont adressés à l'unité régionale de psychoses résistantes par les autres services du centre hospitalier du Rouvray, par l'hôpital de Navarre à Évreux ou celui du Havre. Dès leur

arrivée, l'équipe médicale prépare la sortie du patient puisque l'objectif est de lui trouver un lieu de vie. L'aide des familles et des aidants est très importante dans la démarche de parcours de soin.

Que leur proposez-vous à leur arrivée dans l'unité ?

La première étape est de reconstruire l'histoire de la maladie du patient et son histoire thérapeutique. Il faut éplucher son dossier médical, connaître les traitements qu'il a reçus, les doses, la durée, les effets secondaires... On évalue ensuite leurs fonctions cognitives et leur autonomie. La deuxième étape consiste à optimiser le traitement thérapeutique en testant de nouvelles molécules. On peut avoir recours aux électrochocs et à la stimulation magnétique transcranienne dans le cas d'hallucinations résistantes. Le rôle de l'infirmier est d'effectuer un travail sur l'observance thérapeutique, contrôler les doses des traitements. Par ailleurs une rééducation neuropsychologique est entreprise précocement afin d'améliorer ses capacités cognitives. Enfin, la dernière phase est l'étape d'articulation vers la sortie de l'unité. À ce stade, les profils des patients sont différents.

Où vont les patients en sortant de l'unité ?

Avec d'autres unités extra-hospitalières, nous accompagnons certains patients vers une sortie en milieu ordinaire ; d'autres bénéficient d'un appartement thérapeutique ; d'autres encore sont hébergés dans des pensions de famille. Beaucoup de patients atteints par ce type de pathologie sont sans logement, il faut donc travailler avec les partenaires pour leur trouver un hébergement. C'est pourquoi cette question se pose dès le début de l'hospitalisation du patient.

Combien accueillez-vous de patients dans cette unité ?

L'unité comprend 14 lits. Chaque année, environ 150 patients sont admis dans cette unité. 80 % des patients sont sortis de l'hôpital et seuls 10 % ont eu besoin d'une réhospitalisation.

Maison d'accueil spécialisée à Malaunay

La Maison des Lys : un nouveau lieu de vie



Céline Viandier et Valérie Bourgeois

La Maison des Lys a ouvert ses portes à Malaunay en décembre dernier. Un bâtiment flambant neuf et un lieu de vie pour des résidents présentant un handicap psychique. Tour d'horizon avec le docteur Valérie Bourgeois et Céline Viandier, chef de service éducatif.

La Maison d'accueil spécialisée (MAS) des Lys a été créée pour des patients souffrant de quel type de pathologie ?

Des patients présentant un handicap psychique. La plupart de nos résidents sont atteints de schizophrénie (*). Ces résidents ont un handicap fonctionnel lourd.

Comment s'organisent les locaux ?

La Maison des Lys est un lieu de vie qui compte 40 chambres. Chacune possède une salle de bain intégrée. Ces chambres sont réparties en quatre unités. Dans ces unités, on trouve une salle de détente et une salle de restauration. Au rez-de-chaussée, la grande salle d'accueil - que l'on nomme l'atrium - dessert les salles d'activités : la salle snoezelen (salle de relaxation zen), la salle de sport, la salle de peinture et la salle de cuisine. Une salle de balnéothérapie est également à disposition des résidents.



Les activités manuelles

La salle d'accueil

Quel est le parcours d'admission d'un patient à la Maison des Lys ?

Le dossier du patient est d'abord étudié afin qu'il ait une orientation en MAS. Avec l'accord du patient, on le reçoit, on lui fait visiter la structure et on lui demande ses motivations. Du point de vue de sa pathologie, ses symptômes doivent être stables et il ne doit pas présenter de troubles du comportement. La MAS est un lieu de vie, de confort, de bien-être, ce n'est pas un lieu de soins comme un hôpital.

Quelle est la journée type d'un patient ?

Le matin, les résidents ne se lèvent pas après 9 h 30, ils doivent prendre leur traitement qu'ils vont chercher à l'infirmerie. Le petit-déjeuner se déroule dans la salle de restauration de l'unité. Ensuite, ils participent à des activités ou ont le choix de rester dans leur chambre. À midi, les repas sont faits sur place, les résidents se retrouvent dans la salle commune de leur unité. À 13 heures, des activités sont à nouveau proposées, ils peuvent aussi utiliser les ordinateurs jusqu'à 16 heures où ils prennent leur goûter. Jusqu'au dîner à 19 heures, les résidents peuvent participer à des ateliers et le soir, soit ils restent dans leur chambre, soit ils s'occupent dans la pièce à vivre.

Quelles sont les animations proposées ?

Le personnel soignant et les intervenants proposent de nombreuses activités de loisirs, de bien-être, de confort. Marche, vélo, ballon, ping-pong, tir à l'arc... sont menées par un animateur sportif. Deux animatrices gèrent les activités manuelles : arts plastiques, poterie, cuisine... et les sorties culturelles. Les emplois du temps sont organisés chaque semaine selon les souhaits des patients.

Quelle est la moyenne d'âge des patients de la MAS et combien accueillez-vous de résidents ?

La Maison des Lys est ouverte aux résidents de 18 à 60 ans. Mais la



La salle activités artistiques

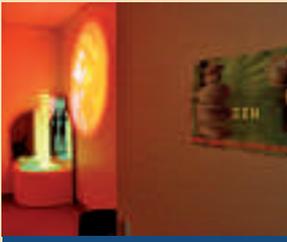


La salle de sport

La Maison des Lys est une association qui fait partie des résidences ADEF. On compte 38 établissements en France : des foyers d'accueil, des maisons spécialisées et des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Actuellement, 38 résidents hébergés à la MAS viennent du Centre Hospitalier du Rouvray.

Projet d'établissement 2013-2017

Le 1^{er} semestre 2013 est une période mobilisante pour l'élaboration du projet d'établissement 2013-2017. Cette élaboration invite à rappeler l'origine juridique du projet d'établissement et d'autres documents stratégiques avant de préciser les bases juridiques actuelles du projet d'établissement, la méthodologie retenue, puis la procédure finale d'adoption.



La salle zen

moyenne d'âge tourne plutôt autour de 35/45 ans. Actuellement, 35 résidents vivent à la Maison des Lys.

Valérie Bourgeois, en tant que psychiatre de la MAS, quel est votre rôle ?

Je viens deux demi-journées par semaine à la MAS. Chaque résident a son psychiatre traitant, ma mission est avant tout institutionnelle ici. Mon rôle est d'animer chaque semaine une réunion clinique avec l'ensemble du personnel soignant et éducatif. Ce moment est fondamental car la plupart des professionnels, présents ici, en dehors de la chef de service, n'ont aucune expérience de la psychiatrie. Par ailleurs, je reçois les résidents en consultation, à leur demande ou à la demande de l'équipe.

(*) Schizophrénie : psychose chronique qui comprend des symptômes positifs (délires et hallucinations) et des symptômes négatifs (repli sur soi, isolement). Ces symptômes sont mêlés à des troubles de la pensée et du langage.



La chambre

- La loi du 31/07/1991 portant réforme hospitalière a été fondatrice de documents stratégiques sanitaires : schéma d'organisation sanitaire complétant la carte sanitaire et contrat pluriannuel conclu entre les établissements de santé et les organismes d'assurance-maladie et l'État. Au niveau de chaque établissement, la loi prévoit l'existence d'un projet d'établissement défini notamment sur la base du projet médical, et compatible avec les objectifs du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire.

En cohérence avec ces dispositions législatives, le CH du Rouvray a en conséquence adopté 4 projets d'établissement : 1994-1998 ; 1999-2003 ; 2004-2008 ; 2009-2012.

- Depuis la loi du 31/07/1991, le fondement juridique du projet d'établissement a été actualisé, et ses caractéristiques essentielles peuvent être synthétisées de la manière suivante :

Établi pour une durée maximale de 5 ans, le projet d'établissement doit être une déclinaison du Schéma Régional d'Organisation de Soins et du CPOM. Il définit, notamment, sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement, et prend en compte les objectifs de formation et de recherche ... Il prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnels et d'équipements de toute nature, dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs.

Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet social.

Le projet social définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement, ainsi que les mesures permettant la réalisation de ses objectifs. Il porte notamment sur la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des métiers et des compétences, et la valorisation des acquis professionnels.

- Le projet d'établissement 2013-2017 comporte un projet médical et un projet de soins et de prises

en charge. Il comporte également un projet social (volet personnel médical et volet personnel non médical), et un projet spécifique pour les services administratifs et logistiques. Ses autres éléments constitutifs, et de nature transversale, concernent la qualité, le système d'information, le patrimoine, le développement durable et la communication.

Pour chacun de ces projets, a été désigné un pilote animant un groupe de travail avec plusieurs séances. Des sous-groupes ont été constitués notamment au sein des pôles afin d'élaborer des projets médicaux sur les thèmes retenus par le comité de pilotage du projet d'établissement.

- L'issue de l'important travail de mobilisation et de concertation se caractérisera par la procédure suivante :

- Le projet médical, élaboré par la Directrice et le Président de la CME, fera objet d'une consultation de la CME puis d'une approbation par le directoire.
- Le projet de soins infirmiers et des prises en charge, élaboré par le coordonnateur Général des Soins, fera l'objet d'une information de la CME et d'une consultation de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques.
- Le projet d'établissement, préparé par le directoire, fera l'objet d'une consultation de la CME et du CTE, puis la Directrice le soumettra au Conseil de surveillance pour délibération.

- On soulignera que la compétence délibérative du Conseil de surveillance sur le projet d'établissement constitue la plus importante des compétences dévolues à cet organe collégial, délibératif, dans la mesure notamment où ce projet structure l'avenir de l'établissement.

Benoît DEMAS

➤ APHR

- Journée du Souffle - Dimanche 12 mai
- Repas des retraités - Vendredi 15 novembre
- Noël des enfants du personnel - Mercredi 11 décembre

Plan de retour à l'équilibre (PRE)

L'exercice budgétaire 2012 s'est traduit pour l'établissement par une détérioration de sa situation financière. Le déficit comptable 2012 s'est élevé à - 315 000 € mais celui-ci ne reflète pas les véritables difficultés financières du Rouvray car des crédits notifiés par l'ARS au cours de l'exercice ont permis de minimiser ce déficit.

Le déficit structurel du Rouvray se situe autour de - 1,6 M€ à mettre en perspective avec un budget annuel de 118 M€. De façon à rétablir l'équilibre financier de l'établissement, l'ARS nous a demandé de mettre en œuvre des actions correctrices tant en matière de dépenses que de recettes. Ce plan de retour à l'équilibre (PRE) fait l'objet actuellement de négociations avec l'ARS sachant que celle-ci a accordé au Rouvray fin 2012 une enveloppe de 3,5 millions d'euros pour l'accompagner dans son objectif de retour à l'équilibre financier. Ces crédits ont été mis en provision et leur utilisation sera négociée avec l'ARS. Lors d'une rencontre avec l'ARS le 15 février 2012, nous avons insisté sur la faiblesse des évolutions des recettes qui ne financent même pas l'inflation, ce qui génère structurellement un déficit. De la même façon, nous avons rappelé à l'ARS que depuis 5 ans les ressources de l'établissement avaient été diminuées de 2 800 000 € au titre du plan de retour à l'équilibre de l'Assurance Maladie, ce prélèvement étant en grande partie responsable de la situation financière dégradée que connaît aujourd'hui le CH du Rouvray. Nous avons rappelé nos difficultés et nos besoins d'investissement ainsi que notre efficacité par rapport aux autres grands CHS.

Dans le cadre du plan de retour à l'équilibre, nous avons proposé

certaines pistes d'augmentation des recettes avec un passage à la tarification à l'activité pour certaines activités comme l'addictologie, avec une augmentation des tarifs journaliers ainsi que des pistes d'économies concernant les dépenses hôtelières (fournitures hôtelières, prestations externalisées de ménage et de blanchisserie, prestations informatiques). Pour les dépenses de personnel, les départs à la retraite de plus de 12 médecins dans les 4 ans à venir généreront par leur remplacement par de jeunes praticiens une économie importante. Quant au niveau des effectifs du personnel non médical pour lequel l'ARS estime que nous avons entre 20 à 25 postes en trop par rapport à 2011, nous avons indiqué que nous étions prêts à nous comparer avec les autres grands CHS pour qu'un éventuel sureffectif puisse être démontré. L'ARS a semblé réceptive sur ce point mais nous sommes en attente de cette étude, en collaboration avec nous.

Enfin, du fait de ce PRE, certains recrutements en cours, financés dans le cadre des mesures nouvelles 2012, ont été retardés dans l'attente d'un accord avec l'ARS sur les délais de mise en œuvre.

L'exercice budgétaire 2013 s'annonce délicat dans un contexte national peu favorable. Néanmoins l'établissement entend bien poursuivre ses missions de base au service de la population de Haute Normandie ainsi que la mise en œuvre de ses projets comme en témoigne l'ouverture début mars 2013 de la 2E unité de 20 lits de l'Unité pour Malade Difficile.

Véronique HAMON

> Cérémonie des Vœux et Médailles

Le 25 janvier après-midi, Madame HAMON, Directrice, Monsieur de FALCO, Président du Conseil de Surveillance et Monsieur le Docteur HAOUZIR, Président de la Commission Médicale d'Établissement, ont présenté leurs vœux au personnel du Rouvray. Après les discours, il a été procédé à la remise des médailles d'honneur du travail régionale, départementale ou communale.

31 médailles Échelon « Or » (35 ans de service) :

Catherine AMAND, Brigitte ARNAL, Catherine BEUZELIN, Nicole BOHIC, Hervé BOUILLIN, Yasmine BOURGEOIS, Christian CHEVAL, Patrick CISSEVILLE, Yves CORROYER, Chantal DELABORDE, Nadine DORMESNIL, René GALLAIS, Pierre GODARD, Sabine GODEFROY, Yves GROUT, Bernadette JOURDAINNE, Daniel LAGY, Laurent LE BRUN, Marilyn LEROY, Marylise LUCET, Pascal MEVEL, Gérard MOLEINS, Brigitte MONTARRY, Edith MORISSE, Maryse PERSOUYRE, Catherine PLIN, Gérard RAUX, Evelyne REAL, Marie-José ROSE, Sylvie ROUSSEL, Jocelyne VERDE.

18 médailles Échelon « Vermeil » (30 ans de service) et 33 médailles Échelon « Argent » (20 ans de service).



La qualité

• Entrée dans la démarche V2014

L'établissement a reçu, le 18 février 2013, le formulaire d'engagement de l'établissement dans la démarche de certification V2014. Ce formulaire est rempli par l'établissement et est retourné à la Haute Autorité de Santé (HAS). Il indique les caractéristiques de celui-ci en matière de nombre de lits et places, et de structures externes. Il précise également si l'établissement fait partie d'un Groupement de Coopération Sanitaire. Ces informations permettent à la HAS de définir le périmètre de la visite de certification.

La prochaine visite de certification de l'établissement aura lieu en décembre 2014. Le Centre Hospitalier du Rouvray doit donc envoyer ses auto-évaluations, et les documents qui les accompagnent, à la HAS fin juin 2014 au plus tard.

Pour ce faire, la DEI informera l'ensemble du personnel sur la démarche de certification V2014, ses spécificités, et les différents items sur lesquels des groupes d'auto-évaluation vont devoir se pencher. Ces groupes auront à réaliser les auto-évaluations, à évaluer les points forts et les points faibles de l'établissement sur chaque item, afin de le coter en A, B, C ou D, en fournissant les preuves pour étayer la cotation.

Le calendrier de la démarche et les modalités de constitution des groupes d'auto-évaluation seront précisés une fois que les groupes sur le projet d'établissement auront terminé leurs travaux.

• Enquête de satisfaction des patients



Afin d'avoir une meilleure lisibilité de la satisfaction des patients au CH du Rouvray, une enquête de satisfaction générale auprès des patients aura lieu **le 28 juin 2013** dans les unités de soins intra-hospitalières, auprès des patients hospitalisés ce jour-là.

L'enquête va permettre de connaître la satisfaction du patient, de manière générale et adaptée au type de prise en charge et de définir des actions d'amélioration en fonction des résultats du questionnaire et des possibilités



de l'établissement. Cette enquête fait partie de notre démarche d'amélioration de la qualité et des critères de l'accréditation HAS.

Réalisée grâce à la participation des étudiants en soins infirmiers, cette enquête se fera sur la base d'un entretien individuel. L'avis du patient sera recueilli sur différents thèmes: l'accueil, le respect des droits et de la dignité du patient, les soins et le confort hôtelier. Une information auprès des cadres (par mail), et des équipes et des patients (par affichage), aura lieu à partir de fin mai.

Des actions d'information sur les résultats de l'enquête seront organisées auprès des professionnels du Centre Hospitalier du Rouvray et des étudiants de l'IFSI.

• Bilan 2012 des Fiches d'Événement Indésirable



En début d'année, la Direction de l'Évaluation et de l'Informatique réalise un bilan des Fiches d'Événement Indésirable (FEI). Ce bilan permet de comparer d'une année sur l'autre, le nombre de FEI reçues, qui déclare, ce qui est déclaré, ...

En 2012, 564 FEI ont été déclarées, confirmant une relative stabilisation du nombre des FEI depuis 2009. Dans la très grande majorité des cas, ces déclarations sont réalisées par le personnel soignant (77,6 % pour IDE, AS et cadres santé), et en particulier le personnel infirmier qui a déclaré 48,2 % des FEI 2012. Elles concernent logiquement le personnel et les patients dans 86,7 % des déclarations. Les FEI signalent principalement des problèmes de violence physique (12,38 % des FEI), des blessures volontaires causées par un tiers (8 % des FEI) et des problèmes de linge (5,5 % des FEI).

Depuis le 8 avril 2013, les FEI sont informatisées. L'informatisation des FEI a pour objectifs de faciliter leur diffusion, de raccourcir les délais de traitement, de permettre un meilleur suivi des actions d'amélioration, et une meilleure réalisation de statistiques.

Martine LAMIDEY

Directrice

Hélène MARTEL

Responsable qualité

➤ Hommage au Docteur BEAUROY par le Dr Brigitte GOGUE

Notre collègue le Docteur Roland Beauroy est décédé le 22 janvier 2013 à l'âge de 77 ans.

Pédopsychiatre, psychanalyste, il a effectué une partie de son parcours professionnel au Centre Hospitalier du Rouvray.

Interne de juillet 1960 à mars 1963, puis Médecin Chef par intérim succédant au Docteur Dupont à partir du 1^{er} novembre 1971 pour ensuite devenir Chef de service du 2^e intersecteur de pédopsychiatrie du Rouvray jusqu'en mars 1985, date à laquelle il a rejoint l'intersecteur de Choisy le Roi rattaché à l'hôpital Saint-Maurice à Charenton, jusqu'à sa retraite en 2001.

Durant son parcours rouennais, il s'est toujours préoccupé des conditions d'hospitalisation à temps plein des enfants et adolescents au Pavillon Jean Itard.

Il fut novateur :

- avec le Docteur Votadoro pour mettre en place des activités de prévention auprès de la toute petite enfance (interventions de psychomotriciennes de l'inter secteur dans les PMI),

- avec le Docteur G. Boursier, pour la création à Rouen en 1983 d'un accueil psychologique pour adolescents : l'Accueil 83.

Il laisse le souvenir d'un Chef de service avisé, diplomate, humaniste, proche de ses équipes et restant longtemps après son départ attaché au devenir de son intersecteur.



L'hystérie à l'époque de Charcot

C'était une grande maladie, en France, sa notoriété accompagnait celle de l'imminent pathologiste Jean Martin Charcot (1825-1893). L'époque se passionnait pour l'hystérie et ce succès allait bien au-delà de la sphère des milieux médicaux. Cet engouement n'a pas totalement disparu et le film « Augustine » sorti en novembre 2012 dans les salles de cinéma français restitue les relations du Professeur Charcot avec une de ces malades hystériques.

L'hystérie de la fin du XIX^e siècle n'a rien à voir avec celle de notre début du XXI^e siècle. Maintenant moribonde, elle a presque disparu des manuels de psychiatrie ou des classifications des maladies. Elle survit éparpillée, morcelée, là comme un trouble de la personnalité, ici dans quelques manifestations psychiques déconcertantes (les troubles dissociatifs) ou dans quelques cas de troubles corporels inexplicables parfois concédés à l'hystérie mais avec de nombreuses maladies rivales, souvent plus jeunes et d'allure plus prometteuse, prêtes à prendre à leur compte ces troubles dits conversifs lorsqu'ils sont encore attribués à l'hystérie. Nombreux sont les nostalgiques qui tentent de réanimer la vieille hystérie mais leurs efforts risquent d'être vains.

Il faut se plonger dans les documents de la grande époque de l'hystérie (la fin du XIX^e s.) pour mesurer l'étrangeté de cette affaire. Un fait est saisissant, ce n'est pas uniquement le regard médical qui a changé mais, tout autant si ce n'est plus, ce qui se donne à voir : les manifestations cliniques présentées par les malades. L'étrangeté, ce n'est pas la modification de la nomenclature médicale qui nommerait aujourd'hui autrement ce que l'on désignait autrefois par hystérie, mais plus radicalement, c'est la disparition de toute une série de signes cliniques présentés par les malades de l'époque.

La médecine actuelle se dégage de cette étrangeté dérangeante par une pirouette habile : l'hystérie est une maladie aux manifestations changeantes, ses signes cliniques sont inconstants. Mais, si les signes cliniques ne signifient plus rien, comment diagnostique-t-on aujourd'hui l'hystérie ? Et bien deux cas de figure : soit on le fait de moins en moins et l'hystérie disparaît doucement, soit elle est repérée par d'autres signes beaucoup plus subtils et invisibles à l'œil du profane. Signes visibles seulement par celui qui possède un regard particulier, qui est de moins en moins celui du médecin mais plutôt celui du psychanalyste. Ainsi, ceux qui ne savent pas diagnostiquer l'hystérie seraient des médecins au regard clinique grossier. Le ton devient très vite polémique, les débats sont interminables mais dans les deux cas le résultat est le même : l'hystérie quitte le champ médical.

L'étrangeté de cette histoire c'est quand même bien celle de manifestations cliniques qui disparaissent. C'est dérangeant pour la médecine attachée à son savoir et sa clinique dont elle peut espérer un peu plus de permanence avec les époques. Dire que cette inconstance caractérise l'hystérie est peut-être une tentative de circonscrire le problème à un domaine limité. Avec cette affirmation, ce ne sont plus l'évolution et les changements de la clinique qui sont étranges mais c'est l'hystérie qui est une étrange maladie. Cela limite les dégâts causés par les temps qui changent.

Regardons d'un peu plus près l'hystérie du XIX^e siècle. Dans sa forme typique elle est nommée grande hystérie ou hystéro-épilepsie. Sa grandeur n'est pas liée à l'intensité de la maladie mais à son aspect typique et caractéristique. Les manifestations sont réparties en deux grandes catégories : les *symptômes permanents* et, surtout, la « grande attaque hystérique ».

Les *symptômes permanents* sont souvent plus discrets et leur recherche permet de faire le diagnostic entre les épisodes de crises. Ce sont surtout les *anesthésies cutanées*, les *paralysies hystériques*, les *contractures permanentes*, et la *chorée rythmique hystérique* (souvent écrit rythmique à l'époque). Ces manifestations ont chacune leur clinique, leur évolution et peuvent être indépendantes de la

grande attaque. Par exemple la contracture hystérique peut être une manifestation isolée, parfois très invalidante. Une contracture des pieds et des jambes pouvait condamner la malade à une difficile marche de ballerine faisant des pointes (photo 1). À l'époque, les vibrations du diapason, l'électricité faradique ou l'hypnotisme permettaient de provoquer des contractures hystériques (photo 2) et l'aimant pouvait déplacer la contracture (« le transfert de la contracture »). Le vocabulaire médical est imprégné de termes électro-magnétiques et l'hypnotisme est encore lié au magnétisme, il est une sorte d'aimantation du malade.

Les manifestations transitoires de la maladie sont les plus spectaculaires. Elles comprennent la grande attaque hystérique complète et quel-

ques variantes. Ce sont des attaques qui surviennent spontanément chez la malade (elles peuvent aussi être déclenchées par certaines manœuvres) et l'hypnotisme, qui est une attaque d'hystérie provoquée, comprend 3 stades, la *cataplexie*, la *léthargie* et le *somnambulisme*. L'hypnotisme est surtout provoqué par le médecin mais il peut parfois survenir spontanément dans l'évolution de l'hystérie. Toucher certaines zones du corps de la malade peut déclencher des attaques (zone hystérogènes) et ce sont des manœuvres physiques simples qui déclenchent les stades de l'hypnotisme (bruit, lumière, ouverture, fermeture des yeux, friction du vertex, etc.).

Les attaques surviennent souvent par séries allant de quelques unes à plusieurs dizaines et pouvant ainsi se succéder pendant plusieurs jours. L'attaque elle-même peut durer de quelques minutes à plusieurs dizaines de minutes et elle se décompose en 4 périodes successives : la *période épileptoïde*, la *période des contorsions* et des *grands mouvements*, la *période des attitudes passionnelles* pour se terminer par la *période de délire*.

Le comportement du malade pendant la *période épileptoïde* est proche de celui observé pendant l'attaque d'épilepsie mais le médecin sait les différencier. La *compression ovarienne* est une manœuvre importante à l'époque : elle arrête brutalement une attaque hystérique alors qu'elle est sans effet dans l'épilepsie.

Pendant la *période des grands mouvements*, la malade réalise différentes figures plus ou moins acrobatiques. C'est pendant cette période que s'observait le classique arc de cercle.

Durant la *période des attitudes passionnelles* la malade a des attitudes qui expriment des émotions fortes plus ou moins teintées d'érotisme. Les plus caractéristiques sont l'*extase*, la *menace*, l'*érotisme*, l'*appel*, la *supplication amoureuse*, le *crucifiement*. La malade est dans un état de rêve avec des hallucinations souvent en relation avec un événement de son existence. Une photographie de l'époque montre Augustine pendant une attaque hystérique et une attitude exprimant « l'appel » (photo 3)

L'attaque d'hystérie se termine avec la *période de délire*. La malade a repris en partie connaissance, mais elle reste un moment dans un état de délire accompagné d'émotions plutôt tristes. Le délire se rapporte aussi à un événement de l'existence passée. La description de l'hypnotisme, variété de l'attaque d'hystérie est encore plus étonnante pour notre époque. Par exemple la cataplexie était déclenchée par le bruit d'un très grand diapason ou un dispositif technique qui produisait une lumière intense.

Les moyens thérapeutiques sont tout autant étonnants. Il en subsiste aujourd'hui quelques traces archéologiques : l'hydrothérapie se poursuit avec les cures thermales, la métallothérapie s'est prolongée au XX^e s. avec les suppléments en fer puis en magnésium. L'hypnose conserve un lien imaginaire avec l'hystérie, etc.

Persiste le souvenir bien documenté de toutes ces malades, Rosalie, Madeleine, Léontine, Clémence, Blanche, Augustine, Geneviève, etc. avec leurs manifestations cliniques disparues aujourd'hui. Elles témoignent en faveur d'une médecine qui doit rester prudente et modeste avec son savoir.

Dr Serge DELEGUE
pour l'ASR



Photo 1

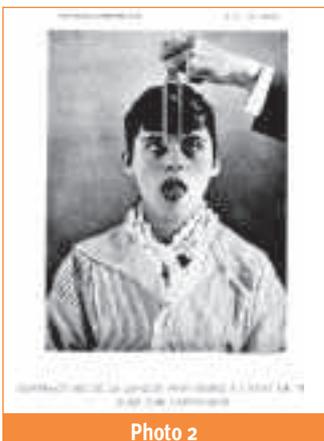


Photo 2



Photo 3

Photographies

Iconographie Photographique de la Salpêtrière. Service de M. Charcot, par Paul Regnard et Bourneville. Paris, 1875 (Tome 1), 1877 (Tome 2), 1878 (Tome 3).

Nouvelle iconographie de la Salpêtrière. Clinique des maladies du système nerveux. Sous la direction du Professeur Charcot (De l'institut), Paul Richer (chef du laboratoire), Gilles de La Tourette (chef de clinique) Albert Londe directeur du service de la photographie. Paris, 1888 (Tome 1) 1889 (Tome 2).

Le fou dans la société médiévale

« ... Le millénaire communément appelé Moyen-Âge est le plus souvent traité avec rapidité par l'histoire de la psychiatrie. L'impression domine d'une vaste période de conservatisme médical où se mêlent la répétition sclérosée de l'acquis antique, les apports de la science arabe et juive, sur fond de discours théologique bloquant toute évolution positive, assimilant folie et possession diabolique dans une condamnation sans appel...

La figure du fou et son destin social sont difficiles à entrevoir. Avant le XIII^e siècle les informations sont rares et nous ne savons que peu de choses sur ces rapports entre folie et société...

L'histoire de la folie et des fous au Moyen-Âge, reste encore à tirer de la nuit des temps. A grands traits cependant peuvent s'esquisser provisoirement les attitudes collectives envers la folie au bas Moyen-Âge.

Le fou en famille

Les personnes temporairement ou durablement affectées de troubles psychiques ne semblent pas être systématiquement l'objet de mesures de ségrégation. Parentèle, lignage et voisinage assurent la garde du fou, ainsi toléré sinon intégré à son environnement social familial. Preuve a contrario de ce rôle des solidarités de la parentèle, les villes et les bourgs s'empressent d'expulser les fous qui ne sont pas les leurs. Ces aliénés hors de leur cadre social habituel sont accompagnés, dûment escortés aux frais de la ville, vers leur pays d'origine et remis à leurs proches. La pratique normale serait donc de garder ses propres fous au village et à la maison.

Le fou n'en est pas pour autant choyé, ni même véritablement soigné, en particulier dans les milieux populaires à la vie matérielle souvent précaire.

Toléré, le fou est tenu à distance par le rire, la dérision et des comportements conjuratoires qui sont autant de mécanismes de défense, de mise à l'écart de la folie. La maladie mentale est certainement perçue de manière complexe et ambivalente. Perception qui varie en fonction même de la nature des troubles, ceux qui entraînent des comportements violents suscitant une répression très dure de la part de la société. Plus généralement dans le cadre d'une pensée qui unit le corps et l'âme dans une même psychosomatique, la maladie physique manifeste à tous la réalité du péché et de la faute, la vindicte divine ou les atteintes de Satan...

Représentations populaires de la maladie, explications et thérapeutiques naturelles du médecin, interprétations surnaturelles du prêtre cohabitent dans un même ensemble mental où une société s'efforce de penser la folie. Des attitudes communes nous savons peu de choses mais les proverbes antérieurs au XV^e siècle ne manifestent pas une bienveillance des gens sains pour l'aliéné : « De fol on doit se garder », « bonne journée fait qui de fol se délivre ». Toléré, le fou non violent, n'en est pas moins un exclu. De ce double mouvement d'intégration et d'exclusion témoigne amplement le droit coutumier anglo-normand en particulier, qui prévoit minutieusement les règles applicables en cas d'aliénation mentale. Il s'agit avant tout de protéger les intérêts matériels des proches.

Aliénation et folle prodigalité étant spontanément associées au Moyen-Âge, de nombreuses incapacités juridiques frappent le fou. Celui-ci ne peut imposer de ses biens, ses proches ou son tuteur en assurent la gestion ; il ne peut témoigner en justice, ni passer contrat. La parole donnée et la foi jurée ayant une grande valeur dans une société coutumière, ses promesses sont nulles et non avenues. En retour les parents du fou se doivent d'assurer sa subsistance et sa garde, pour autant que la conjoncture économique et leur statut social le leur permettent. L'incapacité de l'aliéné est déclarée par la justice, le plus souvent sur demande de ses parents et bien sûr des héritiers présomptifs inquiets du sort du patrimoine du lignage. Ces décisions juridiques n'étaient prises, en principe, qu'après une enquête soigneuse, procédure familière aux systèmes juridiques coutumiers. Les droits des uns et des autres étaient ainsi précisés et les juges conjuraient une éventuelle manœuvre frauduleuse de déshéritage.

La situation juridique de l'aliéné, au moins dès le XIV^e siècle, est bien organisée, postulant implicitement une délimitation précise de la folie et des comportements qui lui sont liés. Dans le discours du bas Moyen-Âge, l'aliénation mentale est avant tout un trouble du comportement social dont il convient de se prémunir.

Si l'assistance aux aliénés n'est pas vraiment du ressort des autorités publiques, les familles peuvent toutefois s'en remettre à elles dans le cas de « furieux ou de frénétiques ». L'incarcération d'un aliéné sur demande de ses proches était possible, au moins à Nuremberg à la fin du XV^e siècle où une veuve et sa famille demandent l'incarcération de son fils dans une tour de l'enceinte urbaine. Ce qui fut accordé aux frais de la famille, la privation de liberté étant seule du ressort des autorités. En 1488, une demande semblable eut lieu, au sujet d'un violent que sa famille ne pouvait plus tolérer. De ces quelques cas, livrés par des archives tardives, on ne peut toutefois déduire que cette incarcération aux motifs familiaux soit socialement répandue, a fortiori que se dessine une tendance à l'enfermement... »

Dans le prochain numéro, la suite avec :

La cage aux fous : ordre public et incarcération
Hôtels-Dieu et asiles : vers le renfermement ?

Extraits de « Nouvelle histoire de la psychiatrie »
Jacques Postel et Claude Quélet
Éditions Privat (1983)



Quadrimestriel - n°50 avril 2013

Revue d'information du Centre Hospitalier du Rouvray
4, rue Paul Eluard - BP 45 - 76301 Sotteville-lès-Rouen

Directrice de la publication : Véronique Hamon

Comité de rédaction :

Jackie Aubert, Nicole Bessière, Armelle Cuomo, Benoît Demas,
Hélène Martel, Martine Lamidey, Pascal Peneaut, Martine Reymond, Valérie Simon.

Photos : Comité de rédaction

Conception et réalisation : Italic'Communication
24, rue de Fauville - 27000 Évreux - Tél. 02 32 39 15 49
N° ISSN - 1269-147X