

INTERCOM

Journal interne du centre hospitalier George Sand

ÉDITO : *Plus de 120 ans d'histoire et de modernité*

De la colonie familiale de 1892 d'Auguste Marie à l'accueil familial thérapeutique du Centre Hospitalier George Sand d'aujourd'hui, que de chemin parcouru !

Cette longévité tient à la fois à la tradition d'accueil de la population locale fondée sur la tolérance et l'acceptation de la maladie psychique mais aussi que ce dispositif a su s'adapter à l'évolution des pratiques de soins, aux réformes et réglementations successives.

C'est ainsi qu'au fil des années, des milliers de patients atteints de troubles psychiques ont pu être accueillis en famille d'accueil et ainsi éviter l'institution à vie.

Si le champ de la psychose reste encore la plus accessible à ce mode d'assistance, les indications s'étendent de plus en plus aux patients du service d'hospitalisation aiguë du court séjour où les troubles sont plus ou moins stabilisés et dont un travail de poursuite de soins ou d'insertion est nécessaire.

Vous suivrez à travers ce numéro, le mode de prise en charge diversifié et personnalisé.

L'AFT (Accueil Familial Thérapeutique) est un service atypique de l'hôpital, dont l'intérêt n'est plus à démontrer.

Il est riche de son histoire, adapté aux besoins des patients et tourné vers l'avenir.

Marcella MICHEL
Psychiatre des Hôpitaux
chef de service de l'AFT



SOMMAIRE

DOSSIER :

- L'Accueil Familial
Thérapeutique (AFT)

VU DE L'INTÉRIEUR :

- Le Développement
Professionnel Continu
(DPC)
- La réforme des
hospitalisations , 4 ans
plus tard
- Interview de la Juge des
Libertés et de la Détention
- Portes ouvertes au CMP et
HJ de VIERZON

BRÈVES HOSPITALIÈRES

L'Accueil Familial Thérapeutique



Photo centrale 2^{ème} rang :

- FATTA-TAUZIA Maryse : Educatrice Technique Spécialisée
- DORMY Brigitte : I.D.E.
- GALAN Marie-José : I.S.P.
- Gimenez Annie : Aide-Soignante
- MOREL Céline : Assistante Médico-Administrative

Photo centrale 3^{ème} rang :

- MAGNIER Raphaëlle : I.D.E.
- SICOT Caroline : I.D.E.
- LEMAL Noémie : I.D.E.
- BERNARD-MERITET Laëtitia : Assistante Médico-Administrative
- PAULIN Réjane : I.D.E.

Photo centrale 4^{ème} et dernier rang :

- MOREAU Aurore : I.D.E.
- PRIEUR Sylvie : Aide-Soignante
- TAILLANDIER Christelle : I.D.E.

LISTE DU PERSONNEL DE L'AFT (photo)

En haut à gauche :

- BOURDEAU Olivier : I.S.P.
- BROGNIART Christophe : Aide-soignant
- MASCA Samuel : Assistant Social

En haut à droite :

- JOURNET Claire : Psychologue
- HENRY Claire : A.M.P.
- CHERTIER Marie-Christine : I.S.P.
- MARTINAT Marc : I.D.E.
- SADRIN Maryline : Aide-Soignante
- SAMSON Frédéric : I.D.E.
- BOUVIER Esther : Aide-Soignante

Photo centrale 1^{er} rang :

- Dr GARNIER Annie : Médecin Généraliste
- Dr MICHEL Marcella : Médecin Psychiatre
- Chef de Service A.F.T.
- VANMARQUE Dzeu : Cadre de Santé



Personnel du service de l' A.F.T. (site de Dun)

DES COLONIES FAMILIALES POUR MALADES MENTAUX À L'ACCUEIL FAMILIAL THÉRAPEUTIQUE DE DUN-SUR-AURON

L'idée d'éviter une hospitalisation par l'hébergement dans une famille d'accueil n'est pas récente. Elle s'est développée dans le prolongement des traditions locales d'accueil dont l'exemple le plus connu est celui de Geel en Belgique et plus localement, ce mode d'assistance existe depuis 120 ans à Dun-sur-Auron à l'initiative du Docteur Auguste MARIE dans le Cher et encore inconnu.

COMMENT ÉTAIT PERÇUE LA MALADIE MENTALE AU MOYEN-ÂGE ?

Au Moyen-Âge, la folie était considérée comme due à des forces surnaturelles, des maléfices du démon qu'il fallait combattre en partant en pèlerinage 9 jours pour invoquer des saints guérisseurs auxquels étaient attribuées des guérisons miraculeuses.



« La chasse aux démons »

Ces lieux sacrés étaient nombreux surtout en Belgique et en France :

- dans la Seine et Marne (spécialisé dans la chasse aux démons),
- en Normandie pour la guérison de la démence,
- dans la Meuse (pèlerinage que l'on faisait faire aux fous dangereux). On retrouve encore des vestiges de ces pèlerinages comme à Saint-Menoux dans le Bourbonnais, dans l'église, on retrouve la débredinoire (pierre percée où le malade introduisait sa tête en s'écriant « Saint-Menoux, débredinez-nous » (appelé ainsi car le fou était appelé le bredin ou berdin en patois local).



Le débredinoire dans l'église de Saint-Menoux

Ces pèlerinages connurent au fil du temps des fortunes diverses mais nul ne connut la fortune et l'extension de celui qui s'effectuait régulièrement à Geel, petite ville en Belgique.

LE MYTHE DE GEEL

La légende raconte que vers la fin du VII^{ème} siècle, Dymphne, la fille d'un roi irlandais, païen, devenu veuf, dû subir les assauts incestueux de son père. Pour fuir ce projet, elle partit accompagnée de son confesseur qui l'avait convertie au christianisme à Geel. Son père arrêta les fugitifs. Il mit à mort le vieux prêtre et décapita de sa propre main, sa fille le 31 mai de l'an 600. On raconte que des insensés présents à ce supplice, trouvèrent subitement la raison.

Ainsi, s'instituèrent les pèlerinages sur les tombeaux des martyrs canonisés et de plus en plus, les malades affluaient à Geel, venant de toutes parts, formant ainsi des colonies.

À partir du XIII^{ème} siècle, à Geel, la procédure d'accueil et de cure était bien rodée. Le malade était envoyé à l'église Saint-Dymphne pour s'y soumettre au rituel religieux. Il passait ensuite neuf jours dans un édifice voisin du sanctuaire, sous la surveillance d'un garde-malade laïque.

À l'issue de cette période d'isolement, le malade était rendu à sa famille. Si la guérison n'était pas immédiate, il était confié à une famille d'accueil locale pour un temps plus ou moins long.

Geel subit de nombreuses améliorations avec création d'une infirmerie et d'un hôpital psychiatrique pour le contrôle médical car finalement on se rendait bien compte au XIX^{ème} siècle que la prise en charge de ces malades était insuffisante.

C'est à partir de cette expérience pluricentenaire de Geel que l'idée du placement familial des malades mentaux pour adultes fut sérieusement discutée dans le courant du XIX^{ème} siècle en France, devant l'encombrement des hôpitaux psychiatriques parisiens. Bien avant Auguste MARIE, Esquirol puis Moreau de Tours réfléchissaient déjà sur ce mode d'assistance.

AUGUSTE MARIE

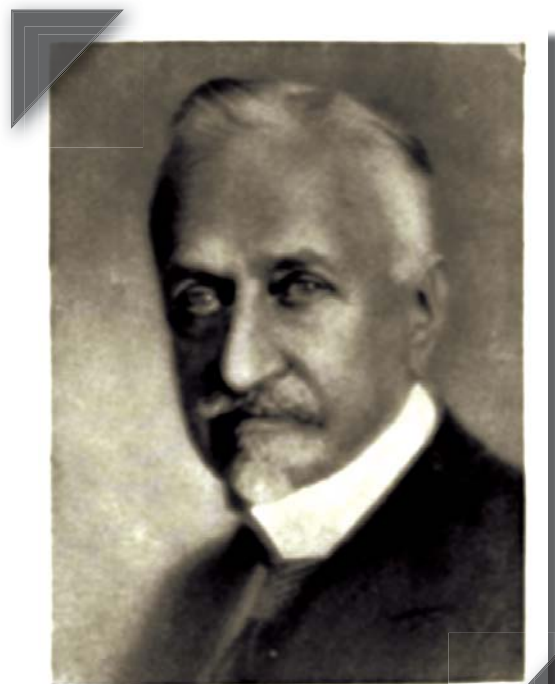
Le Docteur Auguste MARIE, psychiatre des asiles publics de la région parisienne (fin XIX^{ème} siècle) se propose alors de trouver des solutions au surpeuplement des hôpitaux, produisant aux Conseils Généraux de l'époque, des rapports positifs sur ce pays dont il a étudié le système.

Il recommande l'accueil des aliénés parisiens, chroniques, inoffensifs dans des familles de la campagne française pour trois raisons :

- **pour des raisons humanitaires** : il pense que ces malades pourraient trouver du travail et reste persuadé que l'on pouvait récupérer une partie des malades
- **pour des raisons médicales** : au XIX^{ème} siècle, le surpeuplement des asiles ne permet pas de soigner efficacement des malades curables
- **pour des raisons économiques** : le placement des malades dans les familles est un moyen plus économique que le traitement dans « un asile ».

Mais voilà, il fallait donc trouver un lieu, une région qui veuille bien accueillir ces « fous ». Il envoia des lettres circulaires dans 52 départements de France. Seul le Cher donne une réponse favorable et en particulier la ville de Dun-sur-Auron, gros bourg rural de 4000 habitants, calme, sans industrie, situé à 25 km du Sud-Est de Bourges et à 250 km de Paris.

En effet, à cette période là, la ville est profondément touchée par la crise économique : les forges, les mines de fer ferment, les bûcherons sont au chômage et le phylloxera ruine les vignobles. L'exode guette, les autorités locales font donc bon accueil à cette initiative, espérant des retombées économiques. C'est dans ce contexte de crise économique industrielle et agricole que Dun-sur-Auron accepte de recevoir des malades mentaux à domicile. Auguste MARIE cherche alors de « bons nourriciers » capables d'inspirer confiance et en parcourant le département, leur explique combien ils percevront comme prix de journée, comment traiter ceux qu'il appelle « les petits mentaux ». Auguste MARIE est chargé officiellement des fonctions de Médecin Chef Directeur pour fonder les colonies familiales du département de la Seine à Dun-sur-Auron (en 1892) et à Ainay-le-Château dans l'Allier (en 1895).



D'Auguste-Marie, Psychiatre des asiles publics

Ainsi, le 17 décembre 1892, la colonie familiale française a ouvert ses portes à Dun-sur-Auron dans l'ancien relais de diligence après un an de préparatifs.



Service de l'AFT, 1920

LES PREMIERS TRANSFERTS DE PARIS :

Les premiers transferts de Paris à Dun eurent lieu avec 24 malades de plus de 50 ans, des femmes (pour éviter toute grossesse possible) calmées, « affaiblies » intellectuellement. Leur nombre augmenta progressivement à 100 puis 400 à la demande de la population.

LE CHOIX DES MALADES :

Le choix des premiers malades à transférer à Dun-sur-Auron ne devait comprendre « que des vieillards séquestrés » dont l'état de démence incurable mais tranquille et l'affaiblissement des facultés ne justifiaient pas le maintien dans un « asile ».

Dun-sur-Auron n'acceptait cependant pas tous les vieillards. Des personnes âgées oui mais valides, sociables, « non délirantes et tranquilles » et susceptibles de rendre quelques petits services aux habitants. Etaient exclus du placement familial, tous ceux dont les troubles du comportement empêchent toute vie sociale c'est à dire : les alcooliques, les délirants paranoïaques susceptibles de passer à l'acte, les incendiaires, les toxicomanes, les suicidaires. Ainay-le-Château dans l'Allier, département voisin du Cher, annexe de Dun, accueillit à son tour ses premiers patients hommes en 1895 pour devenir autonome en 1900, accueillant ainsi des hommes et des femmes comme à Dun-sur-Auron.

À une certaine époque, Dun-sur-Auron a pu accueillir jusqu'à 1200 patients parisiens. La famille appelée nourricière par analogie au placement familial pour enfant, pouvait accueillir jusqu'à 4 patients (voire 6).

ÉVOLUTION DU STATUT JURIDIQUE DE L'ÉTABLISSEMENT

La Colonie Familiale ainsi dénommée depuis sa création appartenait au départ au département de la Seine et recevait des patients de la région parisienne. Elle devient Centre Psychothérapeutique le 1er janvier 1973 puis Centre Hospitalier Spécialisé le 23 février 1976, recevant des patients des hôpitaux parisiens mais aussi du secteur de Dun-sur-Auron.

La loi de décentralisation (1982) affecte la tutelle de l'établissement au Préfet du Cher, sans que ne change le statut juridique du C.H.S. qui restera interdépartemental (Paris, Hauts de Seine, Seine Saint-Denis, Val de Marne). Avant qu'il soit sous la tutelle de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (A.R.H.) devenue plus tard Agence Régionale de Santé (A.R.S.).

La loi de juillet 1989 et le décret de juin 1990 puis l'arrêté d'octobre 1990 fournissent les outils juridiques et un cadre légal à l'Accueil Familial Thérapeutique avec l'établissement d'un règlement intérieur, d'un contrat d'accueil et de normes de conditions d'hébergement et d'accueil des malades par les familles limitant à deux le nombre de personnes accueillies.

Les trois C.H.S. du Département du Cher : Dun, Bourges et Chezal-Benoit ont fusionné en 2003 pour former C.H. George Sand.

L'ACCUEIL FAMILIAL THERAPEUTIQUE AUJOURD'HUI

Aujourd'hui, l'Accueil Familial Thérapeutique est un service hospitalier de l'hôpital qui fonctionne en hospitalisation complète chez l'habitant comme une hospitalisation à domicile.

C'est un service qui permet de poursuivre les soins d'un patient stabilisé mais encore trop « fragile » pour intégrer son domicile ou qui est dans l'impossibilité de vivre seul en autonomie.

LA POPULATION ACCUEILLIE

Aujourd'hui, 250 patients sont encore accueillis dans 150 familles d'accueil sur Dun-sur-Auron et ses alentours. Nous n'avons plus aucun lit d'hospitalisation pour accueillir les patients en observation. C'est pourquoi les critères diagnostiques d'admission retenus sont des critères essentiellement comportementaux. Le champ de la psychose stabilisée reste la plus accessible à cette modalité thérapeutique pour être placée directement en famille d'accueil.

PRÉSENTATION DU SERVICE DE L'ACCUEIL FAMILIAL THÉRAPEUTIQUE

L'AFT fait partie du Pôle Intra Hospitalier.

Ce service permet à tout patient de bénéficier des actions thérapeutiques de ce service et du savoir-faire des familles d'accueil, partenaires de la prise en charge.

LES OBJECTIFS SONT :

1. **Préparer à la resocialisation et à la réinsertion** du patient à domicile ou au sein d'une structure sociale appropriée : appartement, ESAT, Foyer.

2. **Constituer une alternative à l'hospitalisation intramuros** au bénéfice des patients aux pathologies stabilisées ou chroniques qui, sans cette possibilité, seraient maintenus en court séjour ou en UPLC.

PLUSIEURS CENTRES D'ACTIVITES

Le Relais Margot et les antennes offrent aux patients des possibilités de suivi individuel ou en groupe d'expression à partir de divers médiateurs.

Le Relais Margot :

À la fois centre d'activités thérapeutiques et antenne, les personnes soignées sont reçues, sur prescriptions médicales, du lundi au vendredi. Ces activités sont animées par l'équipe infirmière et pour certaines, en co-animation avec la psychologue, des aides-soignants et aides-médico-psychologiques.

Les Antennes :

Elles accueillent les patients sur Dun, Ourouer les Bourdelins, Chalivoy et Levet.

Les activités sont animées par l'équipe aide-soignante et aide-médico-psychologique en lien avec l'équipe infirmière.

Organisation et participation à journées à thème.

Les activités thérapeutiques se déroulent sur les différentes antennes de Dun, Levet, Chalivoy, les Bourdelins et Bussy.

Les personnes hospitalisées ainsi que les familles d'accueil ont participé à la préparation et au déroulement du spectacle de la fête de Noël.

ACTIONS THERAPEUTIQUES

À ce jour, l'effectif se compose de 15 infirmiers (13.7 ETP), 8 aides soignants (7.8 ETP) et 3 aides médico-psychologiques (2.8 ETP).

L'équipe compte également un cadre de santé, une secrétaire, 2 praticiens hospitaliers ainsi que toutes les familles d'accueil bien-sûr.

L'équipe infirmière assure par roulement une permanence de 8 heures à 20 heures et une astreinte à domicile la nuit, les week-end et jours fériés pour assurer la continuité des soins.

Les accompagnements des patients sont assurés par l'équipe d'aide-soignantes, Nursing, suivi des trousseaux, changement de familles d'accueil (modification du projet de soins, congés de familles d'accueil ou maladie de celles-ci), consultations extérieures, visites aux patients hospitalisés hors AFT).

LES EVENEMENTS IMPORTANTS :

- Journée multisports en juin permettant la rencontre des personnes soignées hospitalisées dans différents établissements de la région autour d'activités sportives.
- Manifestations lors de la fête de la musique, lors de la fête de Noël.
- Exposition permanente, expression artistique au sein de l'AFT ; œuvres des personnes hospitalisées. Cette exposition est à l'initiative de l'équipe soignante.
- Mise en place de la robotisation de la préparation des traitements.
- Mise en place du dossier de soins informatisé.
- Une équipe de journalistes a rencontré l'équipe de la pharmacie, une famille d'accueil, une infirmière, le 13 février 2014 sur le site de Dun afin de tourner un reportage sur la robotisation.
- Visite de l'ARS le 5 mars 2014 concernant le « patient traceur ».
- Travail en collaboration avec le service soins de suite et réadaptation CH J. CCEUR
- Présentation de notre service au Dr FLACHAIRE SSR Gériatrique St Amand Montrond.
- Visite de Madame la Préfète, le 8/10/2014.
- Colloque sur l'AFT : Intervention du Dr Michel, Blois le 6 /02/2015.



LE RECRUTEMENT DES FAMILLES :

Pour une famille qui désire accueillir des patients, une première visite a lieu par le médecin et le cadre pour évaluer la faisabilité du projet.

Puis vient l'entretien avec le psychiatre et les cadres, la psychologue et l'assistante sociale afin d'apprécier les qualités humaines, relationnelles et d'évaluer les capacités de compréhension et d'écoute du futur accueillant.

Les familles d'accueil recrutées reçoivent par la suite un certain nombre de directives et de recommandations personnalisées en fonction de la pathologie du patient accueilli.

Elles participent à la mise en œuvre du projet thérapeutique.

Elles bénéficient de formations sur le rôle de l'accueillant en A.F.T., sur quelques éléments de la psychopathologie, de géro-psycho-geriatrie, de la pharmacopée, de l'équilibre alimentaire et sur le diabète.

Elles sont devenues salariées de l'hôpital depuis 1992, les familles d'accueil perçoivent un salaire de 1224 € net par mois pour un patient et 2449 € pour deux patients, auquel s'ajoute une indemnité de 466 € pour l'unité d'accueil qui se compose de deux chambres individuelles, un lieu de vie, une salle de bains et un W.C.

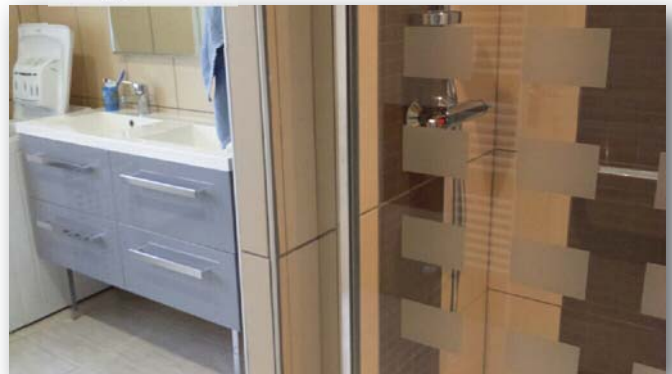
Les locaux mis à disposition pour chaque patient font l'objet d'une réglementation stricte (cubage, hygiène) et doivent se situer à proximité de l'habitant. Ces locaux sont agréés par le Directeur Adjoint de l'hôpital et les cadres de santé.

LES ACTIVITES THERAPEUTIQUES :

Les activités thérapeutiques (au nombre de 33) proposées sont les mêmes que celles observées dans d'autres services d'unités de soins de type Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel (C.A.T.T.P.).

Elles ont pour but de maintenir des acquis, permettre la créativité, de valoriser la personne et garder une certaine autonomie.

- Ce sont des activités manuelles de groupes ou individuelles pratiquées sur prescription médicale, dans des « antennes » hors hôpital comme la poterie, jeux de société, mosaïque, travaux d'aiguille, création de perles, de modelage, lecture, peinture.



- Ou les activités de la sphère corporelle, regroupées en activités physiques et sportives, pratiquées avec des soignants, en club ou en antenne : football, judo sport adapté, escrime sport adapté, jeux de balles, piscine, VTT, tennis de table, marche et gymnastique.

CONCLUSION :

De la colonie familiale à l'Accueil Familial Thérapeutique, ce mode d'assistance reste un outil indispensable à la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques où l'accent est mis sur le bien être général, plutôt que sur la maladie ou le symptôme.

Accueillir un patient en famille d'accueil reste bel et bien une possibilité de traitement parmi d'autres et qui est bien intégré dans la prise en charge globale du patient atteint de troubles mentaux.

BIBLIOGRAPHIE

- F. CUVELIER : La famille nourricière de GEEL comme micro-communauté thérapeutique - L'information psychiatrique - 1976.
- J.M. GENTIZON : La colonie familiale de Dun-sur-Auron en 1976 - L'information psychiatrique - 1976, 52, 8, 973-978.
- Intercom : Journal interne du C.H. George Sand - 120 ans d'histoire et de modernité N°27 - Juin 2009.
- J. LIOTARD : La psychiatrie hors les murs - Journal international de Médecine - Mars 1990 - IIM/151, 47-52.
- M. MICHEL / B. FIEVET : Le placement familial psychiatrique à Dun-sur-Auron (Cher), une alternative à l'hospitalisation Revue de Médecine de Tours (T27, N°6)- 1993.
- M. MICHEL : Le placement familial pour adultes, une expérience centenaire à Dun-sur-Auron - 1991.
- J. VIE : Le placement familial - Annales médico-psychologiques - 1940, 2, 4.
- D. WEIL : Le placement familial pour personnes âgées, une formule à développer. - Psychiatrie française - 1987, 3,418-419.

Docteur Marcella MICHEL
Médecin Psychiatre
Chef de service de l'AFT



LE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

Depuis le 1er janvier 2013, un nouveau dispositif participe à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins :

le Développement Professionnel Continu (DPC)

Il associe l'Analyse des Pratiques Professionnelles (APP) et l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances et de compétences (comme lors d'une action de formation).

PRINCIPE :

Le DPC est une obligation annuelle et individuelle qui concerne les professionnels de santé. Pour y répondre, ils doivent, dans le cadre d'une démarche collective et permanente, participer à un programme de DPC.

POUR QUI ?

Les programmes de DPC sont ouverts à tous mais le DPC a valeur d'obligation pour les professionnels suivants :

- Filière médicale :** médecins, pharmaciens ;
- Filière infirmière :** infirmiers, aides-soignants ;
- Filière médico-technique :** préparateurs en pharmacie hospitalière ;
- Filière rééducation :** masseur kinésithérapeute ; ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, diététicien.

QU'EST-CE QU'UN PROGRAMME DE DPC ?

Un programme DPC répond à trois critères :

- **Être conforme à une orientation nationale** définie par le Ministère de la Santé ou régionale définie dans ce cas par l'Agence Régionale de Santé (ARS)
- **Comporter des méthodes et des modalités** validées par la Haute Autorité de Santé (HAS)
- **Être mis en œuvre par un organisme** enregistré en tant qu'Organisme de Développement Professionnel Continu (OGDPC) et évalué favorablement pour le public concerné.

QUEL EST LE RÔLE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ?

Tous les établissements de santé, publics et privés, participent à la mise en œuvre opérationnelle du DPC.

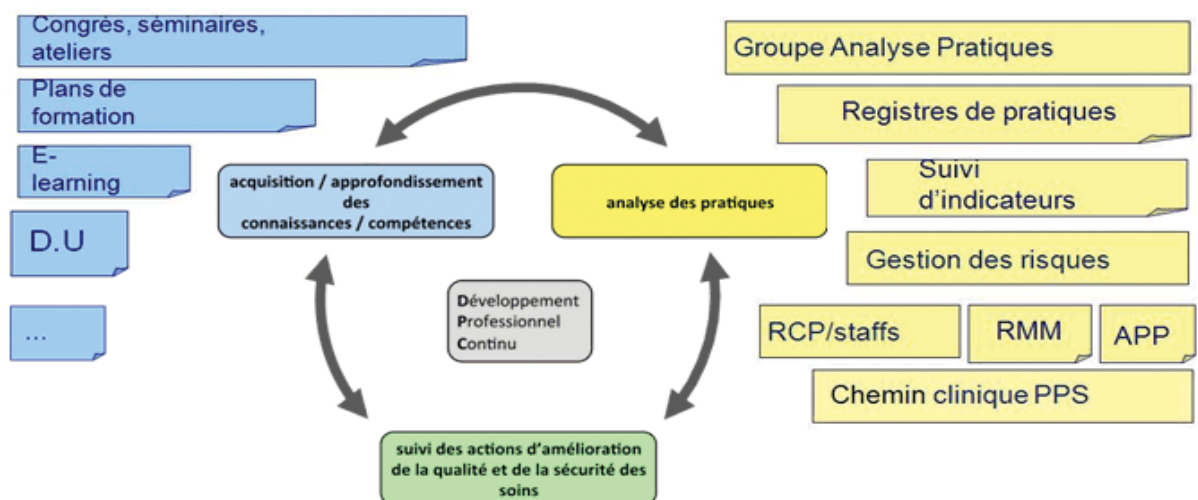
Leurs principales missions :

- **Elaborer chaque année leur(s) plan(s)** de développement professionnel continu. Il peut être commun aux professionnels de santé médicaux et paramédicaux ou comporter des plans distincts articulés entre eux.
- **S'assurer du respect de l'obligation annuelle** de DPC pour les professionnels paramédicaux qu'ils emploient (pour les médicaux, le suivi de l'obligation est confié au Conseil de l'ordre).
- **Contribuer au financement** du DPC de leurs personnels.
- **Réaliser eux-mêmes des programmes** de DPC en se faisant enregistrer comme organisme de DPC.



EN PRATIQUE

Une combinaison d'Activités **cognitives** et d'**Analyse des pratiques**



LES TEXTES JURIDIQUES :

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (article 59)

DECRET n° 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux

Christine BRIÈRE,
Adjoint des Cadres
Formation Continue (Dun) affectée
depuis le 22/06 aux Affaires Médicales



La réforme des hospitalisations sans consentement, 4 ans plus tard...

Pour rappel, les modalités d'hospitalisations sans consentement ont été modifiées par la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, texte complété par la loi n°2013-869 du 27 septembre 2013.

Le journal Intercom avait publié un dossier complet sur cette réforme en janvier 2012) et ses impacts sur les droits des patients ainsi que dans le quotidien des professionnels. Qu'en est-il 4 ans après la publication du premier texte de loi ?

Quels grands changements peut-on retenir du texte de loi du 5 juillet 2011 ?

- Une modification dans la terminologie des hospitalisations psychiatriques sans consentement.
☞ On parlait d'hospitalisation d'office, et à la demande d'un tiers. Désormais, on utilise les termes Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (SPDT), Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers en Urgence (SPDTU), Soins Psychiatriques en Péril Imminent (SPPI) et Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat (SPDRE).
- L'instauration d'un contrôle systématique et réglementé du Juge des Libertés et de la Détention (JLD).
- Un renforcement des droits des patients
- Un accès aux formes alternatives à l'hospitalisation complète.

Quelles modifications, en lien avec le Juge des Libertés et de la Détention ont été apportées par la loi du 27 septembre 2013 :

- Le certificat de huitaine a été supprimé.
- L'avis conjoint de deux psychiatres pour la saisine du JLD a été supprimé, il est remplacé par un avis motivé d'un seul psychiatre.
- Depuis 1er septembre 2014, le délai donné au JLD pour statuer sur les mesures sous la forme d'hospitalisation complète est passé de 15 à 12 jours et le délai de saisine du JLD par le Préfet ou le Directeur est désormais de 8 jours.
- Le délai de saisine du JLD pour l'examen systématique à 6 mois des mesures sous la forme d'hospitalisation complète a été porté de 8 à 15 jours.
- L'audience se tient désormais dans l'établissement de santé, dans une salle dédiée, et non plus au Tribunal de Grande Instance. La possibilité de recours à la visio-conférence est supprimée.

- La présence d'un avocat est obligatoire depuis le 1^{er} septembre 2014 (il est, si besoin, désigné d'office).
- Les débats sont par principe publics mais peuvent avoir lieu en chambre du conseil, de droit lorsque la personne faisant l'objet de soins psychiatriques ou son représentant le demande ou si le juge le décide.

La réforme appliquée au CH George Sand :

Depuis le mois de novembre 2014, les audiences obligatoires du JLD ont lieu dans une salle d'audience aménagée spécifiquement au sein du bâtiment les TAMARIS sur le site de Bourges. Elles se tiennent tous les lundis depuis le 31 août 2015. Les personnes hospitalisées n'ont plus à se déplacer au Tribunal de Grande Instance.

En plus de la salle d'audience (qu'il est possible de séparer en deux parties en cas de délibération), les avocats disposent également d'un bureau qui leur est réservé.



Ci-dessus : SALLE CABINET D AVOCAT / SALLE D' AUDIENCE

Quelques chiffres :

- **Les hospitalisations sans consentement au centre hospitalier George Sand en 2014 :**
 - Soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) : 144
 - Soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence (SPDTU) : 23.
 - Soins psychiatriques en péril imminent (SPPI) : 65
 - Soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'Etat (SPDRE) : 41.
- **Nombre d'audiences obligatoires pour les personnes hospitalisées au sein de notre établissement en 2014 : 173.**

Jean-François BILLAULT
Attaché d'Administration Hospitalière
Carole JORY
Chargée de Communication



Intercom est allé à la rencontre de Madame la Juge des Libertés et de la Détention qui occupe le poste de vice-présidente au Tribunal de Grande Instance de BOURGES.



Annabelle BRASSAT-LAPEYRIÈRE, Juge des Libertés et de la Détention ;
et Patricia LALLEMAND, Greffière.

« J'ai bon espoir de tisser des liens moins formels avec les professionnels de santé pour pouvoir échanger sur nos pratiques professionnelles et nous nourrir de nos expériences. »

I. Depuis combien de temps exercez-vous les fonctions de Juge des Libertés et de la Détention (JLD) ?

ABL : Je suis arrivée au Tribunal de Grande Instance de BOURGES comme vice-président à l'automne 2012, et, en cette qualité, le service des hospitalisations sous contrainte m'a été confié en remplacement de Mme BARUCCO.

Je tiens à préciser que les fonctions de JLD regroupent d'autres tâches, sa mission, étant comme son nom l'indique, de **veiller aux garanties des libertés individuelles ; c'est ainsi qu'il intervient lors d'un placement en détention mais aussi pour autoriser certaines mesures comme des perquisitions en dehors des heures légales, la prolongation exceptionnelle de certaines garde-à-vue ou bien encore le maintien des étrangers en situation irrégulière en zone d'attente.** À BOURGES, tous les vice-présidents, au gré des permanences, exercent ces fonctions mais avec Ollivier JOULIN, le président, et Richard PERINETTI, vice-président, nous sommes les seuls à assurer le contrôle des hospitalisations sous contrainte, avec l'assistance de Mme LALLEMAND, notre précieuse greffière.

I. Avez-vous suivi une formation spécifique pour ce poste ?

ABL : Cette fonction fait en effet partie des modules proposés par l'Ecole Nationale de la Magistrature dans le cadre de la formation continue ; j'ai ainsi eu l'occasion de suivre plusieurs stages sur les différents aspects de la fonction mais aussi plus particulièrement sur les soins psychiatriques sans consentement, notamment dans la perspective de la réforme ; la dernière session a particulièrement été riche d'enseignements pour avoir été ouverte à tous les intervenants : magistrats, avocats, mais aussi médecins, personnels soignants sans oublier les représentants des familles et des malades eux-mêmes....

I. Le fait qu'il y ait désormais une salle d'audience au sein du CH a-t-il selon vous facilité l'application de la loi ?

ABL : En dépit des contraintes que cela génère, il me semble naturel que le juge, avec le greffier, se déplace vers les patients et non l'inverse, tout simplement car nos locaux ne sont pas conçus pour les recevoir. En ce sens l'application de la loi ne peut que s'en trouver facilitée.

J'ai également bon espoir de tisser des liens moins formels avec les professionnels de santé pour pouvoir échanger sur nos pratiques professionnelles et nous nourrir de nos expériences. Nous avons déjà commencé avec M. SERVIER, le directeur, Mme BENSIZERARA, cadre supérieur de santé, ou M. BILLAULT Attaché au service des admissions, pour la mise en œuvre de la réforme : je les remercie de leur accueil.

I. Quels étaient selon vous les principaux objectifs de cette réforme ?

ABL : La loi du 5 juillet 2011 a posé le principe d'un contrôle systématique du juge des hospitalisations sous contrainte. Il convenait, après deux ans et demi d'application, de procéder à des adaptations tant en ce qui concerne les droits des patients, que l'intervention du JLD ou bien encore la tenue de l'audience.

I. Pensez-vous qu'ils aient été atteints ?

ABL : C'est encore un peu tôt pour le dire, la réforme ne date que du 27 septembre 2013 et ses dispositions sont progressivement entrées en vigueur tout au long de l'année 2014 ! Néanmoins, on tend vers une clarification et une rationalisation des procédures, les professionnels se rapprochent, les patients sont entendus, assistés ou représentés, n'est-ce pas là l'esprit de la loi ?

Propos recueillis par Carole JORY
Chargée de Communication



PORTES OUVERTES au CMP et HJ de VIERZON

À l'occasion d'un travail collectif, les deux ateliers d'art et thérapie en art plastique de Vierzon présentent leurs productions.

Deux thèmes ont été proposés en septembre 2014 :

- 1- Une réflexion sur notre environnement et notre avenir.
- 2- Une réflexion sur une abstraction géométrique en volume.

A été mis en oeuvre :

- Une installation intitulée : « DEMAIN »
- Une sculpture murale : « PORTE OUVERTE »

Les titres ont été proposés par les patients en fin de projet.

En préambule, voici ce que découvrent les personnes en arrivant aux ateliers d'art et thérapie.

Les contenus sont basés sur le développement d'une ouverture personnelle où est privilégié le principe de l'interrogation à partir de deux espaces.

A Le médium et ses concepts :

En art plastique :

la surface et ses limites,
le fond / la forme,
le plein / le vide,
l'accident / la déchirure,
le volume / l'espace,
le mouvement / le rythme,
la transparence / l'opacité,
le corps / le souffle...

B Le participant :

Son histoire,
son imaginaire,
sa sensibilité.



« Porte ouverte »

**Intime et création ou pas de thèmes,
pas de buts, pas d'objectifs.**

Les propos exposés sont en général d'ordre intime et particulier. À travers les processus de création apparaissent des émergences plastiques personnelles.

Pour l'intervenant, c'est le moment de la réserve, de laisser la place et d'accueillir les productions.

Il s'agit alors de percevoir avec le patient cette émergence dépendante de sa personnalité, de son histoire et pouvoir ainsi l'accompagner d'une forme plastique naissante dont il est l'auteur vers une forme plastique plus élaborée.

Il n'y a généralement pas d'exposition des travaux.

....

À propos de la présentation des productions collectives.

Dans ces deux ateliers, très vivants et joyeux, l'implication des patients est très importante.

Grâce à cette prédisposition et à leurs travaux personnels plutôt bien élaborés, des pistes de travail collectif ont pu être avancées.

Cette nouvelle approche sort de la démarche habituelle de l'art et thérapie généralement tournée vers l'intime et l'intériorité. Elle a ouvert à de nouvelles formes d'échanges avec pour médiateurs, eux inchangés : l'imaginaire et la création.

L'aboutissement était :

- De créer ensemble deux projets artistiques sans avoir d'idées sur le résultat final.
- De se laisser porter par les processus de création au gré de l'aventure.
- De pouvoir mettre en commun et unifier les expériences de création individuelle vécues au sein de l'atelier tout au long de l'année.
- De soumettre, rejeter ou réunir les idées dans une création commune.

Cette création commune a engagé les participants à réfléchir et à se positionner face à chacun et au groupe (ce qui n'est pas toujours facile pour quiconque). C'est l'échange, la recherche et la pratique qui ont permis de structurer les idées et enfin les deux réalisations.

Dans ces expériences partagées de cette mise en commun, l'intime moins sollicité est donc plus propice à une présentation.

De plus, un élan dynamique s'est révélé jusqu'à l'extérieur de l'hôpital. Chacun, chacune s'est mobilisé individuellement et de sa propre initiative pour collecter et même acheter des pièces nécessaires à la réalisation des projets.

Cette recherche a dépassé le contexte géographique de l'atelier et de Vierzon.

Tous mes remerciements à la socio-thérapie et le personnel du restaurant de Chezal-Benoît qui ont participé aux projets en nous récoltant divers objets plastiques à recycler, ainsi qu'à Mme Jeanne-Marie Legoffe, responsable de la lingerie de Bourges pour sa mobilisation et son aide en nous récupérant des textiles afin d'améliorer la présentation.

Remerciements particuliers à toute l'équipe de Vierzon ainsi qu'aux services financiers qui ont soutenu les deux projets. Sans leur appui, ces deux installations n'auraient pas pu voir le jour.

Anne Mérit
Artiste
Intervenante



« Demain »



LA DÉMARCHE

Attrance et rejet, consommation et sécrétion, fils ténus et tenus entre gabegie et dilemme.

Les déchets sont détournés en colonnes architecturales colorées. Sublimés, ils deviennent source de création.

Tandis que les animaux polaires accueillent les visiteurs, au loin la ville fluorescente absorbe les énergies et ses rejets désormais se mêlent à l'Histoire contemporaine.

S.A. A.M. C.S. S.T.



Points de vue et impressions des participants

S.T. (F) 39 ans

« J'ai apprécié l'aspect ludique du travail en commun et le thème du projet qui fait appel à l'imagination. J'ai bien aimé pouvoir explorer le domaine de la construction plastique. J'ai trouvé, tout naturellement, de faire appel au « ready made » (mouvement artistique) et aux petits objets de décoration qui apportaient une richesse en plus au projet « Demain ». J'aime le côté esthétique et l'aspect brillant des sujets de décoration. Tout ça joue pour faire une sorte d'artefact. »

S.A. (F) 61 ans

« J'ai bien aimé l'aspect groupe où chacun apportait des éléments de construction, chacun avait son utilité. Il y avait des individualités qui se sont regroupées pour le travail final. On a travaillé sur des intentions, on ne savait pas d'avance à quoi ressemblerait le travail. C'est comme une grossesse. Il y a plusieurs idées en gestation ensuite il se produit comme un accouchement avec la surprise du travail fini. »

C.S. (H) 47 ans

« J'ai bien aimé faire travailler mon imagination tout en demandant l'avis de Anne. »

De travailler avec des objets tout prêts qu'il est intéressant de voir sortir de leur contexte en leur donnant un autre sens : artistique.

Il s'est produit des choses inattendues selon l'éclairage, les formes changent, on voit apparaître et disparaître les événements.

En comparant nos travaux respectifs on aperçoit des différences et des liens et pourtant le travail réalisé est homogène.

Des bâtiments ont surgi.



Colloque

Le réseau ASPED (Accueil et Soins Pour l'Enfance en Danger), présidé par le Pr Jean-Claude ROLLAND, professeur émérite de pédiatrie au CHU de Tours, organise deux fois par an des rencontres qui tournent dans les différents hôpitaux de la région, le matin étant consacré à des communications et l'après-midi à des présentations de cas. Le 21 avril dernier, le CH Jacques Cœur accueillait les participants. Le Dr Vaillant a présenté le matin une communication sur le dépistage des maltraitances, et l'après midi Danie Rozier-West, Alain Vernet et le Dr Aubert ont présenté une observation d'un cas exemplaire de syndrome de Munchausen par procuration psychique, ayant mis en échec tous les acteurs, multiples et variés, ce qui ne peut qu'inviter, dans ces situations, à « penser le complexe » selon la formule d'Edgar Morin.



Départs en retraite



Deux Cadres de Santé ont récemment fait valoir leurs droits à la retraite :

- Mme Elisabeth Teurlay, Cadre Hygiéniste a quitté l'établissement le 31 mars 2015.
- et Mme Martine Pillet, Cadre à l'AFT a quant à elle quitté l'établissement le 13 mai 2015.



Forum sur la Robotisation au CH J. Coeur Bourges

Le jeudi 16 avril, à l'occasion du forum infirmier du CH J Coeur, une équipe de la pharmacie et une infirmière du Court Séjour ont présenté la mise en place de l'automatisation de la préparation des médicaments au CH G Sand.



Concours organisé par le RAGC 18 (Réseau des Animateurs en Gérontologie du Cher) sur le thème « Gaspillage Alimentaire »



Cette oeuvre a été réalisée par des résidents du Pôle Personnes Âgées dans le cadre d'un concours organisé par le Réseau des Animateurs en Gérontologie du Cher ayant pour thème « Le Gaspillage Alimentaire » et s'inscrivant dans une démarche Européenne.

Nombre de résidents ont connu la guerre et les restrictions alimentaires !

Un travail de mémoire et de recherche a donc pu être mené à la grande satisfaction d'un groupe de résidents volontaires. L'exposition des 17 oeuvres a été visible sur les 3 sites du Pôle Personnes Âgées.

Fête de la MAS (Dun-sur-Auron)

Le 8 juillet 2015, la MAS « Arc-en-Ciel » a organisé sa fête d'été. Les résidents, les familles et les personnels ont profité d'une animation musicale et d'un goûter.



« Autres rives » CMP / HJ Sancerre

Le 26 Mai 2015 a eu lieu le vernissage de l'exposition peinture de l'atelier «Autres rives» animé par JF Jeannet, dans le hall de l' USLD - EHPAD les Amandiers. Lors de cette rencontre, les patients du CMP/HJ Louise Michel ont eu l'occasion de présenter leurs travaux à un public venu nombreux. Merci aux personnes présentes et à l'équipe des Amandiers pour l'accueil de cette exposition qui s'est tenue jusqu'au 30 Juin 2015.