



Découvertes

Une unité mobile pour le soin précocissime

Chemins de la connaissance

Déambulation carnavalesque
CMP : la mobilité en pratique

Sommaire

03

Edito



04

Découvertes

Création d'une unité mobile pour le soin précocissime
Sabine HOUSSEINI - Claire MANCHON - Jill PETRIGNANI

Eloge du vagabondage : le carnaval de Valvert
Sylvain AZEMA

09

Un mot, un concept

La sublimation - *Aurélie BERGIER*

10

Chemins de la connaissance

CMP : Amarrage d'une équipe en mouvement pour une clinique mobile
Victoria Isabel FERNANDEZ - Amandine CASTRIEN - Frédérique LAGIER

13

Le portrait

Carine Croce, chargée de la QVT

16

Lire, écouter, voir

14

La question juridique

La chambre d'isolement thérapeutique
Claudine CLEMENT

19

Panorama social

15

La chronique littéraire

20

Congrès & Colloques

Et si l'avenir était dans le passé ?

Il y a quelques mois des chercheurs russes ont redonné vie à des vers congelés depuis plus de 40000 ans, leurs confrères chinois déclaraient, eux, être en passe de réussir le clonage d'un dinosaure à partir d'ossements... La communauté scientifique se réjouit des avancées que cela représente et des retombées possibles pour l'humain même si, un ver préhistorique décongelé ou un diplodocus ressuscité, ça pourrait aussi laisser circonspect...

C'est ainsi, la science, le progrès, « rien ne se crée, rien ne se perd... » et aucun état ne dure.

Le 46ème numéro de *Vagabondages* est placé lui aussi sous le signe du mouvement. Vous lirez comment un CMP est en réalité une équipe mobile, vous suivrez la farandole festive et déjantée du carnaval de la Socio et la marche résolument verte et responsable pour manger mieux avec Maxime. Des mouvements entre théorie et pratique autour de la sublimation et ceux entre lois et clinique pour la chambre d'isolement.

Mais il y a aussi du mouvement dans *Vagabondages*, Sophie Karavokyros quitte son poste de rédactrice en chef. Depuis vingt ans, elle est celle qui a permis que ce magazine raconte Valvert, nous raconte. A l'écoute de nos projets, de nos questions, attentive à ce qui bruisse, ce qui circule, ce qui pulse dans l'institution ; elle motivait, encourageait ou aidait à la rédaction de tous ces articles qui témoignent d'une certaine idée du soin et du désir que tous, un jour, nous avons de partager cette expérience singulière de ce que nous faisons ici, ensemble.

Le magazine va continuer sa route, se glisser dans les interstices, circuler entre les lieux et les personnes, souffler sur les savoirs et agiter les curiosités car ce n'est pas un outil de communication mais un Lieu de l'institution où il fait bon Vagabonder.

Frédérique LAGIER

Création d'une unité mobile pour le soin précocissime

Dix-huit mois d'expérience auprès des bébés en souffrance et de leurs parents

L'Unité mobile de dépistage et soins précoces pour bébés du CH Valvert a ouvert en janvier 2018 pour une première période de deux ans. Ce dispositif de soins novateur a été mis en place à titre expérimental sur un financement de l'ARS PACA qui s'intéresse à la pertinence de proposer des soins pluridisciplinaires immédiats et intensifs aux bébés qui présentent un risque de développer un trouble grave du développement. A ce titre, il s'inscrit dans le sillage des dernières recommandations de la HAS publiées en 2018¹.

Notre équipe est composée de Sabine Housseini et Claire Manchon, psychomotriciennes, et Jill Petrigani, psychologue clinicienne, soutenue par la pédopsychiatre cheffe de service Dr Gaëlle Broder et Coralie Gaubert-Verneaux, cadre de santé. La première année, nous nous sommes consacrées à l'accueil de vingt-et-un bébés de 0 à 18 mois et leurs familles venant du grand Marseille (Agglomération de Marseille, Pays d'Aubagne et de l'Etoile). Nous avons aussi mené différentes actions auprès de partenaires qu'il s'agissait de sensibiliser au repérage précocissime des signes d'alerte chez le bébé. Nous formons avec ces partenaires un nouveau réseau «Ville-Hôpital».

Nos missions cliniques auprès des bébés sont de plusieurs ordres :

Nous repérons et évaluons les compétences générales du bébé, sa trajectoire développementale dans différents domaines, notamment son développement sensori-moteur, ses capacités relationnelles et de communication. Le récit qu'en font ses parents, et notre observation conjointe, nous indiquent les besoins primaires spécifiques de ce bébé,

au regard de l'ensemble des facteurs de vulnérabilité auquel il a affaire, notamment somatiques.

Nous **apportons des soins** intensifs à l'enfant et sa famille : psychothérapie, psychomotricité, groupe de pairs, étayage parental, au rythme de deux à trois séances par semaine, dans nos locaux, et à l'extérieur.

Nous évaluons les ressources de l'environnement, en lien avec les professionnels du soin et de la petite enfance (médecins, crèches, LAEP², etc).

Nous soutenons la famille pour mettre en place les relais nécessaires à une relance des axes de développement en difficultés.

Notre connaissance des signes précoces d'un risque de trouble neuro-développemental permet d'avancer l'âge du repérage des bébés en souffrance. L'enjeu est important : les premiers soins, donnés dès les premiers mois de vie, permettent d'améliorer le pronostic clinique, voire d'inverser la trajectoire développementale en profitant de la plasticité neuronale et épigénétique encore importante dans la période périnatale. A l'heure actuelle, le diagnostic de l'autisme ne peut être posé qu'à vingt-quatre mois, par d'autres équipes spécialisées dont c'est la mission.

Forte de son expérience et de ses travaux de recherche sur le soin précocissime, M.-C. Laznik³ est venue à l'Hôpital Valvert, en février 2019, soutenir la création de notre unité et nous encourager à intervenir très vite et très intensément, telle une «réanimation psychique» du bébé à risque autistique. Par ailleurs, elle a insisté sur la prévalence des cas d'autisme dans les fratries déjà touchées. Nous observons dans notre clinique que ces bébés petits frères et sœurs d'enfants présentant un

trouble du spectre de l'autisme (TSA) connaissent au minimum des facteurs de vulnérabilité tels qu'ils ont du mal à réclamer l'attention dont ils ont besoin, alors que la complexité du parcours éducatif et de soin de l'aîné occupe et préoccupe massivement les parents.

L'inscription désormais effective de l'unité bébés dans les réseaux locaux de soin et de la petite enfance a abouti à l'élaboration de conventions, notamment avec le Conseil Départemental 13, les services de PMI, la Ville de Marseille et ses crèches municipales. Il s'agit de développer des pratiques partagées et un transfert de compétences en matière de dépistage précoce. Ces expérimentations en cours permettent en outre aux familles les plus éloignées géographiquement de bénéficier d'une première évaluation et de l'expertise de l'équipe au plus près de leur domicile, avant si besoin de bénéficier d'un programme de soins adaptés dans les locaux de l'unité, à Valvert.

Forts de ces partenariats, nous espérons accueillir des bébés de plus en plus jeunes, voire même des fratries à naître, qui grandiront selon un développement le plus harmonieux possible.

Nous prévoyons de renforcer notre présence auprès des partenaires. Nous répondrons à leur demande de formation des acteurs de terrain au repérage des signes d'alerte et aux adaptations matérielles et humaines nécessaires à ces bébés fragiles pour qu'ils redeviennent disponibles à la relation.

L'ARS vient de s'engager à financer notre unité pour deux années supplémentaires.

Nous vous proposons de partager, à travers quelques rencontres, notre clinique auprès des bébés, dans toute sa diversité.

¹ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-02/tsa_-_des_signes_dalerte_a_la_consultation_dediee_en_soins_primaires_1er_ligne_-_synthese.pdf

² Lieux d'Accueil Enfants Parents

³ Laznik Marie-Christine, Saint-Georges Catherine, « Dépister le risque d'autisme chez les bébés de quelques mois pourrait-il permettre de transformer le pronostic ? La grille preaut, son origine et ses applications », *Enfances & Psy*, 2018/4 (N° 80), p. 74-84.

Allia et son fils Hassan, trajectoire d'une thérapie mère-bébé

« Je m'appelle Allia, je suis mère de trois enfants. Je viens vous voir car je veux qu'on me dise que tout va bien pour Hassan. Il a 4 mois. Son frère et sa sœur sont autistes et on m'a dit qu'il y a des risques. Je vois bien qu'Hassan est différent de mes premiers. Mais je ne peux pas m'empêcher d'être inquiète. Pour moi c'est ça être mère : avoir peur pour ses enfants, veiller sur eux jour et nuit ; j'ai perdu le sommeil. Je viens d'un pays où les enfants meurent, et les anciens disent qu'ils peuvent nous être enlevés pendant leur sommeil.

Hassan s'est caché pendant plusieurs mois, il savait qu'on ne l'attendait pas ! C'est qu'il voulait vraiment naître ! J'ai beaucoup pleuré, c'était dur de l'accueillir, de recommencer avec l'inquiétude, surtout après les deux premiers qui avaient des problèmes. Mon mari ne me comprend pas, il ne s'inquiète jamais, pour lui rien n'est jamais grave ! Mais moi je sais que donner la vie c'est donner la mort.

Mon bébé, on dirait qu'il va bien, il me regarde, il me sourit. Mais quand même je le trouve trop sérieux, trop silencieux, il ne sourit qu'à moi. Je vois bien que mon neveu fait la fête quand il reconnaît quelqu'un de la famille, mais lui non, même ma mère a vu la différence...c'est comme s'il avait peur. S'il vous plaît dites-moi comment faire...

...Hassan a 5 mois. Je ne sais plus comment un bébé normal grandit, comment il demande, comment il s'exprime. Les deux premiers étaient si durs à comprendre, chacun à sa manière. Ils ne se laissaient pas porter, ni consoler. J'avais plein de techniques pour obtenir un peu d'attention ou un regard. Parfois je fais la même chose avec Hassan, quand j'ai l'impression qu'il s'absente. Vous aussi vous le voyez partir dans les dalles du plafond ? Dans l'horloge ? Chaque fois qu'un bruit est trop fort ou quand je m'approche trop vite...

...Hassan a 8 mois. L'ostéo ça a bien marché ! Maintenant il joue bien avec ses deux bras et veut tenir son biberon tout seul ! Et regardez-le pédaler dans l'air je crois qu'il va être champion olympique ! Et quand je

l'applaudis il rit et il recommence, comme pour me faire plaisir...

...Hassan a 10 mois. Il veut toujours être avec moi. Il ne veut plus me lâcher ! Je ne peux plus rien faire sans lui sinon il se met à crier ! C'est tellement bon comme il me regarde, comme il m'aime, comme je suis tout pour lui ; alors je dis oui, toujours... mon mari ça l'énerve mais il me laisse faire. Je sais qu'il faudra lui apprendre à s'éloigner un peu de moi, avec votre aide. Et qu'il faudra avoir un peu confiance. Quand on le regarde ensemble, je vois qu'il est solide ; il fait même du quatre pattes !!!! Vous me l'aviez dit mais je n'y croyais pas. Et il commence à parler aussi ! Il répète tout ce qu'on dit et il appelle son frère !!

... Quand il éclate de rire, c'est un vrai bonheur. On va bientôt fêter son premier anniversaire. Ce bébé c'est le soleil de la maison. J'aimerais qu'il puisse aller plus vers son père ; je serais moins fatiguée ; et puis c'est un garçon !

Je veux bien continuer à venir encore un peu pour qu'il apprenne à jouer au ballon et qu'il rencontre d'autres enfants... Et moi je m'habitue à le regarder d'un peu plus loin...

La fiction transférentielle : ce qu'on prête au bébé pour sortir de la sidération et se proposer comme lieu d'une adresse à venir

Antoine

« Seul ! Je suis seul ! Pour de vrai... J'ai crié si fort... S'il y avait eu quelqu'un, il m'aurait entendu, il serait venu ! Ici, il y a du bruit souvent, et d'autres crient encore. Il y a des gens aussi mais ils ne viennent pas quand j'appelle. Ça ne sert donc plus à rien d'appeler.

Pourtant, il y a quelqu'un parfois qui est là. Il est là... enfin, physiquement surtout. Il me parle, il me porte et puis d'un coup plus rien. Pourtant il est toujours là, mais je ne le sens plus. Et quand je pleure il ne revient pas plus. Ça ne sert donc à rien d'appeler. Je suis seul. Je ne suis plus au même endroit. Et le monsieur je ne le vois plus autant. Il y a des dames, elles sont gentilles, mais ici aussi il y a du bruit et d'autres qui pleurent et elles vont les voir. Moi, Je n'appelle plus. Je me

débrouille. Quand je suis trop malade, je retourne dans des endroits comme avant, tout seul. C'est encore plus dur, les dames gentilles je ne les vois plus autant. Et une fois, je ne pouvais plus bouger, j'étais attaché. Je ne comprends rien. J'ai essayé d'appeler, mais personne ne me détachait. J'essaie de ne plus m'allonger maintenant même quand elles veulent me changer la couche, même pour dormir. Je ne comprends rien à ce qui se passe. Je voudrais qu'on me laisse tranquille. Je vais voir une dame des fois, et parfois c'est elle qui vient me voir. Elle ne me laisse jamais tout seul quand elle là, je me sens tranquille. J'aime bien la voir, en plus ça me permet de sortir un peu. Et on est ensemble, tous les deux. Je me sens bien, je ris même parfois et elle aussi. J'ai envie de la retrouver et on dirait qu'elle aussi. Pour en être sûr, je joue à cache-cache avec elle, je la quitte pour qu'elle me retrouve, plein de fois. Et je regarde comme elle me regarde. Je m'échappe pour qu'elle me rattrape. Et il y a un moment elle me quitte pour de vrai. Et je dois attendre longtemps avant de la revoir. Je pense à elle. Et elle me dit qu'elle pense à moi aussi, et elle parle avec les dames qui s'occupent de moi. Elles lui racontent comme c'est dur pour moi et pour elles aussi parce que je ne leur dis rien, et souvent elles ne comprennent pas pourquoi je hurle. Moi, je ne les appelle pas : je me débrouille... quand je crie, après ça va un peu mieux ! ici, il y a toujours un autre qui crie, elles sont souvent occupées, alors moi, je me débrouille ! »

Régis

« Non, vraiment c'est trop, je ne peux pas Maman. Aide moi surtout ne t'éloigne pas trop et contiens moi le plus possible... que mon corps bouge le moins possible, que je le sente le moins possible, il me fait trop mal, c'est trop dur maman ! J'ai peur de bouger, que ça me fasse mal encore. Je m'ennuie. J'ai mes doigts heureusement, et mes mains, je joue avec devant mes yeux, et autour de ma bouche. Et je me balance, assis, pas trop fort pour ne pas tomber ou quand je suis sur toi Maman, et que tu me tiens bien. Et tu me parles, je t'écoute et ça me fait du bien, je comprends plein de chose déjà et surtout comme tu m'aimes. Tu vois

dans mes yeux comme je t'aime aussi et je vois bien que tu aimes ça alors surtout Maman reste tout près de moi, que je puisse te le dire très souvent et avoir moins mal.

Ça va mieux... depuis que je ne suis plus constipé, mais je n'ose pas encore trop bouger, on ne sait jamais. Cette dame que tu m'emmènes voir, elle me fait faire de nouvelles activités et m'installe dans de nouvelles positions : je suis un peu surpris parfois, c'est nouveau mais tu as l'air d'accord maman et tu es si fière quand je fais tout ça. Depuis, à la maison, tu me proposes de nouveaux jeux, comme avec la dame et je me rends compte que je n'ai plus mal dans mon corps et que j'adore bouger et bientôt c'est moi qui te rejoins maman, parce que je t'aime tellement et ça te rend si heureuse. !»

L'espace du tapis d'éveil comme point d'appui à la rencontre

Jane, Clara et Inès sont trois petites filles de douze mois que nous avons accueillies avec leur famille à l'unité bébé

La naissance de Clara fait suite à une grossesse interrompue à huit mois de gestation, Jane a un grand frère autiste suivi en hôpital de jour, et Inès est un bébé «douloureux» des suites d'un RGO (reflux gastro-œsophagien) avec traitement.

Quand, au cours de l'accueil, je m'assieds sur le tapis à côté de Clara qui y est assise le tronc et les jambes raides, j'observe qu'elle tient immobile grâce à de fortes tensions corporelles qui lui servent d'appui et de carapace..., pendant que sa tête dodeline continuellement. Clara tourne son regard vers moi timidement, puis comme c'est trop... s'intéresse à ma grosse bague que je lui donne. Elle l'enfile à son doigt, me la rend, me sourit, la redemande. Si la relation circule entre nous, son corps lui reste fixé, elle est vissée au sol à la place où sa maman l'a posée, prisonnière de ce corps bloc qui ne se laisse pas traverser par l'élan vital, elle ne dérange pas, elle ne bouge pas, elle n'appelle pas. Elle ne sait pas encore qu'en s'appuyant sur le corps de l'autre elle pourra développer son expérience corporelle et se dégager peu à peu de l'autre pour faire «soi».

Quand, au cours de l'accueil, je m'approche

du tapis sur lequel Jane est assise, elle se raidit encore plus, panique, se détourne, accroche son regard au plafond... je m'éloigne alors. J'attends que le trop d'émotion que j'ai provoqué par ma proximité redescende. Je choisis une petite boîte à musique pour attirer son attention. Elle regarde la boîte, je la lui tends, elle ne la prend pas, bloque ses mains, se fige, regarde le plafond, j'attends..., je lui pose la petite boîte devant elle, elle la regarde intensément, furtivement regarde son père, n'appelle pas ...ses appuis corporels sont bons, elle finira par prendre la boîte, et se mettre à quatre pattes pour se rapprocher de son père...sans un regard pour moi. Si sa motricité lui permet d'aller vers l'autre, son empêchement relationnel est douloureux à observer.

Inès est joyeuse, elle nous sourit, se montre à nous, attend des retours à ses mouvements de séduction. Inès tient assise depuis peu mais sa posture est particulière ; les jambes écartées raides et le dos droit forment un triangle d'équilibre instable, Inès n'a pas encore accès à d'autres postures. Elle a des gestes de flapping qui l'ont conduite jusqu'à nous. Ces petits mouvements de régulation transitoire si habituel au bébé, se sont fixés pour elle, ses gestes lui permettent de maintenir un temps son fragile équilibre. Elle appelle fort, tend ses bras mais ces manifestations relationnelles provoquent un risque de chute qui renforce son état d'insécurité corporelle. Alors, elle appelle sa maman à son secours... Pour soulager sa douleur œsophagienne, Inès a dû être souvent portée et promenée bien droite dans les bras de sa maman. Ce portage s'est transformé en agrippement sécure, pour l'une comme pour l'autre. Inès ne tient pas seule. C'est de cet appui massif sur le corps de sa mère qu'elle interagit avec son environnement... et qu'elle s'appauvrit de son inactivité.

Ces bébés sont déjà marqués dans leur développement par cet ajustement particulier dont ils font l'expérience à répétition. Cela ne nous dit pas qui de l'œuf ou de la poule est à l'origine de ces décalages. Mais ces difficultés

d'accordage, observés par notre unité du côté du bébé, vont nous faire signe d'un risque pour le développement de cet enfant.

Pour chacune de ces petites filles des éléments de développement sont inquiétants. A la diversité des histoires et des contextes, les manifestations silencieuses de souffrance se ressemblent. Ces bébés, limités dans leurs capacités expressives, vont trouver sous forme d'agrippement sensoriel, d'évitement relationnel, de fixation tonique, de mouvement de contenance, des solutions à leur présence au monde.

Nous proposons des soins très personnalisés, à partir du potentiel observé chez chaque bébé. La question des interactions précoces est le moteur de notre unité, en tant que socle dynamique de l'émergence de la subjectivité. C'est dans les rouages de cet ajustement réciproque que le soin intensif s'inscrit, afin de permettre au bébé la reprise d'un développement plus harmonieux.

Ces dix-huit premiers mois ont été pour nous une plongée dans le monde des bébés dont la richesse nous enseigne sur le travail thérapeutique que nous pensions connaître. A partir de la question d'un repérage possible des signes autistiques, nous avons été attrapées, surprises et émerveillées par les ressorts de la construction psychique. Nous saisissons chez ces bébés en souffrance un élan vers l'autre, parfois minime, mais dont nous faisons toujours l'hypothèse pour pouvoir les soigner. Les effets immédiats du soin précoce sur le bébé et sa famille nourrissent notre propre élan de soignant et nous encouragent à persévérer.

Sabine Housseïni - Psychomotricienne
Claire Manchon - Psychomotricienne
Jill Petrigani - Psychologue

Unité mobile de dépistage et soins précoces pour bébés dits à risque autistique
 UMDA / SESA – Cheffe de service Dr Gaëlle Broder, Cadre de santé Coralie Gaubert-Verneaux-umda@ch-valvert.fr

Eloge du vagabondage : le carnaval de Valvert

« Notre corps n'est rien, sans le corps de l'autre » - Ajuriaguerra, 1962.
« Vos ailes lui ont donné des ailes ! » - Anne-Philippe de la Sociothérapie, 2019

Ça a commencé comme ça, par une question, celle d'un soignant : « *Est-ce qu'une journée de carnaval ne risque pas de mettre à mal les patients ?* ». Puis des questionnements sur l'appréhension du déguisement dans la maladie mentale, se prolongeant sur les points de divergence entre l'hôpital, son cadre institutionnel, thérapeutique et le carnaval avec ses aspects « hors cadre » sous forme de bombance, de mascarade, de manifestations grotesques, bouffonnes, licencieuses, jaillissantes sans répit parmi les cavalcades et le bûcher. Pour finalement rejoindre cette question générique à l'identité du soignant : « *Est-ce que je fais bien pour l'autre ?* »

Question de soignant, soucieux de l'autre, mais souci de soignant, à l'exercice dans les marges pluridimensionnelles de la relation et du psychisme, où la singularité est source d'incertitude. Intersubjectivité indéterminée, à retisser sans cesse, traversée par le pulsionnel, le traumatique, le signifiant, colorée par les représentations, la culture et un nombre infini d'habits imaginaires parfois empruntés...

Le 21 mai 2019, jour de carnaval au Centre Hospitalier Valvert, une personne dit : « *Derrière le loup, je fais ce qu'il me plaît* » lançant confettis et pop-corns. Après quoi, une autre révélera : « *Je me prenais pour une princesse* ». Effet thérapeutique ? « *J'avais juste un chapeau, j'ai tout oublié* » serait à mettre en lien avec les propos d'une autre personne : « *J'ai gardé mon chapeau, je ne l'ai pas donné !* » ; peut-être qu'avec ce couvre-chef, il ne s'agissait pas de la perdre (la personne ? l'identité ? la tête ?), mais juste de la retourner, à

l'endroit, pendant le carnaval, espace d'inversion. Car il fut un temps durant lequel le carnaval était une libération collective et individuelle par le renversement des stigmatisations et des hiérarchies. Il a représenté une nécessaire soupape entre l'ordre et le désordre, entre servitude et révolte. Ainsi, le carnaval matérialisait des fonctions politiques et sociales que l'époque moderne a quelque peu affaiblies. Et pourtant, au détour d'un pavillon, surgit le carnaval à Valvert,



déambulation dans l'hôpital, unités et secteurs confondus, traversée des locaux administratifs, frayage jusqu'à la Direction, entraînée par le défilé d'allégresse, emportée par le flot des cotillons et des rires : « *J'avais chaud avec le déguisement, mais c'est bien de partager inter-pavillon* ». Une dynamique que l'on retrouve en amont de cette journée, avec la préparation des costumes : « *J'étais couturière alors j'ai plus de joie à faire celui des autres* ». Fabriquer des costumes pour les autres et apprendre à faire pour soi : « *Sur le moment, on pense à autre chose, on pense pas à la maladie, on est bien* ». Une créativité au gré d'une libre circulation,

« *Je suis venu en pointillé* » ou alors « *Venu par hasard, j'ai aidé, parce qu'on a besoin d'être aidé, mais d'aider aussi* », où l'absence et la présence se rejoignent dans l'envers d'une même pièce, celle du carnaval : « *J'ai fait un masque, mais pas terrible et je ne suis pas venu... j'aurais aimé faire mieux* ». Question chausse-trappe des présents et des absents : à l'image de la déambulation, cortège bouffon et cocasse, se déroule une spatialité des frontières ne devant leur réalité qu'au fait d'être traversées ; déambulation, mouvance et inversion des rôles, des identités par la mascarade, jeu de masques et d'étoffes brillantes. Dès lors, y participer ou pas, ne se pose plus : le carnaval est collectif, de fait, tout en affirmant la singularité par le costume et les postures burlesques à l'instar de notre guest-star, l'impayable Régine Fion. Cela dit, c'est peut-être ici que se constitue un cadre thérapeutique d'arrière-garde : « *C'est ouvert tout le temps, parfois c'est moi, parfois d'autres infirmiers... c'est parce que nous sommes une équipe !* » Pour finir par entendre : « *Je n'ai pas participé, mais bravo à tous !* ».

Autre tension que le carnaval vient dénoncer dans une institution, celle entre l'intérieur et l'extérieur, sans pourtant jamais cesser d'être le complice de cette opposition : « *Même des patients qui avaient quitté l'unité, sont revenus le jour du carnaval* », et d'amener jusqu'au renversement de l'institutionnel : « *Des ex-patients qui viennent montrer que l'hôpital n'est pas une fin en soi* ».

Inversion, renversement ? Présence/absence ? Intérieur/extérieur ? Libre circulation ? Déguisement, masque ? Le carnaval fut une période liée aux cycles saisonniers avec un rôle cathartique

comme évoqué dans sa dimension sociale, mais aussi durant laquelle se revivait le passage de l'univers chaotique de la Création à un monde cosmogonique, ordonné (Eliade, 1965). Une période du Moyen Âge au cours de laquelle paganisme et animisme trouvent à s'infiltrer dans le christianisme et... vice versa (Walter, 1992).

Petit à petit, tout doucement, au fur et à mesure des ateliers jusqu'à la déambulation carnavalesque-intersectorielle, tel un au-delà synchrétique des murs, se dessine un parcours, se trace un circuit reliant les lieux : à bien y regarder, n'apercevriions-nous pas l'esprit d'un « corps-circuit » ? « Ça m'a dégourdi, dégrossi, je ne pensais plus à mes soucis, ça m'a libéré, très à l'aise. ».

Encore ?

Sans équivoque, le mot carnaval a pour étymon latin *carnelevare* composé de « ôter » (*levare*), et de « viande » (carne) ». Ôter la mauvaise viande, se purifier après le Mardi gras, avant d'entrer en carême, c'est-à-dire la destruction du *Caramentran* en Provence. En ce mois de mai, cette Piñata provençale fut recouverte de mots, de tous ces maux que l'on souhaite faire disparaître, aussitôt aspergés d'épaisses peintures bariolées :

« La violence », « La solitude », « La malchance », « La souffrance », « La connerie humaine » !

Dès lors, qu'en est-il de ce corps à s'approprier ? Celui qui on a posé la question « *En quoi tu étais déguisé ?* » a répondu : « *Ça ne te regarde pas !* ».

Une affaire de regard ? Se montrer pour mieux y échapper ?

Le carnaval nous rappelle que le corps ne peut se résumer à une mécanique biologique, à un soma cadavérique d'automaton, ni d'une psyché ravalée à un cerveau lui-même raboté à l'unique fonctionnement cybernétique. Pour autant, il ne s'agit pas d'une pensée désincarnée, mais de la liaison entre organisme et psychisme par l'intermédiaire de la relation à l'autre. Christophe Dejours nomme ce second corps, le corps érotique ; dès lors, avec le carnaval de Valvert, ne serions-nous pas dans une subversion libidinale du corps ? C'est-à-dire que les fonctions physiologiques vont être « progressivement [...] subverties au profit de la construction de



ce que l'on appelle le corps subjectif ou corps érotique » (Dejours, 2009, p.231) ? C'est dans la supercherie, le travestissement, la tromperie aussi - mais dont personne n'est dupe - que se dévoilent, telle une jupe soulevée un peu trop haut, les qualités du corps. En somme, surface et profondeur, évanescence et permanence, viennent habiller la peau comme un gant retourné, un négatif photographique ne cessant de repasser au révélateur, un kaléidoscope de silhouettes, fleurissant sur plusieurs registres, plusieurs interactions, plusieurs réalités, en lien avec plusieurs autres : « Personne ne ressemblait à personne, c'était grandiose ! ».

Sylvain AZEMA

Stagiaire psychologue au pavillon

« Les Cèdres ».



Références Bibliographiques :

- Ajuriaguerra, J. de (1962). Le corps comme relation. *Revue suisse de psychologie pure et appliquée*, 21, 137-157.
- Dejours, C. (2009). Corps et psychanalyse. *L'information psychiatrique*, 85(3), p. 227-234.
- Eliade, M. (1969). Le Sacré et le Profane. Paris : Gallimard. pp.71-72
- Walter, P. (1992). *Mythologie chrétienne, rites et mythes du Moyen Âge*. Paris : Entente. p.15-16

La sublimation

La sublimation est sans aucun doute un des concepts les plus galvaudés quant à son utilisation en dehors de toute pratique analytique et notamment dans le champ artistique. D'un point de vue étymologique, sub – limis ou limen, littéralement « sous/au-delà la limite », renvoie à l'idée d'une élévation du bas vers le haut, au passage d'un seuil vers un au-delà, proposant une forme de transcendance, voire une transgression qui va puiser, dans les fonds obscurs de quoi s'ériger au dessus.

D'un point de vue physique cette fois-ci, la sublimation désigne le passage de l'état solide à l'état gazeux sans passer par l'état liquide. Les alchimistes en ont fait leur procédé de purification magique et spirituelle dans la quête de transmutation des métaux vils comme le plomb, en métaux nobles tels l'or et l'argent. Plus tardivement, Goethe l'utilisera pour caractériser la création poétique en ceci que l'homme ne peut donner libre cours à son naturel originaire : « Les états d'âme, les sentiments, les événements », nous dit-il, « doivent être travaillés, accommodés, sublimés ».

En 1905, Freud, alors habité par sa théorie des pulsions et emprunt d'une fascination certaine pour les grandes créations humaines, choisit d'emprunter ce terme au vocabulaire de l'alchimie et du monde artistique pour rendre compte de façon métaphorique d'un destin pulsionnel. Il définit par Sublimierung le processus par lequel la pulsion sexuelle ou encore la pulsion de mort s'épure de son destin pervers, destructeur, mortifère - échange son but et son objet – pour trouver à se satisfaire vers une réalisation socialement valorisée telle que la création artistique, littéraire ou intellectuelle.

Comprenons que la sublimation consiste en une intrication des pulsions de mort et des pulsions de vie qui vient inverser la tendance mortifère et jouissive naturelle. Eros – le facteur essentiel de civilisation - prend le dessus sur Thanatos tout en s'inspirant de lui et en quelque sorte, de l'obscurité, jaillit la lumière. C'est bien au sein de l'art que l'on

rencontre le plus haut degré de réussite de la sublimation puisque l'artiste sait traduire ses plus grandes idées et bizarreries en leur donnant une forme acceptable et universelle qui parvient à soulager les hommes du fardeau de leur propre fantasme. Selon Freud, le sujet serait poussé à métamorphoser cet effroi qui le constitue sous l'exigence d'un idéal esthétique et moral, mais aussi sous des impressions de déplaisir, de dégoût, des sentiments de honte en provenance du Surmoi et de l'Idéal du moi.

C'est pour cette raison que Lacan, quand il reprendra le concept freudien, en fera une « racine du sentiment éthique ». Selon lui, elle représente l'élévation symbolique d'un objet imaginaire à la Chose réelle. Sa formule classique est : « La sublimation élève un objet à la dignité de la Chose... pour autant qu'elle (la Chose) est toujours représentée par un vide ». Comprenons dans cette logique, que le sujet vivant n'a de cesse de se remplir de représentations imaginaires qui au fond ne font que voiler son vide. Sublimer, qui n'est pas seulement le travail de l'artiste mais celui de tout être parlant, implique donc un combat éthique : se confronter à sa souffrance, au réel de son désir, à l'insupportable de son irréprésentabilité, enfin à l'horreur et à la destruction qui le compose. Véritable traitement de la Chose en nous, la sublimation ne s'exerce pas toujours dans le sens du sublime. Elle n'est pas non plus de tout repos. Loin d'être acquise et évanescence, elle relève d'un travail permanent qui peut être douloureux mais oh combien nécessaire.

Sublimer est donc un acte clairement expressif, cathartique, thérapeutique, qui concerne directement notre quotidien de soignant. Au travers des différents médiateurs artistiques que nous mettons en place dans nos services, la sublimation, comme acte de symbolisation, rétablit un lien entre la force (la violence pulsionnelle) et une figuration ouvrant la voie vers la parole et l'échange. Peindre, écrire, modeler, sculpter, réciter, chanter, photographier, se dire, se raconter, réalise le passage du monde du dedans - chaos brut inorganisé- au monde du dehors, signifiant et civilisé.

La tradition psychanalytique en elle-même, stimule le processus sublimatoire par un travail très concerté sur les signifiants. A une époque où le langage clairement appauvri et dépourvu en partie de sa fonction signifiante, elle est une invitation à se réapproprier la poésie langagière et trouver à l'intérieur d'elle de quoi se découvrir à soi-même, se modifier, tout en s'apaisant. La sublimation organise la vie psychique. Elle exprime la nécessité dans laquelle nous sommes de traiter la question des origines, des limites, de l'immédiat de la pulsion et surtout de la violence.

L'homme est capable de créer de grandes œuvres d'art, des opéras, construire des cathédrales ! Notre alchimie ne consiste t-elle pas à proposer des espaces-temps transitionnels où Thanatos peut se lier à Eros, à faire barrage à un négativisme tout puissant en réveillant le sacré et convoquer l'éthique et la dignité chez celui qui, incroyant, s'est perdu dans l'obscurité ? Inviter au renoncement, voire au détournement d'une forme de morbidité ou d'un passage à l'acte, par une proposition de transformation – littéralement « aller au-delà de la première forme » ? Sacraliser sa pulsion de mort et danser sa peur, crier son inconfort, chanter sa solitude, explorer sa colère, écrire son désarroi, jouer de son vide, planter sa vulnérabilité... et trouver la beauté et l'expérience d'un moment de grâce auquel prendre goût et s'identifier ? La sublimation est partout là où il y a de la création. Une partie de notre travail est d'aider nos patients à s'ouvrir à d'autres créations que les constructions pathologiques et symptomatiques ; éclairer leur théâtre interne pour qu'ils puissent, dans le champ du malheur, planter une objection et ne plus consentir même inconsciemment à y participer.

C'est donc là notre magie : un travail de jardinier. Savoir et transmettre que les déchets les plus encombrants, une fois compostés, donnent naissance au terreau le plus fécond.

Aurélié BERGIER

Psychologue - Secteur 13Go8

CMP : amarrage d'une équipe en mouvement pour une clinique mobile¹

Introduction

Le CMP n'est pas à priori le dispositif de soin que l'on imagine le mieux placé pour évoquer la question des équipes mobiles. Avec ses fondations historiques, ses fameuses « listes d'attente » et son cadre institutionnel, c'est un peu comme si une délégation de Corée du Nord rédigeait un traité de libre échange pour le sommet de Davos. Pourtant le CMP, de par ses missions, la place spécifique de pivot qu'il occupe dans le dispositif de soin, de par son histoire et les changements profonds qu'il a su accompagner, voire anticiper, et enfin, de par son organisation toute collective, est une équipe mobile.

La mobilité dans son histoire

Le secteur a été fondé dans un mouvement de désinstitutionnalisation, pour penser des soins de proximité, créer des lieux ouverts bien repérés dans la cité et qui mettraient le patient au centre du dispositif, de « sa guérison », en lui offrant des itinéraires divers « à la carte » (1). Il s'agissait alors de mobiliser « les capacités de création collective et d'entraide pour favoriser l'instauration de liens, pour accueillir la souffrance ou la détresse psychique quel que soit le lieu et la forme de son expression, sans a priori et sans préalable » (2) et on pourrait ajouter aujourd'hui sans délai.

Le CMP a été pensé comme un lieu qui assure la continuité des soins, notamment entre les séquences d'hospitalisation et le suivi ambulatoire ; mais aussi pour restaurer le sentiment continu d'existence des patients les plus fragiles chez qui cette simple fonction de base est mise à mal par

une pathologie ou un environnement insécure ou précaire.

L'article 3 de la loi du 31 décembre 1985 (3) stipulait déjà que le CMP devait être une unité de coordination et de soins en milieu ouvert, que sa mission est d'organiser les soins ambulatoires et des interventions à domicile et auprès de toute institution ou établissement nécessitant des prestations psychiatriques ou un soutien psychologique.

Enfin, depuis la première circulaire en 1960 jusqu'à la loi de 86, le secteur porte en lui des valeurs et des controverses. Il a

« Penser la mobilité du côté de l'institution n'est pas une entreprise facile »

toujours été attaqué et donc défendu. C'est un long processus, plus qu'un dogme. Il est perméable aux enjeux sociétaux autant que sanitaires, bousculé par les politiques de santé successives mais capable de résister parce qu'ancré dans le projet « politique » plus large qui le fonde ; la désinstitutionnalisation.

La créativité, le partenariat, l'accueil, l'accompagnement au domicile... Et si tout était là depuis le début ?

Pour que le CMP soit une équipe mobile, il faut en tout premier lieu créer de la circulation entre les différents maillons qui composent notre dispositif de soins, de la cohérence et de la continuité. Nous travaillons à Valvert, Centre Hospitalier des quartiers Est de Marseille, ce n'est pas un désert médical et la taille « humaine » de l'établissement favorise une certaine collégialité. Quelques principes sont

inscrits dans le marbre du projet médical d'établissement comme l'interdiction de la contention et l'ouverture de toutes les unités de soin. Mais comme même le marbre nécessite un peu d'entretien - nous n'avons pas envie que le projet ressemble à une stèle - nous continuons à créer des outils de circulation et de réflexion.

Et si nous travaillons à ce que le CMP soit un lieu d'accueil, nous savons que nous devons être mobiles. Nous allons à la rencontre des autres, avec notre identité, notre éthique, nos limites. Et si nous n'employons pas le terme d'« aller vers » c'est que nous ne

savons pas bien justement d'où il vient. Nous sommes un peu méfiants et réticents à ce que le vocabulaire issu du monde de l'entreprise, du management, se glisse dans notre lexique médical et infiltre notre pensée.

La psychiatrie a toujours été poussée au contrôle social et il faut de solides convictions pour y résister et parfois aussi l'aide des philosophes comme Foucault et Deleuze pour percevoir les mouvements qui nous animent. « Nous sommes passés d'une société « disciplinaire » où l'individu évolue d'un monde clos à un autre (famille école usine prison ou hôpital) à une société « de contrôle » qui gère l'agonie des lieux clos et repense un contrôle diffus, nomade « à l'air libre ». [...] L'entreprise a remplacé l'usine. [...] Quand l'enfermement était un moule, le contrôle est une modulation, quand l'usine est un corps, l'entreprise un gaz. [...] Et si le contrôle social était facile à identifier avec ses sauts de loup et ses asiles humides, il est à présent diffus, dilué et porté par chacun de nous » (4). Autant en

¹ Communication présentée le 29 juin 2018 lors du 6ème Congrès de l'Association des Equipes Mobiles en Psychiatrie « ÉQUIPES MOBILES : QUELS ACCORDAGES ? » à Marseille, France.

avoir un peu conscience car ceux vers qui nous allons l'ont bien souvent compris...

La mobilité en pratique

Si la multiplicité des unités dans un secteur et la diversité des équipes crée la richesse et la complexité du mouvement, il faut penser un point de fixité, des amarres.

Le secteur est compris ici comme un point d'ancrage, une appartenance, une identité commune ; car pour qu'il y ait une circulation il faut savoir où aller et où revenir. Pour que le mouvement ne soit pas erratique ou qu'à vouloir être partout, nous ne soyons finalement nulle part.

Dans notre cas, cette mobilité commence par les soignants. Ils ont des fonctions sur au moins deux unités, ce qui encourage chacun à emprunter des chemins transversaux pour circuler. Avec le risque de faire des détours, de se perdre ... Une infirmière de l'équipe précise « chaque équipe détient un « petit bout du projet » qui circule entre les unités pour permettre la finalité d'un ailleurs possible. Un « petit bout » de l'unité en nous, une circulation entre les lieux et les idées pour assurer la continuité des soins... On ouvre alors un chemin pour faciliter la circulation des personnes qui prennent la même passerelle que nous et suivent ce fil invisible de l'intérieur de l'hôpital au dehors possible. Parce que quand il est déjà difficile de suivre le fil de ses pensées, de repérer ce qui est de soi et de l'autre, suivre les différentes étapes du parcours de soins relève de l'exploit. Et l'on sait combien le plus dur parfois ce n'est pas d'aller à l'hôpital mais d'en sortir. »

Plus particulièrement concerné par le réinvestissement de la cité, le CMP se déplace et en tout premier lieu, au domicile du patient ; les VAD (visites à domicile). La même infirmière témoigne : « dans « visite à domicile » nous entendons ce terme courtois qui consiste à se rendre, dans une Peugeot

hors d'âge, seule, car le personnel est rare dans les CMP, auprès de quelqu'un, pour s'entretenir avec lui, prendre de ses nouvelles ou faire un acte plus technique, un NAP (Neuroleptique à Action Prolongée), un entretien voire l'entretien du domicile ».

Nous nous déplaçons et nous rencontrons des histoires, des réalités, des mondes extrêmement singuliers et différents dans notre même quartier. Comment rendre compte de cette activité, comment la quantifier ? « Je bois un café en fermant les yeux sur la tasse qui n'est pas vraiment propre, j'ouvre les rideaux, les fenêtres pour respirer, voir le dehors, pour m'ancrer un peu dans la réalité. J'aperçois un bout de parc juste en bas de l'immeuble, une jungle pour celui qui vit reclus chez lui, alors je tente une promenade avec le patient juste là, dans le quartier, armée de mon plus grand sourire et d'une pelote de confiance dans la poche, comme pour s'assurer qu'on ne risque rien ». Le CMP est impliqué dans l'accès et le maintien au logement. Et pour cela, dans notre cas, les membres de l'équipe ont fondé une association qui loue à une société HLM deux appartements de trois places chacun, destinés à des patients en rupture depuis de longues périodes avec la question du logement autonome. Ainsi les patients s'engagent dans les soins, c'est le contrat, et ils ont accès à un logement et aux tumultueuses lois de la cohabitation, pour une durée de deux ans. L'équipe du CMP se rend une fois par semaine sur place : « il faut régler les problèmes de cafards, un Kho-Lanta urbain, et assurer le bricolage - car réparer une télé c'est un acte de resocialisation en période de coupe du monde ».

L'équipe se déplace aussi pour son travail de réseau, dans des maisons de retraites, des foyers et d'autres institutions : « Nous allons à la rencontre à la fois du patient et de nos collègues pour faire le lien, éviter les

incompréhensions et les maladroites et maintenir cette précieuse continuité des soins nécessaire au mieux-être ».

Il y a aussi les visites qui font suite à un signalement de l'ARS (Agence Régionale de Santé) : « pour être honnête elles ne sont pas si nombreuses et c'est un véritable challenge à relever. Il s'agit alors d'aller vers l'autre qui ne veut pas ou ne peut pas... et l'inviter à nous inviter. On s'annonce, on explique qui on est, on propose, et parfois la porte ne reste pas close... ».

La mobilité en concepts

Penser la mobilité du côté de l'institution n'est pas une entreprise facile. L'institution a tendance à se confondre avec l'institué et par glissement avec l'immuable. René Loureau rappelle que « l'institué c'est le système, l'establishment, les procédures économiques de prévisions habituelles, les valeurs dites normales » et que « l'instituant c'est ce qui s'oppose à l'institué, c'est la contestation, la révolte, l'imagination, l'innovation » (5). Cette opposition explique en partie une des définitions de l'institution comme une « dialectique conflictuelle [...] obligeant le collectif institutionnel à un perpétuel grand écart, une nouvelle formation de compromis entre le sujet et la norme, entre deux logiques distinctes de travail, la logique institutionnelle et la logique d'établissement [...] [Ainsi] il n'y a pas d'autre lieu (topos) pour l'institution que celui de la parole (logos), une parole qui circule » (6).

Soignants et soignés circulent parmi les unités de soin (unité d'hospitalisation temps plein, hôpital de jour, hôpital de semaine, CMP, CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel). Ces unités sont distinctes, leur travail n'est pas

superposable. Mais comment penser la continuité dans la différence ? Comment penser la mobilité des équipes, ici du CMP, à partir de la cartographie institutionnelle du secteur ?

Si le CMP fait partie de l'institution, c'est moins en tant que lieu que dans le logos institutionnel, en participant à son mouvement, à travers les mouvements des soignants et des patients et dans la logique clinique de la circulation.

Ce mouvement institutionnel, que nous appelons volontiers la « mobilité », n'est pas la simple articulation d'un dehors et d'un dedans, les frontières ne sont pas si claires. Pour illustrer cette topologie nous pourrions emprunter à Lacan son utilisation de la logique de la bande Moebius, une bande coupée par le milieu sur toute sa longueur qui se transforme en bande biface, tordue sur elle-même. Nous travaillons la torsion et non l'uniformisation, c'est cela qui nous permet de revenir sur nos points de fuite. Ainsi, plutôt que la classique dichotomie intra - extra hospitalier, qui annonce la rupture voir l'opposition, il est possible de penser les dites « unités extrahospitalières » comme des parties du même trajet, de la même bande. Mais, attention, cette pérennité, ce « pas-de-rupture », peut nous faire glisser dans le piège du « contrôle continu », de la maîtrise du dedans et du dehors. Sans tenir compte des désirs et des demandes, la logique de la constance et de la pérennité peut entraîner une condamnation à perpétuité. La dialectique est

effectivement complexe entre la perte, le « perdu de vue », et la « tentation tutélaire qui hante les prises en charge ». Il y a des restes, des pertes, toujours... Les accueillir, elles aussi, nécessite beaucoup de travail pour que l'accompagnement ne devienne pas une forme de gestion ou de contrôle du patient.

Penser la sectorisation comme immuable et sacralisée peut empêcher sa mise en mouvement. Être dans la cité, dans les quartiers, et rester ouverts à l'accueil (en acceptant aussi les non-demandeurs de soin) exige une vraie mobilité. Il ne s'agit pas d'imaginer la machine aux bras tentaculaires englobant le patient « de partout » mais d'appliquer sa réflexion aux déplacements et aux espaces dans notre quotidien, à l'incertitude que sous-tend toute rencontre.

Conclusion

Nous circulons entre différents espaces, certes, mais comment questionnons-nous la manière dont ces espaces sont mobilisés et articulés ? Comment travaillons-nous la tension entre les espaces fixes (le lieu des amarres) et les espaces interstitiels, voire, les espaces vacants ? Comment cela vient-il nous questionner sur notre propre rapport au mouvement ? Sur notre idée même de la liberté ? D'autant que la psychiatrie n'en a pas vraiment fini avec son passé asilaire, tant dans la question de l'enfermement, que dans celle de la logique passive pour le patient ou le discours de pouvoir pour les

soignants. Quelle est donc notre boussole éthique pour orienter ce mouvement ? Dans notre cas, ce qui est en jeu auprès du patient, ce qui est en en mouvement, n'a pas une visée purement éducative ou de réadaptation au « modèle social », c'est une écoute (l'accueil d'une parole ou d'un silence, très singuliers et uniques) qui prend appui sur l'histoire et l'actualité des importants mouvements politiques pour tenter d'exister.

Redonner au sujet sa place de sujet c'est un pari éthique fort de nos jours. Revitaliser le sujet-soignant et le sujet-soigné, avec ses désirs contradictoires, avec ses moyens subjectifs, avec leur histoire commune, c'est parfois une subversion... Prendre le temps, réfléchir ensemble, s'articuler... Parce que c'est aussi ça le suivi d'un patient ; une histoire commune, inscrite dans le temps, figurée dans les espaces, pensée en réunion d'équipe, en supervision, en réunion de secteur, en réunion communautaire, en sortie thérapeutique...

Dedans et dehors dans la même bande tordue.

Victoria Isabel FERNANDEZ.

Psychologue

Amandine CASTRIEN

IDE

Frédérique LAGIER

PH Cheffe de service.

Secteur 13Go8

Références

1. Delion P. La psychothérapie institutionnelle : retour vers le futur. Rizhome. 2006;(25):12-5.
2. Oury E, Orange J. GUY BAILLON, « Utopie et philosophie du secteur », VST, 2000, n° 67, 23-27. In: 46 commentaires de textes en clinique institutionnelle [Internet]. Dunod; 2013 [cité 15 déc 2018].
Disponible sur: <http://www.cairn.info/quarante-six-commentaires-de-textes-en-clinique--9782100702145-page-153.htm>
3. Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique.
4. Post-scriptum sur les sociétés de contrôle Gilles DELEUZE [Internet]. [cité 15 déc 2018].
Disponible sur: <http://alibertaire.free.fr/DeleuzePostScriptum.html>
5. Lourau R. L'instituant contre l'institué. Paris: Antropos; 1969.
6. Cabassut J. Petite grammaire lacanienne du collectif institutionnel. Editions du Champ Social; 2009.

A la rencontre de...

Carine CROCE, Chargée de la QVT, des projets et des concours



Pouvez-vous évoquer votre parcours avant votre arrivée à Valvert ?

Pendant dix-huit années, j'ai évolué dans le secteur du Conseil RH auprès d'entreprises privées et d'établissements des trois fonctions publiques (Etat, Territoriale, Hospitalière). Après avoir débuté sur des accompagnements individuels (recrutement, bilan de compétences,

reclassement...), je me suis davantage orientée vers le pilotage de projets de politique handicap, de prévention des risques psychosociaux, de qualité de vie au travail (QVT), d'audit organisationnel...

Pourquoi avoir rejoint le CH Valvert ?

Mon ancien métier de consultant était passionnant de par la rencontre de différentes cultures d'entreprise, d'équipes, de contextes...Cependant, à un moment de mon parcours, il a présenté le désavantage de ne pas me permettre de suivre les projets dans le temps Cette réflexion m'a conduite à faire un choix professionnel tout en recherchant un secteur en phase avec mes valeurs personnelles. Le secteur public s'est imposé dans ma décision, et plus spécifiquement les établissements de santé. En 2018, je suis intervenue pour l'ANFH sur une action de formation nationale (« Prendre soin de ceux qui soignent ») pour la mise en œuvre de la QVT devenue un des axes de la stratégie nationale de santé 2018-2022. J'ai, à cette occasion, rencontré des membres de la DRH de Valvert. Le projet de l'établissement a fait écho au mien et a donné lieu à mon recrutement en janvier 2019.

En quoi consiste votre poste ?

Début 2019, la DRH a été réorganisée en quatre pôles : Gestion du temps de travail et de la paye ; Budget Effectifs Carrière ; Santé au travail ; Projets et accompagnements des parcours professionnels où je suis rattachée. Le poste de chargée de la QVT, des projets et des concours n'existait pas en tant que tel bien que des projets aient été initiés. Globalement, mon poste s'organise en deux parties : une plus axée sur le déploiement de projets RH à travers la qualité de vie

au travail et la prévention des risques professionnels et une autre basée sur des dossiers courants que sont les concours professionnels, les procédures disciplinaires et les indicateurs sociaux.

Quelles sont les démarches prévues par le CH Valvert en matière de QVT ?

Pour soutenir sa politique de QVT, le CH Valvert s'est doté d'un comité de pilotage* dédié qui nourrit à la fois la réflexion sur les axes prioritaires, et aussi l'action en s'appuyant sur les propositions des équipes. En effet, sur le premier semestre, deux groupes de travail représentatifs des différents métiers (médical, administratif, technique...) et associant les représentants du personnel de l'établissement, ont contribué à proposer des actions. Parallèlement, une expérimentation est conduite avec la Direction des soins pour favoriser le partage des bonnes pratiques sur le management opérationnel de la QVT dans les équipes. Ceci nous amène à co-construire un plan d'action QVT qui, à terme, intégrera le prochain projet social d'établissement. D'ici là, les projets se mettent progressivement en place pour s'inscrire durablement dans les processus ou dans les pratiques.

Est-ce que les équipes peuvent proposer des idées ?

Bien sûr ! La QVT, comme tout projet, a besoin d'être partagé pour soutenir la dynamique. Que ce soit à travers les instances, les collègues métiers, l'encadrement ou directement par les agents, nous pouvons recueillir une initiative individuelle qui peut trouver une plus grande expression collective.

Nos actions événements visent aussi à aller à la rencontre des équipes pour partager des pratiques ou sensibiliser sur une thématique. Notre prochain rendez-vous ? Le 21 novembre de 10h à 16h aura lieu un moment de découverte autour d'un atelier de relaxation choisi par les participants lors de la semaine de la QVT et un challenge collectif en faveur de la prévention des risques professionnels.

Comité de pilotage QVT composé de : Laurence MILLIAT, Jean-Marie COLIN, Marc LE CHARTIER, Dominique ORSINI, Claudine CLEMENT, Didier DUCATEL, Nicolas TONUSSI, Nadine MICHEL, Carine CROCE, Docteurs Bruno RIVET, Laure LE TREUT, Marie-Claude KOZOULIA.

La question de la chambre d'isolement thérapeutique

Les pratiques de contention et d'isolement existent depuis l'Antiquité dans la prise en charge des personnes souffrant de maladie mentale et présentant une agitation psychomotrice. En France, on retrouve ces pratiques dans un mémoire publié par Esquirol peu avant la loi du 30 juin 1838 qui justifie les mesures de contention mécanique par la sécurisation du patient et de son entourage et l'éloignement des préoccupations désordonnant ses pensées.

La loi du 5 juillet 2011 du Code de la santé publique (CSP) modifiée par la loi du 27 septembre 2013 donne une nouvelle dimension à la prise en charge des soins sans consentement en légiférant sur l'isolement. Cette pratique concerne exclusivement les personnes en soins psychiatriques sans consentement (SSC) et est encadrée par de nombreuses publications et recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CLPL)

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 dite Loi de modernisation de notre système de santé donne pour la première fois un cadre juridique spécifique au recours à l'isolement et à la contention. La volonté (partagée au niveau européen) est de diminuer le recours et la durée de ces pratiques. La dimension traumatisante pour le patient, son entourage et les équipes (dimension longtems occultée) est clairement prise en compte, mais aussi les complications physiques qu'elles peuvent entraîner

Depuis plus de dix ans, le CHValvert a inscrit, dans son projet médical d'établissement, l'interdiction de la contention physique. C'est pourquoi nous n'aborderons ici que le cadre légal et réglementaire de l'isolement thérapeutique.

La Haute Autorité de Santé, dans ses recommandations, définit l'isolement par « le placement du patient à visée de protection lors d'une phase critique de sa

prise en charge thérapeutique, dans un espace dont il ne peut sortir librement et qui est séparé des autres patients ». Elle définit cette mesure comme « une pratique de dernier recours destinée à préserver un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui ». Elle ne peut être envisagée que « lorsque des mesures alternatives différenciées, moins restrictives ont été inefficaces ou inappropriées et que les troubles du comportement entraînent un danger imminent pour le patient ou pour autrui. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée ». La contrainte qu'une telle mesure représente justifie qu'elle fasse l'objet d'un suivi spécifique et systématique par la loi¹.

Le recours à l'isolement doit relever d'une décision médicale qui ne peut être prise que sur la base des éléments cliniques. Elle doit être motivée au sein du dossier médical du patient afin d'en justifier le caractère adapté et ne peut être prise par anticipation ou avec l'indication « si besoin ». La HAS recommande que le renouvellement de la prescription initiale soit fait dans les 12 heures, puis toutes les 24 heures, avec au moins deux évaluations médicales par jour. Dans notre établissement, nous avons précisé que cette évaluation biquotidienne devait être réalisée par le même médecin afin de ne pas aggraver l'état clinique du patient. Une fiche particulière de prescription de suivi doit être remplie au fur et à mesure et le soignant évalue l'état clinique du patient au moins toutes les heures.

Tout isolement ne peut se faire que dans un espace fermé, dédié, aménagé pour cet usage, permettant une surveillance par les professionnels soignants, quelle que soit la dénomination adoptée par l'établissement. La mesure est tracée dans le dossier médical du patient et dans le registre spécifique de l'établissement à visée médico-légale. Sont consignés, pour chaque mesure d'isolement, le nom du psychiatre ayant mis en place la

mesure, la date, l'heure, la durée ainsi que les noms des professionnels ayant effectué la surveillance. L'anonymat du patient est respecté. Ce dernier doit être informé de manière claire et recevoir, notamment, des explications sur les raisons de la mesure, la surveillance qu'elle suppose, ainsi que les critères permettant la levée de la mesure. Le patient peut désigner une personne de confiance et/ou demander que ses proches soient informés des soins dont il fait l'objet. Après sa sortie d'isolement, les éléments spécifiques de sa prise en charge pourront être abordés avec lui dans le cadre d'un entretien.

A partir des données de son système d'information et de la réflexion menée au niveau de ses instances, l'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'isolement au regard des recommandations élaborées par la HAS et de la politique de l'établissement pour limiter le recours à ces pratiques. Le rapport est transmis pour avis à la Commission des usagers au Conseil de surveillance ainsi qu'à l'ARS et à la Commission départementale des soins psychiatriques. Ces éléments qualitatifs sont complétés par des éléments quantitatifs recueillis par service parmi lesquels figurent notamment : le nombre de mesures, le nombre de patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure, le nombre moyens de mesure par patients, la durée moyenne des mesures (avec durée minimale et maximale) et le pourcentage de patients en soins sans consentement ayant fait l'objet d'une mesure.

Le renforcement du cadre réglementaire, et le plus grand contrôle de ces pratiques répondent aux préoccupations légitimes que soulève la restriction des libertés en psychiatrie, et a peut-être également pour but d'être dissuasif afin que ces mesures demeurent exceptionnelles.

Claudine CLEMENT
Directrice des soins

¹ Cf : Instruction n° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement



Le Bal des folles

Victoria Mas

Albin Michel - 256 pages, 2019

Pas facile pour un premier roman de faire sa rentrée littéraire. Dès le mois de septembre, plus de cinq cents titres (dont deux cents premiers romans) sortent des presses des éditeurs et ont quelques semaines pour se faire remarquer. Une demi-vie courte, un effet rebond si en novembre le livre décroche un prix, quelques soubresauts autour de Noël et s'en est terminé, une autre rentrée s'annonce...

Il y en a toujours un qui rafle tout sur son passage. Cette année, c'est *Le bal des folles*. Succès dans la presse, auprès des critiques, Victoria Mas* est partout. Déjà trois prix, dont le prix de la première plume et la voilà en lice pour le Renaudot.

Victoria Mas nous ouvre les portes de la Salpêtrière. Nous sommes en 1885 et dans quelques semaines aura lieu le bal de la mi-carême qui réunit les pensionnaires de l'asile et les bourgeois de Paris tout excités à l'idée de voir celles que la société a reclus en ces lieux.

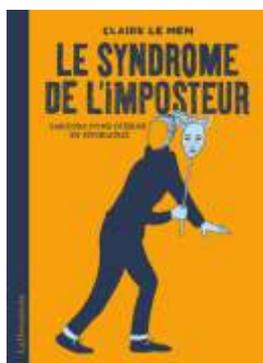
Sujet aride, mais l'écriture est ici d'une simplicité dépouillée de toute ambiguïté (dommage). On oserait dire un style « en rouge et noir ». Il y a presque de la naïveté dans l'intrigue principale, comme si l'auteure, écrasée par son sujet, bottait sur la touche du fantastique. Alors oui, il y a cette cadre sup qui découvre l'empathie, des histoires de transfert, une crise à la Charcot, une leçon à l'attention de celles qui se plaignent de la féminisation de la profession et une jolie ballade dans le Paris de cet hiver glacé. Mais c'est peu pour le lecteur de *Vagabondages* et à ce bal là, –que l'on attend tout au long du roman et qui n'est presque pas raconté, – moi, j'ai fait tapisserie.

* Victoria est la fille de Jeanne !

Frédérique LAGIER

Le Clin d'œil de la Documentation

Lire



Le syndrome de l'imposteur

Claire LE MEN

La Découverte, 2019, 92p.

Avec ce roman graphique inspiré de son expérience personnelle, Claire Le Men relate le quotidien d'une jeune interne en psychiatrie effectuant son premier semestre dans une Unité pour Malades Difficiles. Son double de papier, Lucile Lapiere, a la particularité d'être frappée d'un sentiment maladif d'illégitimité : « le syndrome de l'imposteur » avec lequel elle se débat. Endosser l'habit du « Docteur » détenteur du savoir, lui semble une supercherie au regard de la complexité de la clinique psychiatrique. Cette fragilité – qui poussera d'ailleurs l'auteure à quitter définitivement la médecine pour se consacrer à la bande dessinée – est au cœur de ce récit plein d'humour, sans concession, parfois teinté d'amertume, de l'institution psychiatrique. Dépassant le strict cadre de l'autofiction, Claire Le Men aborde plus largement la place de la folie dans la société avec un souci quasi pédagogique de mettre à mal nombre d'idées reçues sur les patients accueillis en psychiatrie.

Ecouter



Travailler avec la maladie mentale

Médecine rurale dans le Cantal (3/4)

France culture – LSD, La série documentaire
par Perrine Kervran

11 septembre 2019 – 55 mn (à réécouter en podcast sur le site de France Culture)

Dans ce troisième volet d'émissions consacrées à la médecine rurale dans le Cantal, LSD, la série documentaire, s'intéresse à l'ESAT d'Olmet situé dans un château de la vallée de la Cère au cœur du Cantal. « Dans les années 1970, cet ancien aérium a été transformé pour accueillir des adultes atteints de maladies psychiques stabilisées dans le but de leur proposer un travail adapté. De CAT, centre d'aide par le travail, il est devenu un ESAT, Établissement et service d'aide par le travail. On y construit des cordes et des nichoirs à oiseaux, on y récolte du miel et on conditionne de la quincaillerie pour les usines aux alentours. Comme partout, l'heure est à la rentabilité. Alors certains résistent pour que l'on n'oublie pas que la relation humaine et l'attention portée à la maladie constituent la raison d'être de ces établissements ».

Voir



La faim des fous

Un film de Franck SEURET

Production : Pour Mémoire. 2018, 53 mn.

Dans ce film documentaire, Franck Seuret revient sur un pan de notre histoire longtemps passé sous silence, celui des 45 000 malades mentaux morts de faim dans les hôpitaux psychiatriques durant la seconde guerre mondiale. Nous suivons les descendants de ces hommes et ces femmes qui cherchent à comprendre ce qui est arrivé à leurs proches et les sortir de l'oubli. Isabelle Gautier, que l'on suit tout au long du film, découvre avec émotion le parcours de sa grand-mère, Hélène Guerrier, morte de « cachexie pour insuffisance alimentaire » en raison du sévère rationnement infligé aux patients à l'hôpital psychiatrique de Clermont-de-l'Oise, en 1942. « Sa quête personnelle devient enquête historique. Elle va plonger dans ce drame méconnu de la seconde guerre mondiale et aller à la rencontre de ces internés tombés dans les oubliettes de l'histoire, familiale et nationale. »

Sophie KARAVOKYROS

Documentaliste

Menu Du côté de chez Max

Manger responsable

S'alimenter responsable, c'est accorder notre alimentation avec notre environnement. C'est-à-dire protéger ce dernier en participant au développement économique de notre terroir, en assurant un monde rural et dynamique, tout en prenant soin de soi et de sa planète.

Mais comment faire ?

Tout d'abord, réduire la production de déchets. Commençons par réduire le nombre d'emballages en évitant d'acheter les plats préparés du commerce avec leurs barquettes en aluminium et leurs sachets plastiques conçus pour le micro-onde. Préférons les légumes et fruits en vrac plutôt que les jus de fruit en bouteilles, les salades en sachet, les légumes en barquette...

Préférons également l'élevage naturel : des œufs de poules élevées en plein air par exemple.

Ensuite, évitons le gaspillage. Faisons une liste de courses en fonction de ce qu'il nous reste dans nos placards et notre réfrigérateur. Regardons bien les dates limites de consommation en plaçant au fond les dates les plus éloignées.

Réduisons le coût des transports des marchandises en consommant local et en privilégiant les produits de saison afin de limiter les dégagements de gaz à effet de serre et les nuisances issues des différents modes de transport.

On peut aussi faire ses courses à pied ou à vélo afin de favoriser les commerces de proximité tout en bannissant le sac jetable (400 ans pour qu'un sac plastique se dégrade). On pense donc à son cabas, son chariot à roulettes ou au tote bag. Bien évidemment, on préfère une agriculture bio (si le

budget le permet...).

On pense aussi à des astuces de rattrapage express : si votre pain est mou ou sec, faites du pain perdu. Vos légumes sont défraîchis : une soupe pardi !

On congèle le surplus plutôt que de jeter...

Enfin, on trie ses déchets. A Valvert, on essaie également de manger responsable : nous avons supprimé le Nutella®. L'huile de palme n'est certes pas dangereuse pour notre santé (la composition est équivalente à celle du beurre) mais pour les orang-outans c'est une autre histoire... Ces petites astuces sont faciles à mettre en place, bonnes pour notre planète et nous permettent un mode de vie plus sain.

Maxime LAFONT

Diététicien



Les séminaires cliniques Valfor à venir

22 novembre 2019 :

« La réquisition judiciaire » - Dr Bruno RIVET, M. Marc LE CHARTIER

24 janvier 2020 :

Présentation de l'ouvrage Pour une épistémologie de la psychiatrie de German E. Berrios par les fondateurs des Editions de la Conquête.

27 mars 2020 :

« L'approche snoezelen » - M. Théo IACONO Psychomotricien, Equipe de l'Oasis

26 juin 2020 :

"Les groupes de parole pour les familles. Et si on naviguait à plusieurs ?

Proposition d'un axe de réflexion sur la dimension du familial dans le soin des patients."
Emilie BARNIER (Psychologue clinicienne)
Yann ESPANET (Educateur spécialisé)
Equipe de l'hôpital de jour Les Ecoutilles

Les séminaires cliniques ont lieu le 4ème vendredi du mois à 10h15.

OLEA EUROPAEA

Grâce à la motivation des patients ayant participé à la vente du muguet et avec une partie des gains de cette journée, un petit olivier a été planté sur le chemin qui mène des Tilleuls à la Calanque. Il est le premier arbre à être identifié sur le plan botanique. Nous souhaitons qu'il ne soit pas le dernier, un joli projet que nous aimerions partager... Ce petit olivier, si jeune, a déjà une histoire de vie, et si vous lui rendez visite, vous aurez peut-être la chance de rencontrer un promeneur qui pourra vous la raconter.

L'équipe de la sociothérapie



Un Groupe d'Analyse de Pratiques sur les programmes de soins primé au concours de l'ANFH 2019

Le 20 juin dernier, Hélène CLARISSE et Isabelle LABICHE se sont rendues à Paris pour recevoir le prix du concours ANFH 2019 dans la catégorie "Développement professionnel continu (DPC) médical et paramédical". Ce concours récompense chaque année un projet innovant en matière de formation dans les établissements publics. A l'occasion de la remise des prix qui a lieu lors de l'assemblée générale annuelle de l'ANFH, une vidéo présentant chaque projet primé est diffusée. La vidéo présentant l'action de Valvert est disponible sur Youtube à l'adresse suivante : <https://youtu.be/ztfQhgzeUhc>.

Le groupe d'analyse de pratique est un temps de travail collectif qui s'apparente en tout point à une synthèse clinique : présentation clinique par le psychiatre référent, élaboration d'une problématique, discussion puis validation d'une conduite à tenir. Les différences tiennent en quelques points : émargement d'une feuille de présence, présentation d'un patient pris en charge en ambulatoire en programme de soins, mise à disposition d'une bibliographie autour des programmes de soins, et, enfin, rédaction d'un compte rendu à l'issue de chaque réunion. En fin de cycle, des axes d'amélioration, élaborés grâce à l'analyse de l'évolution des programmes de soins sont rédigés.

Ces quelques différences rendent ce groupe conforme à la méthodologie HAS des « Groupes d'Analyse de Pratiques » et, donc **éligible au DPC au titre de la brique « EPP »***. Chaque agent qui a participé à ce groupe durant 1 an a ainsi validé une brique de son parcours DPC. Il en ressort également que les participants y ont trouvé un intérêt clinique important.

Pour valoriser encore davantage ce travail, la participation à ce groupe de travail est, depuis 2019, **validante pour l'« action OPP »** car enregistrée à l'ANDPC*.

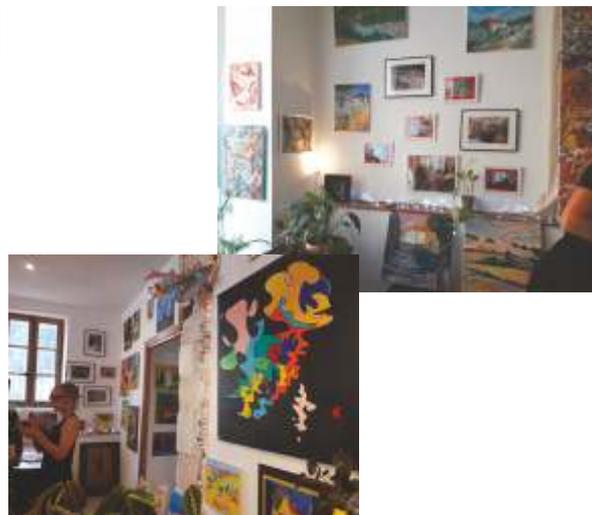
Trois séances de deux heures ont été organisées en 2019 et **un nouveau cycle est programmé en 2020. Le public « cible » a par ailleurs été élargi aux infirmiers** pour permettre au plus grand nombre de profiter de la richesse clinique de ces échanges tout en validant une partie de son parcours DPC.

Si vous êtes intéressés, vous êtes dès à présent invités à vous rapprocher de votre responsable formation (Corinne Chresteil pour le personnel infirmier et Isabelle Labiche pour le personnel médical). Vous pouvez également contacter par mail la responsable du groupe le Docteur Hélène CLARISSE (helene.clarisse@ch-valvert.fr) pour de plus amples informations.

*cf. Article Vagabondages sur le DPC

EXPOSITION PEINTURES ET PHOTOS

Le vendredi 13 septembre 2019, au Macadam (24, rue d'Alger), ils étaient une centaine (patients, personnel de l'hôpital et personnes extérieures à l'hôpital) à venir assister au vernissage de l'exposition de peintures et de photos organisée par le CATTP Saint-Barnabé, l'hôpital de jour Gasquy et l'unité les Tilleuls. Un moment de convivialité et d'échanges, dans cette galerie marseillaise, qui a permis de mettre en valeur le travail soutenu réalisé toutes les semaines dans les ateliers peinture et photo du secteur. Quelques réalisations ont même trouvé preneurs !



L'association Ose l'Art et le CH Valvert présentent :

**La Fabrique Musicale & One Shot Lili
Concert le vendredi 6 Décembre 2019 à 20h,
salle du CH Valvert, gratuit**

Une création née de la rencontre entre les patients et personnel du CH Valvert et le groupe One Shot Lili, orchestrée et menée par Aurélie Agullo. Un répertoire issu des compositions des patients, travaillées et élaborées durant plusieurs mois au sein même de l'établissement. 17 musicien(nes) et chanteurs(euses) sur scène vous présentent leur travail.

(crédit photo : oselart)

Arrivées

GUARINO Melissa	Psychologue	CDD	HJ ESPERANZA LA FARANDOLE I03
GUERQUIN Gaelle	I.S.G.S	mutation	DISPOSITIF SOINS ADOLESCENTS
HANEN Sylvie	Cadre supérieur socio-éducatif	mutation	GESTION DU PERSONNEL
HASSELHAN Benjamin	I.S.G.S	CDD	HC CEDRES G07
INTARTAGLIA Steven	I.S.G.S	CDD	HC ETOILE Z01
KHALIL Marie-Claude	I.S.G.S	mutation	URG PSY LIAISON LA CIOTAT
MLECZAK Nicolas	Cadre de santé	mutation	CMP ST MARCEL G07
MOKUS Fabien	I.S.G.S	CDD	HC CALANQUE G08
MOLINIER Mayeul	Educateur spécialisé	CDD	CMP 10/11 I03
PASCAL Jean Brice	Psychologue	CDD	UMPPA
RAMONDA Laurent	Infirmier DE	mutation	HJ L'ESCALE G07
RENAUD Anthony	Adjoint Administratif	mutation	BUREAU DES ENTREES
TAVIGNOT Marc	I.S.G.S	mutation	HJ OASIS SESA

Départs

ABOUD Christelle	Assistant médico-administratif	Fin de Contrat
ANSEL Gildas	Psychologue	Fin de Contrat
ASSIER Magali	Agt des Svc Hospitaliers Qualifié	Disponibilité
AZENAG Evelyne	I.S.G.S	Retraite
BARTHELEMY Gérard	Infirmier DE	Retraite
BAYLE Léa	I.S.G.S	Fin de Contrat
BENKHIAT Dalila	Assistant médico-administratif	Fin de Contrat
BENYOUB Ali	Ingénieur Hospitalier	Licenciement
BLANCHOUIN Rachel	I.S.G.S	Retraite
BOUCHITTE Lucas	Agent d'Entretien Qualifié	Fin de Contrat
CANEPA Patricia	Adjoint des cadres hospitalier	Disponibilité
DUBOSCQ Corinne	Cadre sup. santé	Mutation
HIBON Stéphanie	Psychologue	Mutation
LACERENZA Clément	I.S.G.S	Disponibilité
MARTIN Mathilde	Psychologue	Mutation
ORTSCHEID Josiane	Adjoint des cadres hospitalier	Retraite
PIGNARD Nathalie	Psychologue	Fin de Contrat
ROUSSET Nicolas	I.S.G.S	Disponibilité
SORIANO Marie	Psychologue	Démission
STOOPS Danielle	Cadre sup. santé paramédical	Retraite
WENGLORZ Marie-Therese	Agt des Svc Hospitaliers Qualifié	Retraite

Promotions

LITAIZE Philippe	Agent de Maîtrise
ERUDEL Rebecca	Cadre de Santé
CHABBI Benaïssa	Infirmier en soins généraux



Congrès Colloques

Psychanalyse et autisme : un autre regard

Week-end de travail du Groupe d'Etudes et de Recherches Psychanalytiques pour le Développement de l'Enfant et du Nourrisson (GERPEN)

30 novembre -1er décembre 2019

Paris

Contact : 01 45 94 16 30 – gerpen@gerpen.org

Le monde de l'autisme : une autre façon de « résonner »

Colloque de la revue *Enfances & Psy*

6 décembre 2019

Paris

Contact : 05 61 75 15 76 – formations@editions-eres.com

La crise

11ème Congrès Français de la Psychiatrie

4-7 décembre 2019

Nice Acropolis

Contact : 01 55 43 18 18 – info@congresfrancaispsychiatrie.org

Musicothérapies : dépressions, langages et émotions. Actualités de la recherche et des pratiques

Congrès international de Musicothérapie organisé par l'Université Toulouse Jean-Jaurès et la Clinique Marigny, en partenariat avec la Société Internationale de Psychopathologie de l'Expression et Art-Thérapie (SIPE-AT)

6-7 décembre 2019

Toulouse

Contact : www.sfpe-art-therapie.fr

Jouer, symboliser : contribution des épreuves projectives pour une clinique du jeu

Organisé par La Société du Rorschach et des méthodes projectives de langue française, en collaboration avec le DUPP et le laboratoire PCPP de l'Université Paris Descartes

7 décembre 2019

Boulogne-Billancourt

Contact : secretariat.societe.rorschach@gmail.com

La psychothérapie des psychoses

Journée d'études organisée par la Société de Psychanalyse Freudienne (SPF)

18 janvier 2020

Paris

Contact : 01 43 22 12 13

6èmes Rencontres de la recherche en soins en psychiatrie

Organisées par le Groupe de recherche en soins infirmiers (GRSI)

23-24 janvier 2020

Ecully (Lyon nord)

Contact : www.rrspsy.fr - tél. : 04 72 42 19 19- inscriptionsrrsp@ch-st-cyr69.fr

Et si on parlait de désir ?

Journée organisée par SERPSY (Soins Etudes et Recherches en PSYchiatrie)

7 février 2020

Aix-en Provence

Contact : serpsypaca@gmail.com

Journée d'étude sur les compétences d'interaction des infirmiers en psychiatrie

Organisée par l'hôpital du Vinatier et le laboratoire ICAR

20 novembre 2019

Bron

Contact : <https://langage-soins.sciencesconf.org/>

Psychosomatique et configuration des liens/ Douleur psychique contre douleur physique

15e journée scientifique et 8e journée internationale de l'association Apsylien-Rec.

23 novembre 2019

Bron

Contact : 06 87 71 84 55 – apsylien@wanadoo.fr

Psychodrame avec fin, psychodrame sans fin

Colloque d'ETAP (Etude et Traitement Analytique par le Psychodrame)

23 novembre 2019

Paris

Contact : 01 53 17 13 50 – pratiques.formation@spasm.fr

Les interdits, pour quoi faire ? Frustration, punition, protection

Journée organisée par Catherine Chabert et la revue *Carnet PSY*, en collaboration avec le Laboratoire de Psychologie Clinique, Psychopathologie, Psychanalyse (PCPP)

30 novembre 2019

Paris

Contact : 01 46 04 74 35 - est@carnetpsy.com

La qualité de vie : nouveaux visages de la psychiatrie et de la santé mentale

Colloque organisé par la Société parisienne d'aide à la santé mentale (SPASM), nouvellement Les Ailes déployées, à l'occasion de ses 60 ans

3 novembre 2019

Paris

Contact : 01 43 87 24 63, smillie@regards-events.fr, www.spasm.fr