

*Le thème du séminaire est l'accompagnement. Cette deuxième session est consacré au travail d'accompagnement des personnes présentant un handicap psychique effectué en MAS. Nous avons choisi de présenter la situation de Mme M., admise à La Résidence du Dr Paul Gachet depuis 2013.*

**Présentation de la MAS** (Carmen) : son histoire, son projet, sa spécificité (accueil de personnes présentant un handicap psychique).

**Présentation de la situation de Mme M.** (ensemble de l'équipe pluri disciplinaire)

Catherine M est née le 21 juin 1961. Elle est fille unique. Elle vivra chez ses parents jusqu'à 20 ans. Toutefois, dans les premières années de sa vie, ses parents la confient à une de ses grands-mères et voyaient donc ses parents le week-end.

Mr et Mme M ont divorcé dans les années 90. La psychiatre qui suit Mme M. précise que la mère a posé un ultimatum à son mari « ta fille ou moi ». Monsieur a choisi sa fille. Dr D. décrit un climat particulier de type incestuel dans cette relation père-fille.

Puis, Monsieur a vécu en couple avec Mme L. jusqu'à son décès en avril 2014. Mme M se rendait très fréquemment chez son père notamment les week-ends, du jeudi au dimanche. Les relations avec la belle-mère sont difficiles. A ce jour, elles ne sont plus en contact. Le lien se fait au travers de la maison : Mme M en est la propriétaire, Mme L. en a l'usufruit. Mme M dit fréquemment attendre un appel et regagne sa chambre à une heure précise dans l'hypothèse de cet appel.

Sa mère lui rend visite tous les lundis après-midi avec beaucoup de régularité. Elle se donne pour mission de stimuler sa fille sur le plan intellectuel mais aussi physiquement en lui proposant une sortie à pied. Elle n'accueille jamais sa fille à son domicile.

De sa vie scolaire et professionnelle, Catherine M dit avoir poursuivi sa scolarité jusqu'en 1<sup>ère</sup> ou terminale puis elle a été opératrice de saisie chez IBM durant 4 ans (Son père travaillait lui-même à IBM).

Sa première hospitalisation en psychiatrie date de 1989, où elle a été hospitalisée à l'hôpital des Murets. Elle a eu de nombreuses hospitalisations depuis cette date. Elle a séjourné pendant 13 ans à l'hôpital de manière continue jusqu'à son arrivée à la MAS en 2013.

### **Arrivée de Catherine M. à la Résidence**

Catherine M. est admise en 2013 à la MAS après 13 années passées en continu à l'hôpital. Elle présente une schizophrénie avec des manifestations hallucinatoires (visuelles, olfactives notamment). Ces manifestations sont très présentes au quotidien, elle évoque sa relation avec le chanteur Roch Voisine ou le tennisman Raphael Nadal. Elle montre parfois des signes de retrait, de tristesse ou d'agressivité lorsqu'elle se sent menacée par des « rivales ». Ces rivales sont les épouses des célébrités, « Axel Red » ou des encadrantes précises qu'elle perçoit comme « belles », « trop belles » précise-t-elle. Cela peut générer de l'agressivité verbale (cris, insultes). Catherine M parle aussi de « ses peines de cœur » avec une teinte plus mélancolique, elle apparaît alors très affectée par ce qu'elle ressent. Nous la percevons alors comme envahie par son monde imaginaire, très déconnectée de son environnement.

L'équipe a également noté lors de son arrivée des rituels très présents notamment en début de journée. Ces rituels étaient très nombreux et prenaient beaucoup de place dans le quotidien. Elle a de nombreux rituels le matin du lever jusqu'au moment de la douche. Elle présente des hallucinations olfactives qui peuvent susciter ces rituels. Elle nous a récemment dit « les odeurs, je dois toujours lutter contre ça ». Pour l'essentiel, il semblerait que ces rituels soient tournés autour d'une forme de purification. Elle a notamment des temps qu'elle nomme « mes aérations » qui sont des mouvements, des gestes qu'elle réalise à l'extérieur. Elle en parle peu mais nous arrivons désormais à comprendre qu'elle se « lave », se purifie. Le contact avec l'air a selon elle des vertus de purification.

Ces rituels ont également une fonction de « remplissage » au niveau de sa « gestion » du temps. Nous observons que ces rituels ont tendance à être moins présents au fil du temps. Dans les moments de crise, il y a recrudescence de ses rituels. Elle dit alors qu'elle est obligée de les faire et peut en souffrir « si vous croyez que c'est drôle d'être obligé de m'aérer ! » dit-elle.

Mme M. avait une vie plutôt rythmée lors de son arrivée puisqu'elle sortait en famille très régulièrement, avait la visite de sa mère et participait assez régulièrement aux activités (comme elle en avait l'habitude à l'hôpital). Au moment du décès de son père en 2014, des changements de comportements sont apparus. Mme M était plus apathique. Cette attitude a été interprétée comme une étape dans le processus de deuil. Cependant, cette phase s'est installée. Mme M. est de moins en moins sortie, elle s'est installée dans le salon de l'unité et a investi un fauteuil situé devant la télé. Elle a des phases de somnolence de plus en plus prononcées. Ces modifications s'installent doucement dans le temps.

Cette occupation de l'espace quasi-permanente, la présence de rituels qui nécessite de fréquents allers-retours avec l'extérieur, les manifestations délirantes (odeurs, rapport à la télévision, à la radio) amènent un sentiment d'envahissement qui touche tant les autres résidents que les professionnels. En 2016, les tensions entre Mme M et les autres résidents de l'unité et entre Mme M et les membres de l'équipe sont fréquentes. Sa situation est très souvent évoquée lors de nos réunions d'équipe ou clinique. Comment « contrôler » ces troubles qui déstabilisent les autres personnes et les professionnels ? Le terme « cadre » est souvent utilisé pour parler de Mme M. L'accompagnement au lever est devenu un enjeu, c'est un moment de tension avec la résidente... ou de résignation. On oscille alors entre un désir de contrôle ou d'abandon. Mme M demande de l'aide mais conteste sans arrêt cette aide apportée « Poussez-moi » demande-t-elle souvent afin de lui permettre de « fonctionner » mais le moindre contact est source d'interprétation « vous me faites mal », « vous me bousculez »...dit-elle fréquemment. Cette ambivalence est source de déstabilisation pour l'accompagnement de Mme M. Chaque encadrant cherche sa propre solution pour contenir cette sensation d'envahissement, les contradictions dans le discours et les attitudes de Mme M. Cela contribue à créer des divisions dans l'équipe.

Nous avons aussi pu observer des tensions entre l'équipe de la MAS et le CMP. Des changements de traitements fréquents, des informations qui ne circulaient pas, ne contribuaient pas à une collaboration au bénéfice de l'accompagnement de Mme M. Celle-ci ne souhaitait pas que nous assistions au RDV CMP et donnait à voir une attitude très policée devant sa psychiatre alors qu'elle était en souffrance au quotidien.

Selon la psychologue référente de l'unité, une forme de clivage induit par le fonctionnement pathologique de Mme M. (figure maternelle/figure paternelle) s'est peu à peu installée dans nos relations professionnelles et interprofessionnelles.

## Le travail d'accompagnement

A partir de ces informations, de ces constats recueillis lors des réunions et des échanges avec Mme M, nous avons commencé à construire un dispositif d'accompagnement plus adapté aux besoins de cette résidente. Nous pouvons le décliner en 4 points. Chaque point vise à améliorer la qualité relationnelle entre Mme M. et l'équipe, Mme M. et les autres résidents.

→ Les plannings (journée et activités) : La question des repères est importante pour Mme M. Nous lui avons donc proposé de construire ensemble un « planning » de ses journées pour l'aider à « fonctionner » comme elle dit. C'est un outil très détaillé, nous (éducateurs et référentes) en discutons régulièrement lors des entretiens. Ce planning ne peut pas changer tous les jours, il est réévalué mensuellement. Le seul point « imposé » est le réveil de la sieste à 16h. Mme M était alors dans une phase très apathique avec une dégradation de son état physique (hygiène, énurésie) et psychique. Ce planning est un repère pour Mme M et pour l'équipe. Il vise à améliorer la qualité relationnelle. Si les horaires sont précis, cela n'empêche pas des ajustements : Mme M. demande souvent « encore 5 mn », cela est possible et parfois souhaitable. Elle reste actrice, il y a du « jeu » possible comme le précise la psychologue référente de l'unité.

Il y a également le planning d'activité proposé par le pôle d'activité. Mme M est rencontrée 1x/mois pour définir une sortie par semaine + une activité en interne. Cela s'ajuste en fonction de ses centres d'intérêts. Cette organisation est plus efficace. Auparavant, elle était sollicitée toutes les semaines, ce qui était finalement vécu comme persécutant par Mme M. Mise en avant d'une dimension contractuelle.

→ Les entretiens : ils ont lieu à un rythme mensuel en présence de l'éducateur et des référentes. Un temps est consacré à la révision du planning puis à des échanges sur le quotidien. Nous sommes attentifs à ses propos, à ses questions. Au fil du temps, Mme M nous fait part de ses difficultés avec les odeurs, avec la télévision empruntées d'éléments parfois délirants. Ceci semble la soulager et nous permet de mieux comprendre ce qu'elle vit. Une confiance s'est installée entre Mme M et ses référentes, cette confiance est à relayer auprès des autres professionnels pour éviter des clivages importants (souci d'ouverture relationnelle).

→ Les réunions : la réunion clinique menée par la psychologue est un espace d'élaboration qui permet tout d'abord à l'équipe de parler librement des résidents. Mme M a très souvent été évoqué notamment dans les premières années de son accueil. Il s'agit de parler du quotidien, des anecdotes, de mettre en commun nos observations, nos ressentis. C'est à force d'échanges, de réflexions que nous y voyons plus clair et cela nous permet d'identifier « la partie saine » du sujet pouvant être un appui dans l'accompagnement. Parler du résident permet de le faire « vivre », de générer du lien avec et autour de lui (effet de contenance). Pour Mme M, un des effets pour les membres de l'équipe est de ne pas agir en réaction à ce qui peut être vécu comme une provocation de la part de Mme M. Cet espace, avec la réunion d'équipe, permet de mettre à distance, de partager ce que nous vivons dans cet accompagnement.

→ Le lien avec le CMP : Nous avons pu constater que nos relations avec la psychiatre de Mme M tendaient à se dégrader : propos disqualifiant, incompréhensions, incohérences... Dans un premier temps, nous avons pu participer ponctuellement à des entretiens avec Mme M et son médecin pour apporter notre point de vue. Cela faisait effraction dans la logique de Mme M. et elle nous manifestait son mécontentement. Ceci n'est pas systématique pour préserver l'espace thérapeutique. Une réunion de synthèse a été organisée au CMP dans un moment de mal-être plus important. Un apaisement des troubles a été observé dans les semaines qui ont suivies.

### Les problématiques rencontrées, les pistes de travail :

→ La question du corps est compliquée à travailler avec Mme M tant au niveau des questions liées à l'hygiène qu'à la santé. Elle a un rapport assez « érotisé » au corps, un rapport de séduction/rivalité pouvant provoquer un certain malaise chez l'encadrant. Sur les questions de santé, elle est plutôt hostile et refuse certaines consultations, certains soins (dentaire, prise de conscience du poids, suivi gynéco).

→ Le lien aux autres, la place dans le groupe : Mme M est perçue comme une personne difficile, présentant des troubles manifestes. Elle reçoit beaucoup d'agressivité, du rejet de la part des autres résidents. Nous observons cependant qu'elle peut se montrer attentive aux autres, capable d'être compréhensive des difficultés des autres. L'invitation au restaurant qu'elle a proposé aux autres résidents, sa participation aux séjours a permis de modifier cette situation « stigmatisante ». Du côté, des professionnels, il y a également un travail d'association aux entretiens à mener pour sensibiliser l'ensemble de l'équipe à la complexité de la personnalité de Mme M.

→ La dimension chronique paraît particulièrement présente chez Mme M. Nous avons pensé à un changement d'unité tant elle paraît « attachée à l'unité », ce qu'elle répète souvent. Est-ce que cela pourrait avoir une pertinence pour Mme M dans le futur ?

Notes d'une participante

Séminaire accompagnement thérapeutique 2018 - SMF-IDF (*Santé Mentale France Ile de France*)

**Le travail d'accompagnement dans la Maison d'Accueil Spécialisée de Créteil (Oeuvre Falret , resp. C. Delavaloire)<sup>[1]</sup><sub>SEP</sub>** \_\_\_\_\_15 février 2018

La MAS de Créteil, située à côté de l'hôpital Chenevier a un partenariat (non sectorisé pour permettre la continuité) avec un (des 9) GEM de Créteil *dirigé par Béatrice Barbier*.

Un GEM (groupe d'entraide mutuelle – prémices depuis 1979 mais officiellement créés en 2005) est un lieu de loisir pour les adhérents : Jeux de société ...

Une ancienne résidente de la MAS est devenue présidente de GEM à Créteil

La MAS a 10 places pour un accueil de jour et quelques places pour un accueil temporaire.

Pour les 40 résidents à temps plein, le travail se fait en unité de 10 résidents pour 9 encadrants

L'équipe présente le travail d'accompagnement thérapeutique pour Mme M., née en 1961, M. a enjeu et l'objet de tensions entre ses parents qui ont divorcé. Mme M a travaillé pendant 4 ans dans l'entreprise où travaillait son père – elle a ensuite été en invalidité.

Sa première hospitalisation date de 1989.

De 2000 à 2013 elle a été hospitalisée en continu - sauf vacances chez son père.

A présent son père est mort, elle a gardé des contacts avec sa belle-mère et sa mère – « fuyante » sur la pathologie de sa fille - la voit tous les lundis après-midi – pour une mission "culturelle".

La MAS où elle rentre en 2013 constitue une chance pour elle. Elle souffre d'hallucinations visuelles olfactives, a des rituels envahissants – ce qui rend tout ce qui tourne autour de la toilette du matin long et compliqué.

Elle entend des voix – et mêle à sa vie d'imaginaires relations avec des vedettes connues. Elle présente parfois une phobie du toucher ...

Souvent apathique l'après midi elle fait des longues siestes, ne participe plus aux activités non obligatoires proposées par la MAS.

L'équipe des professionnels est pluridisciplinaire : médecin, as, ide, psy, maintenance, pôle administratif, pôle animateurs pour les activités extérieures

Il y a une personne que l'on appelle la Maîtresse de maison : elle fait le ménage, sert les petits-déjeuners mais a aussi un rôle d'accompagnement des résidents (entre le sanitaire et l'éducatif)

Ils ont régulièrement des réunions de synthèse

Une Psychiatre est présente à 40% (2 jours par semaine) - chaque résident a son psychiatre référent au CMP.

La MAS est financée par l'ARS – le contrat étant qu'il faut éviter les hospitalisations.

Pour les équipes, le cas de Mme M. a créé des tensions : cas trop envahissant, patiente trop compliquée pour certains.

A présent, elle est plus attentive aux autres résidents, ce qui réduit les tensions, elle a moins besoin de rituels quand elle est à l'extérieur.

L'accompagnement qui s'est mis en place peu à peu avec son accord est le suivant :

- 1) Planning (organisation de la journée de Mme M.)
- 2) Entretiens une fois par mois avec 3 personnes de l'équipe
- 3) Réunions cliniques et d'équipe
- 4) Lien avec le CMP

A la MAS à l'accueil il y a des couloirs – de l'espace / ce qui répond au besoin d'être isolé pour les résidents. Pour eux, le temps est détendu, ils ont besoin de temps non contraint. Inutile de les pousser à des projets qui leur restent extérieurs. 50% des résidents (5 unités) peuvent sortir seuls.

### Réflexions C. Bonnet

Très belle histoire d'un accompagnement dans la vie quotidienne d'une dame dont la situation s'est beaucoup aggravée : capable de travailler en MO elle se retrouve quelques années plus tard en MAS !

Une personne très prisonnière de ses symptômes, en particulier de ses rituels obsessionnels tout en gardant beaucoup de potentialités.

On constate que pour accompagner il faut préalablement que l'accompagnateur soit accepté. Pour cela il faut pouvoir s'approcher, rire avec, supporter et tolérer les écarts comportementaux délirants hallucinatoires, les rituels obsessionnels ou étranges.

Cet accompagnement est basé sur une logique de contrat ( elle doit sortir une fois par semaine et se rendre une fois par semaine au pôle activités) mais en même temps la philosophie de l'institution est dans l'idée de « ne pas imposer » tout en montrant que des règles existent que des possibilités d'activités existent. Il y a une recherche de l'adhésion et des capacités d'investissements des résidents, en acceptant de prendre du temps pour que « ça bouge » et en proposant un environnement vivant attrayant mobilisateur.

L'institution vit avec l'idée que toute contrainte pourrait aggraver les troubles du comportement, l'activité délirante ?

L'accompagnement de cette résidente s'appuie sur plusieurs outils qui permettent une médiation dans la relation, en particulier l'élaboration et la mise à jour régulière du planning car si elle est seule elle ne réussit pas à se laver en fonction de ses rituels et si on lui impose elle s'oppose Si le planning est revu de façon espacée elle se sent abandonnée et si il est trop rapproché elle se sent persécutée.

Le deuxième outil ce sont les entretiens qui sont des espaces de négociations (/ vie quotidienne) et de compréhension ( / ses comportements, ses propos, sa souffrance). C'est là où peuvent se construire un chemin commun entre elle et l'équipe, découverte les uns les autres, moments où elle peut être valorisée