

29 novembre 2017

Centre des Congrès

LYON

SALLE LUMIÈRE

P R O G R A M M E



3^{ES} RENCONTRES
SOIGNANTES
EN PSYCHIATRIE

Isolement et/ou contention :
quelles perspectives cliniques ?

Organisées par

santé mentale
www.santementale.fr

**REJOIGNEZ LA REVUE SANTÉ MENTALE
ET SES PARTENAIRES SUR LE STAND N°14
dans l'espace d'exposition
du Congrès Français de Psychiatrie**



14D

adhesia **a**

14C

 **santé mentale**
Le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie

**3^{ES} RENCONTRES
SOIGNANTES
EN PSYCHIATRIE**

STAND N°14



14B

anaxis
santé

cnfe

14A

Isolement et/ou contention : quelles perspectives cliniques ?

L'isolement et surtout la contention font émerger de réelles questions organisationnelles et cliniques. Ces pratiques peuvent en effet compromettre l'alliance thérapeutique, retarder la réhabilitation psychosociale, et complexifier le rétablissement. Quels critères cliniques légitiment le recours à l'isolement et/ou à la contention ? Quels bénéfices cliniques en attendre ? Quels sont les effets indésirables ? Comment établir une balance bénéfice/risque ? Quelles procédures explicites mettre en place ? Des équipes n'utilisent ni contention, ni isolement. Comment procèdent-elles pour contenir les patients agités ? Comment s'appuyer sur leurs savoir-faire et leur expérience ?

7h30 - 9h00 Accueil des participants

9h00 - 10h30 Ouverture

Isolement et/ou contention : une responsabilité éthique éclairée

- **Les pratiques d'isolement et de contention sont-elles acceptables pour les personnes qui les vivent ?**

Les usagers-experts « Capdroits ».

- **Isolement et contention, dimension juridique et éthique**

Éric Péchillon, professeur de droit public Université Bretagne Sud, spécialisé en droit de la psychiatrie.

- **Du désamorçage à l'isolement-contention, des réponses graduées à partir de la clinique**

Charles Alezrah, psychiatre, président du groupe de travail « Isolement et contention » à la Haute Autorité de Santé (HAS) et *Marielle Lafont*, médecin, Conseiller à la HAS, service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours, co-pilote groupe de travail « *Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en services de psychiatrie* ».

10h30 - 11h00 Pause - visite de l'exposition

11h00 - 12h30

Isolement et/ou contention : une décision clinique argumentée

- **Arguments cliniques pour isoler et/ou attacher**

Jean-Pierre Vignat, psychiatre des hôpitaux, PH honoraire, formateur, superviseur.

- **Isoler et/ou attacher : quelles conséquences sur le parcours de vie ?**

Dominique Friard, infirmier de secteur psychiatrique, superviseur d'équipes

- **La lente sortie de la chambre d'isolement de Fidélio ou le collectif soignant en mouvement**

Jacky Merklings, cadre supérieur de santé et *Corinne Merklings*, cadre de santé, Centre psychothérapeutique de Nancy.

12h45 - 13h45 Symposium déjeuner-débat
avec le soutien des laboratoires Otsuka-Lundbeck

- **Des soins orientés rétablissement : l'intérêt de la santé mentale positive**

Elisabeth Giraud-Baro, psychiatre, médecin coordonnateur de la clinique du Dauphiné, présidente du comité français pour la réhabilitation psychosociale, coordinatrice médicale du réseau RéHPsy (Réseau Handicap Psychique : Isère, Drôme, Savoie, Haute-Savoie).

- **Remise des Prix Infirmiers en Psychiatrie 2017**

14h00 - 15h30

Isolement et/ou contention : des modalités pratiques régulièrement interrogées

- **État des lieux des pratiques**

Betty Brahmy, psychiatre des hôpitaux, contrôleur au Contrôle général des lieux de privation de liberté (CGLPL).

- **Définir le bon usage de la contrainte : retour sur les pratiques ordinaires de recours à la chambre fermée**

Delphine Moreau, sociologue, Haute école en santé - Vaud (Hesav), Lausanne.

- **De la contention physique à la contenance psychique : le cheminement d'une équipe de soins**

William Errigo, cadre supérieur de santé, et *Arnaud Boeglen*, psychologue clinicien, unité La Chamoise du Centre psychothérapeutique de l'Ain.

15h30 - 16h00 Pause - visite de l'exposition

16h00 - 17h30

Isolement et/ou contention : des alternatives élaborées par le collectif soignant

- **Comment prendre en charge les états de violence et d'agitation sans isoler ou attacher ?**

Fiorenzo Bianchi, directeur des soins, *Eleonora Manetti* et *Marija Jovanovic*, infirmières en santé mentale, équipe de l'hôpital de Mendrisio (Suisse).

- **Alternatives à l'isolement et à la contention en psychiatrie : expertises soignantes et légitimité des savoirs ancrés (Recherche-Action TARPI)**

Jerry Libert, kinésithérapeute, et *Julien Simon*, éducateur, Clinique hospitalière Jean Titeca (Bruxelles), *François Gillet*, éducateur et psychopédagogue et *Roland Pollefait*, sociologue, CERISES.



Interventions filmées disponibles sur le site :
www.rencontressoignantesenpsychiatrie.fr

09:00

OUVERTURE

- **Isabelle Lolivier**, rédactrice en chef de la revue *Santé mentale*.
- **Michel Nicolas**, directeur des soins, Centre hospitalier Saint-Cyr-au-Mont d'Or.

**Reportage audio/vidéo/photo : Frères humains qui à côté de nous vivent...**

Sylvie Legoupi arpente les couloirs d'une unité psychiatrique où les soignants déploient avec empathie leurs savoir-faire et leur savoir-être. Ses photographies sont autant de visions de la porosité des mondes entre ceux qui se fissurent et ceux qui ont conscience qu'ils pourraient aussi, un jour, se fissurer. Elle saisit les moments de joie et de complicité qui tissent et entretiennent la relation, sans éluder l'enfermement de la souffrance psychique. Et lorsque les soignants parlent, c'est pour rappeler une évidence parfois occultée par les critères de rentabilité : malgré les contraintes institutionnelles et la difficulté à supporter la psychose, il faut toujours penser le patient comme un possible soi-même.

09:10 - 10:30

**1 ISOLEMENT ET/OU CONTENTION :
UNE RESPONSABILITÉ ÉTHIQUE ÉCLAIRÉE****Les pratiques d'isolement et de contention sont-elles acceptables pour les personnes qui les vivent ?**

- **Les usagers-experts « Capdroits ».**

Groupe de pairs ou citoyens concernés, nous avons expérimenté les mesures de contention et d'isolement de manière variable lors d'hospitalisations en établissements psychiatriques, et nous avons été amenés à analyser ces expériences au cours d'ateliers de discussion organisés par le programme Capdroits. Nous présenterons les principaux éléments de ces analyses de manière très synthétique. Nous développerons l'idée que si ces mesures ne font pas l'objet d'un rejet systématique, en raison de la confiance que certains d'entre nous ont dans les professionnels de la santé ou au regard de conséquences « bénéfiques », nous partageons toutefois tous l'idée qu'une alternative aurait pu être possible. Ces mesures apparaissant dès lors bien souvent disproportionnées par rapport à la situation vécue.

Isolement et contention, dimension juridique et éthique

- **Éric Péchillon**, professeur de droit public Université Bretagne Sud, spécialisé en droit de la psychiatrie.

En quelques années, le soin psychiatrique est passé d'une zone de « sous droit » à une zone de « sur droit ». Si l'intervention du législateur était inévitable pour tenir compte de l'évolution rapide de la jurisprudence, il est regrettable que le Parlement ait abordé cette question sous l'angle exclusif de l'usage de la contrainte. L'introduction de l'article L. 3222-5-1 dans le code de la santé publique qui stipule que « l'isolement et la contention sont des mesures de dernier recours », vient bousculer les usages de nombreux services de soins et imposer une procédure lourde qui repose sur un registre administratif recensant les « décisions » des psychiatres. Une telle réglementation est inédite en médecine et ne traite qu'une partie des difficultés rencontrées sur le terrain. Elle traduit malheureusement un traitement dérogatoire et partiel de la psychiatrie.

L'analyse de la loi du 26 janvier 2016 et de l'instruction 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 » sera l'occasion de faire le point sur la manière dont le droit positif aborde les trois moments de l'isolement » et de la « contention : la décision d'y recourir, sa mise en œuvre et ses suites. S'il n'est pas possible de refuser d'appliquer la loi, il est important de s'interroger sur la manière de l'appliquer au quotidien en respectant l'éthique.

Du désamorçage à l'isolement-contention, des réponses graduées à partir de la clinique

- **Charles Alezrah**, psychiatre, président du groupe de travail « Isolement et contention » à la Haute Autorité de Santé (HAS) et **Marielle Lafont**, médecin, Conseiller à la HAS, Service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours, co-pilote groupe de travail « Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en services de psychiatrie ».



DÉBAT AVEC LA SALLE

Les pratiques d'isolement et de contention semblent en augmentation constante ces dernières années. En présentant les derniers travaux de la Haute Autorité de Santé, les intervenants rappellent l'importance d'une prévention et d'une anticipation des moments de violence liés à des troubles mentaux, à travers une organisation institutionnelle claire et des techniques de désamorçage. Le recours à l'isolement ou la contention ne doit dès lors s'inscrire que comme une mesure de protection et de dernier recours strictement justifiée cliniquement.

quelles perspectives cliniques ?

10:30 - 11:00

PAUSE

VISITE DE L'EXPOSITION



11:00 - 12:30

2 ISOLEMENT ET/OU CONTENTION : UNE DÉCISION CLINIQUE ARGUMENTÉE

■ Arguments cliniques pour isoler et/ou attacher

■ **Jean-Pierre Vignat**, psychiatre des hôpitaux, PH honoraire, formateur, superviseur.

Isolement et contention sont désormais définis par leur conséquence : la privation de la liberté d'aller et venir. La décision, d'ordre administratif, d'où découle la prescription, doit être fondée sur un motif médical, d'ordre clinique, sous-tendu par un raisonnement psychopathologique. Le passage à l'acte, le comportement dangereux ou le trouble du comportement, autant de notions imprécises, qui ne peuvent constituer à elles seules une indication clinique (il en est de même du statut du patient ou de son mode d'hospitalisation, placés hors indication dès 1998 dans le référentiel l'Audit clinique appliqué à la chambre d'isolement en psychiatrie (Anaes)). En l'absence d'indication clinique, la décision de levée de l'isolement ou de la contention n'est logiquement fondée que sur le constat de l'absence de passage à l'acte pendant l'isolement. Ceci pose clairement deux questions : celle de la responsabilité du patient et en corollaire celle de l'impact psychique de la non-différenciation des identités et des champs d'intervention lorsque le médecin cumule les rôles de soignant, d'expert et de juge.

■ Isoler et/ou attacher : quelles conséquences sur le parcours de vie ?

■ **Dominique Friard**, infirmier de secteur psychiatrique, superviseur d'équipes.

Plusieurs études montrent que si les patients placés en chambre d'isolement peuvent conserver une image d'eux-mêmes relativement bonne après avoir vécu cette mesure (pour peu que celle-ci ait été reprise avec les membres de l'équipe), les patients attachés gardent pour leur part un vécu traumatique. Tout comme ceux qui sont isolés (mais dans une moindre mesure), ils peuvent vivre une expérience de dépersonnalisation provoquée par la contrainte par corps, proche des hallucinations et du délire (perception faussée, projection, interprétation délirante). Lorsqu'on les écoute, on constate que ces mesures les rendent plus « dociles ». « Restez calmes », tel est le conseil qu'ils donnent aux autres patients pour éviter la contrainte. La folie ne s'exprime plus, ou alors sans intermédiaire. Une fois « dociles », on leur parlera d'éducation thérapeutique du patient, de réhabilitation psychosociale et de rétablissement. On cherchera alors à entretenir un espoir que l'on aura contribué à anéantir. Un patient attaché ou isolé, une fois sorti, consentira plus difficilement à une alliance thérapeutique et à une hospitalisation en cas de rechute.

■ La lente sortie de la chambre d'isolement de Fidélio ou le collectif soignant en mouvement

■ **Jacky Merklng**, cadre supérieur de santé et **Corinne Merklng**, cadre de santé, Centre psychothérapeutique de Nancy.



DÉBAT AVEC LA SALLE

Fidélio, la quarantaine, a passé quinze longues années en isolement. À l'occasion d'une restructuration de services, des soignants portent un regard différent, allégé des représentations, sur ce patient redouté et habitué des passages à l'acte violents. Mois après mois, ils mettent en place une stratégie de « frustrations accompagnées » très contenante qui permet à Fidélio d'intégrer l'autre et ses possibles, de sortir de l'immédiateté pour s'inscrire dans une temporalité intégrant le futur et de se rendre accessible aux soins. Le collectif soignant l'a emporté sur l'individuel, la cohésion sur la dispersion, l'intelligence sur les représentations, la confiance sur l'évitement.

12:45 - 13:45

3 DÉJEUNER-DÉBAT



Symposium déjeuner-débat avec le soutien des laboratoires Otsuka-Lundbeck



Des soins orientés rétablissement : l'intérêt de la santé mentale positive

■ **Elisabeth Giraud-Baro**, psychiatre, médecin coordonnateur de la clinique du Dauphiné, présidente du comité français pour la réhabilitation psychosociale, coordinatrice médicale du réseau RéHPsy (Réseau Handicap Psychique : Isère, Drôme, Savoie, Haute-Savoie).

Orienter les soins vers le rétablissement, c'est changer de paradigme dans trois dimensions essentielles : dans la relation, le patient n'est pas réduit à sa maladie ; dans la recherche d'objectifs de soins, c'est le choix du patient qui prime et enfin dans l'évaluation des résultats, c'est le bien-être du patient et sa qualité de vie subjective qui comptent.

Depuis quelques années, de nombreux travaux dans le champ de la psychologie positive ont montré l'intérêt de cette approche, en complément de la psychiatrie conventionnelle, pour améliorer la qualité de vie des patients. Il s'agit essentiellement de s'appuyer sur les déterminants du bien-être : caractéristiques psychosociales positives (résilience, optimisme, auto-efficacité, *empowerment*, engagement social, spiritualité) et déterminants globaux de santé (support familial, social et environnement).

Nous présenterons une pratique de santé mentale positive orientée rétablissement à partir de l'exemple du plan de crise conjoint (sorte de directives anticipées en psychiatrie) qui permet au patient d'identifier les situations à risque de rechutes et de donner ses choix pour des soins adaptés.



DÉBAT AVEC LA SALLE

Remise des Prix Infirmiers en Psychiatrie 2017

Et les Lauréats du Prix infirmier en psychiatrie 2017 sont :

1^{er} prix : « *Le Festival Toursky les journées folles, entre folie artistique et artistique folie* », CATTP Lou Blaï, Marseille.

2^e prix : « *Qui veut gagner des cachetons - Radio Caméléon* » du CATTP Les Salorges (CHU de Nantes).

3^e prix : « *Un film, des films, un site internet* », Association Vivre en ville, CH Les Murets.



14:00 - 15:30

4 ISOLEMENT ET/OU CONTENTION :
DES MODALITÉS PRATIQUES RÉGULIÈREMENT INTERROGÉES

État des lieux des pratiques

■ **Betty Brahmy**, psychiatre des hôpitaux, contrôleur au Contrôle général des lieux de privation de liberté (CGLPL).

Le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL) a pour mission de veiller à ce que les personnes privées de liberté soient traitées avec humanité et dans le respect de leur dignité.

L'hôpital psychiatrique, s'il n'est pas par définition un lieu de privation de liberté, peut admettre des patients sans leur consentement et dont la liberté d'aller et venir se trouve restreinte ; en outre ces patients peuvent être soumis à des mesures de contrainte physique (placés en chambre d'isolement ou sous contention), procédures exclues de tout contrôle judiciaire. Les visites du CGLPL dans les établissements de santé ont notamment mis en évidence des pratiques de l'isolement et de la contention très diverses d'un département à l'autre, voire d'un secteur à l'autre et d'une unité à l'autre. La loi du 26 janvier 2016 avec la circulaire d'application du 29 mars 2017 devraient modifier la situation en énonçant clairement un objectif d'encadrement et de réduction de ces mesures et en instaurant dans chaque établissement de santé un registre recensant ces mesures.

Le CGLPL, outre les rencontres avec les acteurs des établissements de santé et les visites de l'ensemble des chambres d'isolement, vérifie la mise en œuvre de ce registre et devrait disposer dorénavant d'un outil permettant de faire le point sur ces pratiques au sein de chaque établissement.

quelles perspectives cliniques ?

■ Définir le bon usage de la contrainte : retour sur les pratiques ordinaires de recours à la chambre fermée

■ **Delphine Moreau**, sociologue, Haute école en santé - Vaud (Hesav), Lausanne.

L'usage des contentions mécaniques et de la chambre d'isolement font, depuis la loi du 26 janvier 2016, l'objet d'un nouvel encadrement légal. Celui-ci en fait la matière d'une « décision » médicale (et non d'une prescription) et indique que ce doit être une pratique de « dernier recours ». Mais comment les soignants définissent-ils en pratique le bon usage de la contrainte ? Cette intervention portera sur les recours ordinaires à la chambre fermée (chambre d'isolement, de soins intensifs, d'apaisement, chambre ordinaire fermée), à partir d'une recherche sociologique s'appuyant sur des observations sur le terrain (services d'hospitalisation et d'urgence) et d'entretiens avec des professionnels (infirmiers, aides-soignants, psychiatres), dans la période précédant la loi de 2016. Elle reviendra sur les différentes fonctions que lui attribuent les soignants : thérapeutique (apaiser, contenir), de sécurité (prévenir des violences), d'ordre (réguler les tensions du service)... et la manière dont ils en identifient les usages « bons » et « mauvais », légitimes et illégitimes. Devant l'hétérogénéité des pratiques d'un service à l'autre, il s'agit de poser la question de ce qui permet aux soignants de réinterroger leurs manières de faire.

■ De la contention physique à la contenance psychique : le cheminement d'une équipe de soins

■ **William Errigo**, cadre supérieur de santé, et **Arnaud Boeglen**, psychologue clinicien, unité La Chamoise du centre psychothérapique de l'Ain.



DÉBAT AVEC LA SALLE

Soigner en psychiatrie sans utiliser de dispositif de contention et en réduisant l'isolement reste possible, à condition de prendre en compte les entours et le paysage institutionnel. Travailler les questions de l'accueil, de la vie quotidienne, de la fonction soignante partagée et de la fonction phorique, constitue le socle à partir duquel nous tentons de mettre en œuvre au quotidien une pratique clinique où la subjectivité et l'invention de chacun ont droit de cité.

15:30 - 16:00

PAUSE

VISITE DE L'EXPOSITION



16:00 - 17:30

5 ISOLEMENT ET/OU CONTENTION : DES ALTERNATIVES ÉLABORÉES PAR LE COLLECTIF SOIGNANT

■ Comment prendre en charge les états de violence et d'agitation sans isoler ou attacher ?

■ **Fiorenzo Bianchi**, directeur des soins, **Eleonora Manetti** et **Marija Jovanovic**, infirmières en santé mentale, équipe de l'hôpital de Mendrisio (Suisse).

Depuis 2010, une équipe mobile a été mise en place à la Clinique psychiatrique cantonale de l'hôpital de Mendrisio (Suisse) afin de réduire les pratiques contraignantes extrêmes. Objectif atteint en 2014 avec la suppression des contentions mécaniques et de l'isolement. Les membres de cette équipe mobile sont des soignants dédiés, qui offrent une assistance immédiate via différentes stratégies d'intervention de crise. Au fil du temps, ces modalités de prise en charge de la crise et de l'agressivité se sont implantées et améliorées. Des techniques de soins intensifs et des traitements repérés en amont avec le patient ont permis de changer de paradigme, en impliquant les équipes en interne et les acteurs extérieurs. Supprimer la contention et l'isolement en psychiatrie est un engagement qu'il faut tenir et une conception des soins qu'il faut partager avec les nouvelles générations de soignants en santé mentale.

■ Alternatives à l'isolement et à la contention en psychiatrie : expertises soignantes et légitimité des savoirs ancrés (Recherche-Action TARPI)

■ **Jerry Libert**, kinésithérapeute et **Julien Simon**, éducateur, Clinique hospitalière Jean Titeca (Bruxelles) ; **François Gillet**, éducateur et psychopédagogue et **Roland Pollefait**, sociologues, CERISES.

Quatre partenaires européens ont mené une recherche-action sur les alternatives à l'isolement et à la contention en psychiatrie, afin d'identifier, de conceptualiser et de se former à d'autres prises en charge de la crise (Clinique hospitalière Jean Titeca, Bruxelles - Clinique Parnassia, La Haye - Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique d'Ettelbruck, Luxembourg - Centre de recherches C.E.R.I.S.E.S de la Haute École de Bruxelles-Brabant). Notre hypothèse était la suivante : les soignants mettent en œuvre au quotidien des alternatives à la contrainte qui restent invisibles car elles sont rarement reconnues comme telles par les professionnels eux-mêmes et leurs collègues. Nous avons donc exploré leurs comportements professionnels afin de faire émerger et légitimer ces « bonnes pratiques ». Pour ce faire, nous avons élaboré un dispositif méthodologique à partir de trois sources : les groupes d'analyse des pratiques, le théâtre-forum d'Augusto Boal, et l'analyse de l'activité. Ces « bonnes pratiques » identifiées, les participants ont co-construit un module de formation TARPI (*Toward Alternative to Restrain in Psychiatric Institutions*) : vers des alternatives aux mesures de contention et de mise à l'isolement en milieux psychiatriques) destiné à leurs pairs qu'ils ont ensuite formés.



DÉBAT AVEC LA SALLE
ET CLÔTURE

Sous la direction de
Valérie Boucherat-Hue, Denis Leguay,
Bernard Pachoud, Arnaud Plagnol,
Florence Weber

HANDICAP PSYCHIQUE : QUESTIONS VIVES

La notion « handicap psychique » s'est diffusée depuis la loi du 11 février 2005 dans les univers associatifs, professionnels et politiques. Elle marque le rapprochement entre le secteur sanitaire, la psychiatrie notamment, et le secteur médico-social pour l'accompagnement et le soin des personnes souffrant de maladies psychiques chroniques. Cet ouvrage est le premier à explorer ce champ de manière pluridisciplinaire.

Postface de
Anne Caron-d'Eglise
392 pages, 30 €

Sous la direction de
Abel Guillen

ESSAIS D'ÉPISTÉMOLOGIE POUR LA PSYCHIATRIE DE DEMAIN

Des psychiatres, des psychanalystes et des philosophes expérimentés ont accepté de livrer leur approche des savoirs en psychiatrie et de faire ainsi œuvre de transmission auprès des jeunes professionnels en santé mentale.

Postface de Steeves Demazeux
154 pages, 15 €

Blandine Ponet

FOLIE, LEÇON DE CHOSES

Journal d'une infirmière en psychiatrie

Ce livre qui témoigne de la spécificité de la clinique infirmière apportera une aide précieuse tant aux professionnels qu'aux familles concernées.

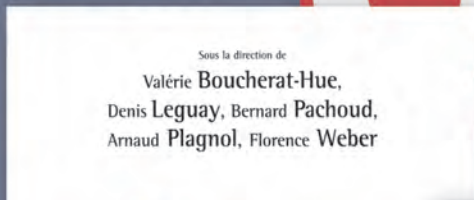
400 pages, 15,50 €



Sous la direction de
Dominique Davous,
Catherine Le Grand-Sébille,
Etienne Seigneur

L'ÉTHIQUE À L'ÉPREUVE DES VIOLENCES DU SOIN

Cet ouvrage explore et défriche le terrain délicat des violences évitables de façon à la fois concrète et théorique avec l'espoir que professionnels et chercheurs s'en saisissent.
296 pages, 15 €

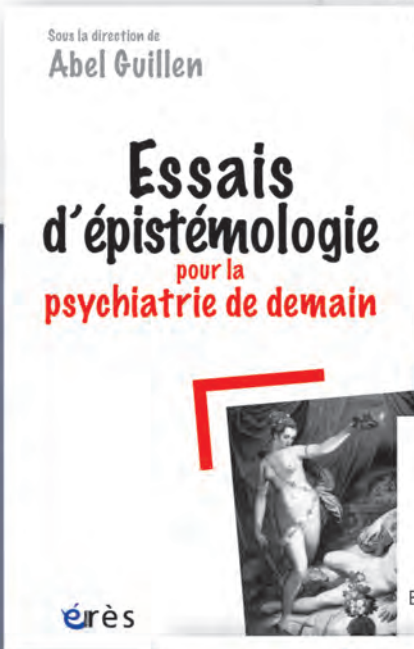


Handicap psychique : questions vives



Claude Deutsch
"JE SUIS FOU, ET VOUS ?"
Plaidoyer pour la cause des personnes
en souffrance psychique

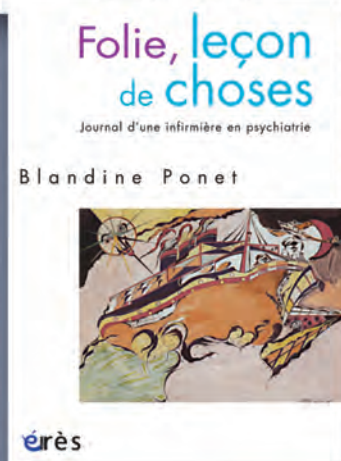
Peut-on considérer les fous, non plus comme des personnes à part, mais comme des personnes à part entière ? En interrogeant les concepts dans une démarche étayée tant par la recherche philosophique et historique que par la parole des intéressés, l'ouvrage s'inscrit dans le mouvement des mad-studies qui reste, en France, à développer. Si la disqualification a longtemps été le sort des « fous », comment la comprendre pour mieux la contester ?
272 pages, 25 €



Blandine Ponet
LES FRACASSÉS
DE VIVRE
Tentative pour
une poétique
de la folie

Les fracassés de vivre, ce sont les patients que Blandine Ponet a rencontrés dans son parcours d'infirmière en psychiatrie. Dans un souci de transmission, elle montre en quoi le contact prolongé

avec la folie de l'autre enseigne sur soi-même, amène à créer et s'avère une richesse plus qu'une privation.
168 pages, 12 €



avec la folie de l'autre enseigne sur soi-même, amène à créer et s'avère une richesse plus qu'une privation.
168 pages, 12 €