

**CONCEPT DE PRISE EN CHARGE
DES RÉSIDENTS
DE LA FONDATION DOMUS**

Table des matières

1. Présentation générale	p. 3
2. Valeurs et buts institutionnels	p. 3-4
3. Concept de réhabilitation psychosociale	p. 4-6
3.1. Les champs travaillés.....	p. 6
3.1.1. Une organisation de vie et d'activités par groupes.....	p. 6
3.1.2. Un entraînement aux habiletés sociales	p. 6-7
3.2. Traitement, réadaptation et réhabilitation	p. 7
3.3. Les grands principes de la réhabilitation psychosociale selon CNAAN.....	p. 7-9
4. L'institution	p. 9
4.1. Les sites.....	p. 9
4.2. L'appartement protégé	p. 9
4.3. Le suivi ambulatoire à domicile	p. 9
4.4. Les ateliers d'intégration professionnelle.....	p. 10
4.5. Le center de jour	p. 10
4.6. Les Thérapie	p. 11
4.7. Les camps.....	p. 11
4.8. L'animation.....	p. 11
5. Bibliographie	p. 11

1. Présentation générale

La Fondation Domus est une institution qui accueille depuis plusieurs décennies un nombre important de personnes présentant des pathologies variées et diverses.

Notre mission est d'accompagner 365 jours/an des personnes handicapées psychiques (hommes et femmes adultes, dès 18 ans) affectées d'invalidité au sens de la LAI, et à cette fin exploiter la Fondation Domus. Pour ce faire, nous offrons un accompagnement résidentiel et ambulatoire, sur site et à domicile.

Nos institutions se veulent une étape entre la fin de la période aiguë et une réinsertion socioprofessionnelle adaptée. Cela nous amène à collaborer étroitement avec les différents intervenants qui agissent en amont et en aval.

Les soins apportés à ces personnes ont considérablement évolué durant ces dernières années. Des études socio-éducatives et médicales récentes nous portent à modifier notre regard sur notre prise en charge et à élargir celle-ci. L'évolution de notre clientèle, de notre statut juridique et de notre place sur l'échiquier sanitaire valaisan nous invite à sortir du modèle spécifiquement médical dominant dans le traitement des personnes ayant un handicap psychiatrique pour nous ouvrir à une vision plus large et interdisciplinaire.

Pour ce faire, nous appliquons le concept de réhabilitation psychosociale. Celui-ci facilite le retour d'un individu, en fonction de ses capacités propres, à un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté. Il met l'accent sur l'intégrité et les forces de l'individu plutôt que sur sa maladie et propose une approche globale incluant la réadaptation au travail, le logement, les loisirs sociaux, l'éducation et l'adaptation personnelle. Cette approche prend donc en compte l'aspect socioprofessionnel de l'individu, sans pour autant oublier l'aspect médical, complémentaire et indispensable.

2. Valeurs et buts de la Fondation

Les valeurs sur lesquelles nous construisons notre prise en charge et notre organisation sont:

- Le respect
- La solidarité
- L'engagement
- Le professionnalisme
- l'adaptabilité
- l'honnêteté
- la rigueur

Au travers de nos activités, les buts suivants sont poursuivis:

- Héberger et offrir un lieu de vie à des hommes et des femmes handicapés psychiques, dans un cadre différent du milieu hospitalier.
- Offrir un accompagnement professionnel dans un cadre résidentiel, ambulatoire ou à domicile leur permettant de re-découvrir ou de re-définir:
 - Un projet de vie pour chacun, adapté à ses possibilités.
 - Un rythme et une hygiène de vie satisfaisants
 - Le réapprentissage de certaines compétences et de certains gestes et oubliés
 - La nécessité du lien entre toutes les personnes vivant dans l'institution, qu'il s'agisse des résidents ou des professionnels
 - Leur place dans la société

Pour atteindre ces buts nous nous engageons à:

- Considérer les résidents, malgré leur maladie et leur handicap, comme des personnes à part entière.
- Mettre à leur disposition une équipe de professionnels qui travaillent en inter- et en transdisciplinarité.
- Proposer aux résidents des ateliers et activités thérapeutiques, occupationnelles ou récréatives, sans objectif de production, permettant à chacun d'exprimer sa créativité et d'évoluer à son rythme.
- Travailler avec le résident à la connaissance et l'acceptation de sa maladie.
- Offrir à chacun les moyens disponibles et nécessaires pour favoriser la stabilisation de ses troubles et éviter les rechutes.
- Mettre en place et réévaluer avec le résident un plan d'accompagnement individualisé (PAI).
- Offrir une ambiance familiale et chaleureuse dans un cadre rassurant et encourageant.
- Favoriser le maintien, le développement ou la création d'un réseau (famille, entourage, tuteur, médecins, État, etc.).
- Favoriser l'émergence ou la redécouverte de ressources intérieures et extérieures.

3. Concept de réhabilitation psychosociale

Le concept de réadaptation sociale est en grande partie conditionné et redéfini par les méthodes thérapeutiques qui s'y associent. En ce sens, il a évolué à trois reprises en moins de vingt ans.

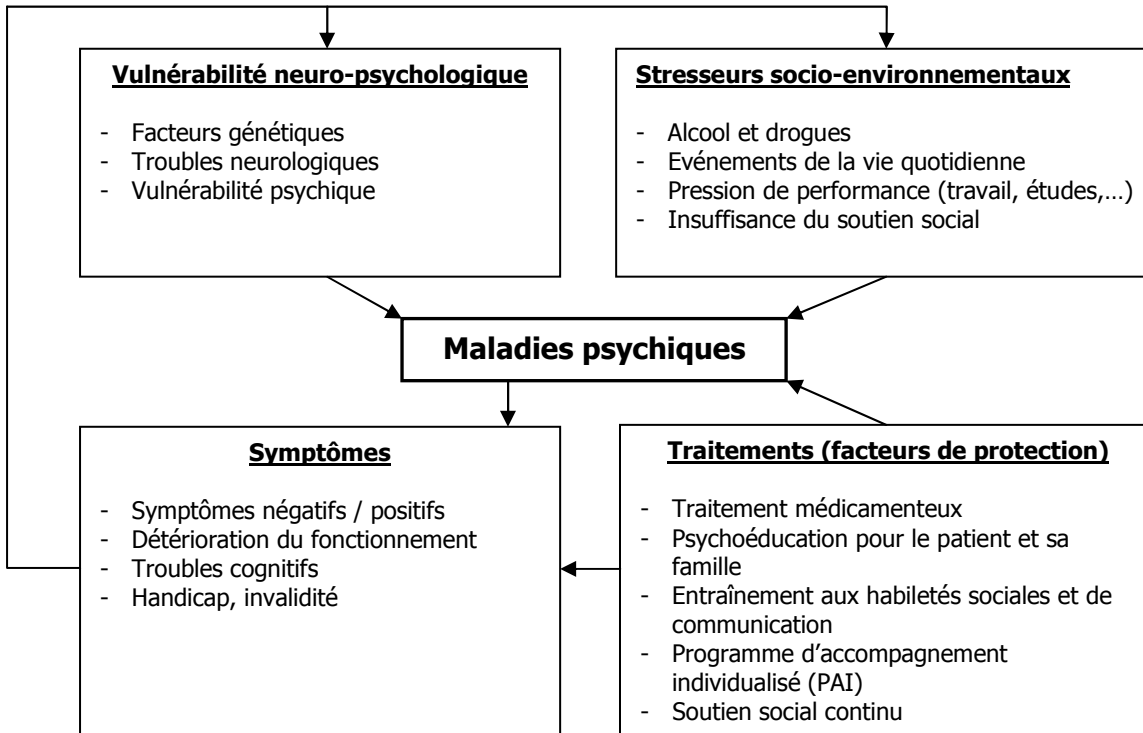
La première vague date des années 70, marquées par le développement intra-muros des systèmes de renforcement des comportements adaptatifs. La réadaptation consistait alors à réapprendre les habiletés sociales élémentaires pour une vie dans un milieu protégé.

La deuxième vague est celle des années 80. Elle coïncide avec le mouvement de désinstitutionnalisation. Des programmes de réhabilitation psychosociale utilisant le jeu de rôles, les techniques de résolution de problèmes et la thérapie familiale étaient utilisés pour faire acquérir les habiletés nécessaires à la vie hors de l'institution. Il s'agissait d'une urgence pour ces personnes sorties de l'institution sans y être forcément prêtes, et la réadaptation visait autant les capacités de survie que de vie dans la communauté.

La troisième vague, dans les années 90, est marquée par le travail sur le fonctionnement mental des psychotiques et son articulation avec le comportement social et les facteurs biologiques. Hors de l'urgence, on se redonne le temps de considérer les particularités psychiques de chaque personne. La vision de soi et d'autrui, contenue dans des schémas cognitifs («self schémas» ou schémas interpersonnels) conditionne notamment la "sociabilité", le type et la qualité des relations interpersonnelles, l'utilisation des habiletés déjà acquises, et les stratégies cognitives face aux difficultés. Ici, la personne réadaptée l'est parce qu'elle a développé une confiance en elle et dans les autres. Ses troubles émotionnels, tout autant que psychotiques, sont pris en charge par des interventions pour les troubles dépressifs ou anxieux.

L'étude des facteurs contribuant à l'émergence et à l'évolution de certaines maladies mentales comme les maladies psychiatriques par exemple, constitue, encore de nos jours, un domaine d'une grande complexité. On sait cependant que ces maladies du cerveau, qui entraînent de graves répercussions psychosociales, ne peuvent s'expliquer par une cause unique et simple. Il en va de même pour la plupart des autres maladies connues en médecine: diabète, asthme, maladies cardiaques, etc. Intervient plutôt un ensemble d'éléments d'importance variable qui, interagissant les uns avec les autres, provoquent l'apparition de rechutes de ces maladies mentales complexes et un accroissement de l'invalidité.

Schéma vulnérabilité - stress¹



La compréhension contemporaine vise à prendre en compte les interactions entre les différents éléments représentés ci-dessus.

Ce schéma permet de réunir les diverses facettes inter-reliées des maladies psychiques. Il montre qu'il existe, chez certains individus, une vulnérabilité sur le plan neuropsychologique découlant d'une prédisposition génétique ou d'une constitution mentale qui les rend plus sensibles aux stressés socio-environnementaux. Cependant, la seule présence de ces facteurs physiologiques est insuffisante pour provoquer l'apparition de la maladie psychique. Il faut que s'y ajoutent certains types de stress. Par exemple, un stress toxique comme les drogues. Un stress social, comme l'expression d'émotions de la part de l'entourage (hostilité, attitudes envahissantes). Ou encore des pressions de performance, qui peuvent avoir un effet déclencheur de la maladie quand le cerveau est déjà constitutionnellement fragile. Il est vrai cependant que bon nombre d'individus subissent de manière quotidienne de tels stress: or, ils ne développeront pas forcément de maladies psychiques en l'absence de facteurs biologiques les prédisposant à cela.

Notre concept s'inspire très largement du concept de réhabilitation psychosociale élaboré par R. A. CNAAN. Il tient compte dans son adaptation de notre réalité socioculturelle et économique.

Il repose sur deux postulats de base:

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

Nos objectifs thérapeutiques sont:

- L'acquisition des connaissances de la maladie dans le but d'autogérer celle-ci et de favoriser le travail d'acceptation du handicap.
- L'acquisition d'une autonomie maximale dans le but d'une réappropriation des gestes de la vie quotidienne.

¹ Inspiré du modèle de vulnérabilité-stress de Pierre Lalonde

- Le développement d'habiletés sociales afin d'atteindre un niveau d'autonomie le plus élevé possible.
- La réduction des rechutes (conservation de l'autonomie acquise).

Un des intérêts supplémentaire découlant de cette approche se situe dans la diminution des coûts de prise en charge pour les familles et la société.

3.1. Les champs travaillés

Dès lors, si nous voulons que nos interventions soient efficaces, nous devons agir sur les différents composants de la maladie évoqués dans le schéma de la page précédente. Nous offrirons donc:

3.1.1. Une organisation de vie et d'activités par groupes

La vie sociale est organisée en groupes présentant des niveaux de capacités et d'autonomies variés. Ceux-ci sont encadrés par une équipe socio-éducative et infirmière qui les accompagne tout au long de la journée aux travers des activités quotidiennes. L'aspect éducatif est travaillé dans le cadre de l'intégration de l'individu à un groupe social.

Dans le Programme hebdomadaire individualisé (PHI) sont incluses toutes les tâches de la vie quotidienne (lever, toilette, repas, ordre en chambre, etc.), les activités communautaires, les temps libres, l'animation, les activités thérapeutiques et les ateliers.

Les ateliers permettent d'expérimenter la notion de travail et de valorisation par une activité manuelle qui sera la plus utile possible. Il n'y a pas de notion de production et de rentabilité. Les objets réalisés (en bois, en osier, en papier, en céramique, etc.) sont conservés par la personne pour son propre usage ou offerts par celle-ci à des proches. Cette reconnaissance et cette valorisation permettent à l'individu handicapé de retrouver une part de dignité souvent ressentie par celui-ci comme perdue. Les résidents sont également intégrés aux travaux ménagers courants et d'entretien de la maison (peinture, tour de maison, rénovation des meubles, etc.).

Les sites possèdent des animaux. Cette activité «d'élevage» favorise un contact avec les animaux au travers de soins journaliers, (nourriture, nettoyage, etc.) et permet aux personnes handicapées de développer un lien, de vivre une certaine affectivité. Cette confrontation à une réalité quotidienne et au lien affectif qu'ils tissent progressivement avec les animaux les aide à se stabiliser et à développer des compétences.

3.1.2. Un entraînement aux habiletés sociales

Il s'agit de l'ensemble des capacités cognitives et comportementales qui nous permettent de communiquer nos émotions et nos besoins de façon compétente et d'atteindre nos objectifs interpersonnels.

L'entraînement des habiletés sociales est une intervention structurée qui vise à enseigner les habiletés interpersonnelles et à promouvoir le maintien et la généralisation de ces habiletés. Le modèle de travail des habiletés sociales choisi par l'institution a été conceptualisé sous la forme d'un processus séquentiel comprenant trois étapes: la réception des indices environnementaux, le traitement des informations et l'émission de la réponse (Wallace & Col. 1980). Lorsqu'une personne est impliquée dans une situation sociale, elle devra tout d'abord être attentive et percevoir correctement les informations pertinentes contenues dans cette situation. Il s'agit de reconnaître les indications environnementales qui vont guider le choix d'une réponse.

Pour cela, elle devra par exemple savoir identifier les personnes appropriées avec qui interagir, reconnaître les émotions d'autrui, écouter correctement ce que l'autre dit. On appelle ces capacités **les habiletés réceptives**. Durant la seconde étape, la personne choisira la réponse la plus effective dans le cadre de la situation. Elle devra déterminer le contenu de ce qu'elle va dire et comment le dire. Concrètement, il faut imaginer une série de réponses potentiellement effectives,

évaluer les mérites relatifs de chaque option quant à leurs conséquences possibles et choisir la meilleure réponse. Ces capacités sont appelées **habiletés décisionnelles**.

Finalement, la personne devra émettre la réponse choisie en utilisant des comportements qui seront directement observables dans l'interaction. Ils comprennent le contenu verbal, soit ce qui est dit, ainsi que la manière dont ce contenu est exprimé au niveau non verbal et paralinguistique (par exemple, le contact visuel, la posture, les gestes, l'orientation du corps, les expressions faciales, le ton, le volume et le rythme de la voix). C'est ce qu'on appelle **les habiletés émettrices ou comportementales**.

3.2. Traitement, réadaptation et réhabilitation

Dans la prise en charge d'une personne ayant un handicap psychique, la complémentarité entre le thérapeutique et la réinsertion sociale ne va pas de soi. Il existe là une ambiguïté dans la définition des termes, qu'on pourrait tenter de classer ainsi:

- Le traitement agit sur les causes (à mesure qu'elles seront mieux connues) et les symptômes de la maladie. Le savoir développé au cours des dernières années a ouvert des perspectives optimistes dans le traitement des maladies mentales.
- La réadaptation redonne à la personne les moyens d'agir en tenant compte de ses déficits et de ses capacités, en développant de nouvelles habiletés pour faire face à une invalidité. C'est une question de savoir-faire. En s'inspirant d'une approche psycho éducative, les thérapeutes ont mis au point, au cours des dernières années, une série d'outils permettant aux personnes souffrant de ces handicaps, aux familles, ainsi qu'à leurs enfants, de développer des stratégies de «Coping» (adaptation à des circonstances difficiles, au stress, efforts cognitifs et corporels que la personne fait quant elle est menacée d'une surcharge) plus efficaces pour surmonter les handicaps qui découlent de la maladie psychique.
- La réhabilitation redonne à la personne sa dignité et le pouvoir d'agir. Comme le dit le dictionnaire, réhabiliter c'est «rétablir dans l'estime, dans la considération d'autrui» des malades stigmatisés et leurs parents culpabilisés. Les professionnels interviennent maintenant aussi au chapitre de la promotion de la santé mentale et de l'information publique, afin de favoriser l'acquisition et le maintien de saines habitudes de vie, ainsi que la création d'un environnement permettant l'épanouissement de la personne.

3.3. Les grands principes de la réhabilitation psychosociale selon CNAAN

Les grands principes de la réhabilitation psychosociale sont au nombre de 13:

- **1^{er} principe: L'utilisation maximale des capacités humaines**
Chaque personne est capable d'améliorer son niveau de fonctionnement. La vie est un processus de croissance et de changement et chaque individu, même sévèrement handicapé, est capable de croissance et de changement. Il est de la responsabilité des professionnels de développer le niveau des attentes que les personnes handicapées ont pour elles-mêmes, de les aider à se percevoir comme capables de progrès, et de les soutenir dans ce processus de croissance.
Il convient pour cela d'exploiter les forces de la personne, de travailler avec les parties saines de son moi.
- **2^e principe: Doter les personnes d'habiletés**
C'est la présence ou l'absence d'habiletés (sociales et instrumentales), et non la disparition des symptômes cliniques, qui est le facteur déterminant dans le succès de la réhabilitation. Apprendre ou réapprendre les habiletés élémentaires pour agir dans un environnement social, vivre de façon indépendante, garder un emploi, etc. vont être les objectifs de l'accompagnement. Les difficultés sont dès lors appréhendées sous l'angle comportemental, en termes de déficits ou d'excès comportementaux.
- **3^e principe: L'auto-détermination**
Les personnes ont le droit et la capacité de participer à la prise de décision concernant leur vie. Il ne s'agit donc pas de faire les choses dans le meilleur intérêt de la personne, mais de

lui permettre de prendre ses décisions et d'apprendre au travers des conséquences de ses choix.

L'auto-détermination des personnes devrait concerner également la gestion des programmes de réhabilitation auxquels elles participent. L'auto-détermination implique également que la personne soit pleinement informée sur sa maladie, ses conséquences et sur les possibilités de traitement.

- **4^e principe:** La normalisation
Il s'agit de permettre aux personnes souffrant de maladie psychique de vivre et de fonctionner dans les mêmes lieux que tout un chacun (logements, loisirs, éducation, travail) ou en tous cas dans les lieux les moins restrictifs possibles. Ce principe s'oppose à la ségrégation. L'objectif idéal de la réhabilitation psychosociale est une vie indépendante dans la communauté avec le minimum de soutien professionnel.
- **5^e principe:** L'individualisation des besoins et des prestations
Chaque personne a des besoins propres. En conséquence, le processus de réhabilitation doit être individualisé pour ce qui est des prestations, de leur durée, de leur fréquence, etc. Il s'agit là d'un processus «sur mesure» et non pas d'une action globalisante.
- **6^e principe:** L'engagement des intervenants
Les intervenants s'engagent personnellement. Ils sont soucieux du bien-être de la personne et ont foi en ses capacités de progression. Les intervenants prennent l'initiative de garder le contact avec les personnes (téléphone, visite à domicile) pour limiter les abandons et montrer qu'ils se soucient d'elles.
- **7^e principe:** L'implication personnelle dans la relation d'aide
L'élément humain de l'intervenant est crucial dans le processus de réhabilitation. Les intervenants doivent appréhender la personne comme un être humain avec toutes ses dimensions, plutôt que sous l'angle d'un seul type de service. Une attitude de «neutralité» ne convient pas. L'intervenant répond, de façon positive ou négative, à ce que la personne dit ou fait, même au sujet de problèmes non thérapeutiques.
- **8^e principe:** Intervenir précocement
Il est essentiel d'intervenir le plus précocement possible, dès les premiers signes avant-coureurs de rechute ou de dysfonctionnement. Le but est d'éviter les rechutes, les ré-hospitalisations et de préserver les acquis en compétences et en liens sociaux (travail, logement, contacts sociaux, etc.).
- **9^e principe:** Structurer l'environnement immédiat
Les interventions doivent viser à structurer l'environnement immédiat de la personne (famille, réseau social, milieu de vie, de travail, etc.) pour qu'elle puisse en obtenir un maximum de soutien.
- **10^e principe:** Changement de l'environnement plus large
Une partie des interventions doit viser à changer l'environnement plus large de la personne, c'est-à-dire les attitudes et les modes de fonctionnement d'une société qui peuvent nuire à l'adaptation de personnes souffrant de maladie psychique (agir auprès du public, des services médicaux, des structures d'accueil, etc.).
- **11^e principe:** Pas de limite à la participation
La réhabilitation psychosociale est un processus qui nécessite une continuité dans l'accompagnement, du soutien et qui doit être constamment revu en fonction de l'évolution de la personne. Il importe de ne pas suspendre les services de réhabilitation en cas d'hospitalisation. S'il n'y a pas de limites liées au temps, il convient aussi de mettre le moins possible de critères de sélection pour l'entrée dans un programme.

- **12^e principe:** La valeur du travail
La réhabilitation soutient la conviction que le travail est un besoin et une force d'intégration pour tout être humain. Il faut garder une foi dans le potentiel de productivité des personnes même lourdement handicapées par la maladie psychique. Il s'agit d'envisager, en ce sens, un travail intégré dans la réalité sociale, pas forcément un emploi à temps plein, mais des emplois souples, diversifiés, et compatibles avec les besoins des employeurs.
- **13^e principe:** Priorité du social par rapport au médical
Il s'agit de dépasser le modèle médical traditionnel (maladie, diagnostic, réduction des symptômes par les médicaments, le savoir médical qui sait ce qui est juste pour le patient, etc.) pour favoriser une approche globale de la personne centrée sur son autodétermination, sur ses capacités, sur l'apprentissage d'habiletés, sur la mobilisation de son environnement social propre. Dans cette dynamique le médical, tout en restant disponible, s'efface pour laisser place à d'autres acteurs sociaux.

4. L'institution

Notre institution offre des prestations résidentielles et ambulatoires.

4.1. Les centres

Notre Fondation exploite deux sites distincts: le site de la Tzoumaz, qui permet d'accueillir 34 personnes, et le site d'Ardon qui lui, accueille 22 personnes. Le fait de travailler sur deux sites permet d'offrir des prises en charge variées et adaptées au besoin des personnes en fonction de leur degré de handicap. Ainsi le site d'Ardon a une prise en charge plus axée sur l'aspect socio-éducatif et intégratif. Le site de la Tzoumaz, quant à lui, se profile de part sa situation géographique dans un type d'accompagnement nécessitant un milieu protégé plus élevé. Cette complémentarité a fait ses preuves et donne entière satisfaction.

4.2. L'appartement protégé

Lorsque la personne handicapée atteint un niveau d'autonomie suffisant, il lui est proposé de «déménager» dans un appartement situé dans le site d'Ardon. Cet outil permet d'expérimenter ainsi, en conditions réelles, mais dans le cadre très protégé et rassurant du centre, les compétences apprises et développées. Cela permettra au résident de s'auto évaluer, de découvrir, et de travailler les capacités nécessaires pour atteindre son but. C'est un premier pas vers la sortie.

Doté de 6 places, l'appartement protégé est encadré par des collaborateurs issus des secteurs éducatifs et infirmiers. Ainsi nous continuons la prise en charge selon le même modèle, en constituant une équipe d'encadrement dotée d'un maximum de compétences complémentaires.

4.3. Le suivi ambulatoire à domicile

Nos sites sont considérés par l'Etat du Valais comme des plateformes de compétences. Nous pouvons ainsi suivre à domicile des personnes handicapées et leur offrir notre soutien par le biais de visites hebdomadaires ou bi-hebdomadaires.

Ce suivi à domicile ne se limite pas uniquement aux personnes ayant transité par notre institution. Il est ouvert à toute personne handicapée ayant besoin de ces prestations. Ce sont les collaborateurs de l'appartement protégé qui ont pour mission d'accomplir ce suivi. Ainsi les liens créés dans le cadre de la prise en charge institutionnel se poursuivent dans le suivi à domicile ce qui rassure les personnes au moment de quitter la structure et donne un maximum de chance de réussite à cette nouvelle autonomie acquise.

4.4. Les ateliers d'intégration professionnelle

Afin d'avancer ensemble vers un objectif d'autonomie, il est primordial que les résidents puissent travailler en ateliers d'intégration professionnelle, encadrés par un personnel formé dans l'éducation et dans le métier concerné, et disposant d'une formation spécialisée (maîtres socioprofessionnels - MSP).

Les résidents intègrent un atelier en signant un contrat d'un an (renouvelable). Le travail qu'ils fournissent est rémunéré en fonction de deux paramètres. L'âge, puisque nous admettons que l'expérience augmente avec les années, et la performance.

Les ateliers de réinsertion professionnelle permettent d'augmenter les capacités techniques des travailleurs et de valoriser leur rôle au sein de l'institution, d'autant plus que cette activité est rémunérée. Travailler oblige à un rythme de vie, donne des repères dans la journée.

Les personnes renouent également avec des pratiques sociales courantes comme l'engagement à long terme, la responsabilité personnelle et la rémunération de l'effort fourni. Ils ont la possibilité de retrouver des gestes simples mais souvent oubliés avec la maladie, et d'exercer leurs capacités en pratiquant une activité réellement utile.

Les ateliers sont centrés sur l'apprentissage, le réapprentissage, le maintien des compétences cognitives, émotionnelles et sociales nécessaires à la vie quotidienne. Dans l'esprit de la recherche d'une qualité de vie optimale, nous travaillons avec les personnes à réaliser les meilleurs compromis entre leur vulnérabilité, leurs compétences personnelles et les exigences du milieu.

Notre programme offre en permanence 24 places d'ateliers. Nous y trouvons les ateliers :

- animalerie et jardin
- cuisine
- menuiserie
- bois de feu
- lingerie – entretien
- Conciergerie – entretien des bâtiments

4.5 Le centre de jour

Dès qu'un résident a retrouvé la capacité de gérer sa maladie en dehors de l'institution, il peut rentrer chez lui. Ce pas immense ne lui permet cependant pas encore d'être intégré dans la vie socioprofessionnelle.

Ainsi, pour éviter le désert de journées inoccupées et solitaires, la Fondation Domus ouvre à ces personnes ses ateliers et propose des activités culturelles, sportives ou occupationnelles, pendant la journée. Il n'est pas nécessaire d'avoir été résident de notre institution pour bénéficier du centre de jour. Toute personne souffrant d'un handicap psychique et vivant à domicile ou en institution, peut intégrer ces activités sur un rythme personnalisé.

4.6 Les thérapies

Les thérapies visent directement, par l'expression artistique ou le sport, à améliorer la santé des résidents. Le sport et la musique permettent d'exercer de nombreuses compétences et valorisent l'expression non verbale. Par ailleurs la Fondation Domus a la chance, au centre de La Tzoumaz, de bénéficier de grands espaces dans un environnement naturel. Il est donc possible de proposer aux résidents la pratique de l'équithérapie, un soin qui s'appuie sur le cheval pour permettre de grands progrès dans la connaissance et l'acceptation de soi. Nous y trouvons :

- L'équithérapie
- La musicothérapie
- L'atelier sport
- L'atelier psychoéducation
- L'atelier «entraînement aux habiletés sociales» (EHS)

4.7. Les camps

Partir, c'est oser quitter ses points de repère pour affronter l'inconnu, et revenir enrichi de nouvelles expériences, de rencontres intéressantes. Nous accordons beaucoup de temps et d'énergie à organiser des activités qui permettent aux personnes vivant dans notre institution d'entretenir des contacts avec l'extérieur et d'élargir leur horizon.

Ces camps font partie intégrante de notre programme et sont obligatoires (sauf contre-indication médicale). Ils sont adaptés aux possibilités de chacun.

4.8. L'animation

Pour chacun, il est nécessaire de pouvoir aussi se récréer et s'occuper sans avoir d'autre but que celui d'avoir du plaisir et de partager un moment agréable avec des pairs. Pour cela, des animations sont organisées régulièrement.

Outre la pratique du théâtre, un plaisir à dimension thérapeutique puisqu'elle contribue à redonner confiance aux acteurs, les résidents vivent d'autres moments récréatifs à l'extérieur de l'institution également. Apprendre à se détendre est aussi important que de se remettre au travail! L'organisation des horaires permet des sorties accompagnées en soirée, la semaine ou le week-end. Au programme? Concert, match de football ou de hockey, entre autres. Ces moments sont essentiels pour alléger la vie de tous, et tisser des relations plus étroites entre les résidents et leurs accompagnants.

5. Bibliographie

- BACHRACH L.L.: Psychosocial Rehabilitation and Psychiatry in the Care of Long Term Patients, American Journal of Psychiatry 149: 11, p. 1455-1463, 1992
- CNAAN R.A et al.: Psychosocial Rehabilitation: Toward a Definition, Psychosocial Rehabilitation Journal, 11: 4, p. 61-77, 1988
- SIDOUN P. et LALONDE P.: Traitement de la schizophrénie: vers une nouvelle synthèse des données. Can. J. Psychiatry. 33(9): 809-815, 1998
- VIDON G. et al.: La réhabilitation psychosociale en psychiatrie, Editions Frison-Roche, Paris, 1995