

# Du souvenir à l'avenir ou La culture ardente des passerelles

*par les Drs HENRY, DENIS, ROBELET et BUZARE*

S. II - C.H.S STE GEMMES SUR LOIRE

-1990-

Evoquer trente années d'histoire vécue dans un service de Psychiatrie de province (secteur II du C.H.S. de STE GEMMES/LOIRE - ANGERS) n'est pas sans poser quelques remarques préalables telles que le risque de réductionnisme inévitable de la relation des faits passés, la difficulté à cerner certains problèmes de l'intérieur.

Le chevauchement des événements et leur intrication ne permet pas d'apporter toute la clarté souhaitée et nécessaire.

La perception partagée et cependant différente des divers acteurs conforte l'intérêt d'une chorale à plusieurs voix.

Le rappel des souvenirs, selon l'ordre chronologique, ne saurait rendre compte, à lui-seul, du processus d'évolution étroitement lié aux souvenirs thématiques et ponctués de souvenirs affectifs.

**Trois décennies** : celle du "**monde clos**", celle de "**l'ouverture**" et celle de "**la vie associative**" pourraient caractériser cette période.

**Le monde clos** (1959) est celui de l'hôpital psychiatrique traditionnel, monde isolant, à visée autarcique, à échanges élémentaires limités, à prévalence alimentaire ; ce monde fermé est soumis à des rituels et des rites culturels qui définissent les échanges et les relations sur un mode hiérarchisé. Les mesures humanitaires élémentaires sont exclues ; les objets personnels sont confisqués ; l'uniforme est obligatoire ; le repas est servi dans des gamelles, sans fourchette ni couteau, les godets remplacent les verres ; les malades se mettent au garde-à-vous lorsque le médecin-chef passe...

L'apparition de l'argent, pécule complémentaire et ergothérapie n'est possible qu'en 1960.

La création d'un service libre, l'année suivante, modifie lentement le visage asilaire tandis que se développent les Dispensaires d'Hygiène Mentale et se crée le premier Institut Médico-Pédagogique des Papillons Blancs.

La psychiatrie générale, sans distinction d'âge et de sexe est pratiquée à l'extérieur par le seul médecin-chef.

La psychiatrie limitée à l'intérieur est unisexuée.

L'application des chimiothérapies et leur grande diversité entraîne, outre la disparition progressive des thérapies dites agressives (cure de sismothérapies), une réduction sensible du nombre de malades hospitalisés.

L'infiltration psychanalytique n'est perçue qu'en 1964 : les premières réunions de malades sont expérimentées, quelques réunions à visée de psychothérapie institutionnelle précèdent l'explosion de 1968.

**L'ouverture** est en effet issue d'un mouvement d'autant plus violent que le système de dépendance hiérarchique était plus structuré.

Les premiers bals sont les prémices de la mixité ; l'association inter-service des loisirs aboutira à la création de Club. Le Conseil de Gestion de 1968 regroupera syndicats et médecins, favorisant l'approche d'une psychiatrie à visées multiples, à double mixité.

De nouveaux instruments soignants se développent (réunions, comité hospitalier, club thérapeutique, groupe inter-contrôle), et une prise en charge multiple peut être organisée pour les psychotiques.

La mise en place de trois dimensions essentielles découle de cette approche : les échanges affectifs (mixité), économiques (argent) et de parole (relation de type transférentiel), tandis qu'un groupe de stratégie se constitue à deux secteurs - avec le groupe de réflexions et la réunion de projet propre au Secteur II.

Une quatrième dimension "*espace-temps*" marquée par un rythme évolutif plus ou moins actif, sera jalonnée d'étapes créatrices simultanées, au dedans et au dehors. En début de sectorisation "Les Vieux" (maisons de retraite), "les nocturnes" (développement des hospitalisations de nuit), puis, avec le Club, "les exclus" (la 8ème) et résidents (foyer de post-cure de Rocheloire)...

Cette période d'ouverture se prolonge avec les "habitants de la Cité" (appartements thérapeutiques puis appartements personnalisés, permanences...)

**La vie associative** marque la dernière décennie.

Le même équilibre se retrouve dans les diverses avancées intérieures et extérieures.

Ainsi est constituée l'**Association Culturelle** du secteur II tandis que se mettent en place les **Assises Départementales de la Psychiatrie**.

Les clubs extra-hospitaliers regroupent d'anciens malades autour des permanences de santé mentale et deux hôpitaux de jour naissent de ces implantations préalables.

La maison rurale, "**La Rousselle**" va permettre aux différents clubs du Secteur de s'y rencontrer et de réaliser un lieu d'échanges féconds.

Cependant cette période est assombrie pendant quelques années par "*l'affaire*" vécue dans le **CONTEXTE LOCAL** comme un événement traumatisant pour le secteur.

Néanmoins **la vie du club et la CULTURE DES PASSERELLES** soulignent la promesse de projets comme en témoigne **l'observation de Fleury**.

## **La vie associative**

Ce processus de changement vécu au sein du secteur 2 va nécessiter aux différentes étapes successives de la transformation du service intrahospitalier comme lors du développement du secteur extrahospitalier la constitution de lieux de soins diversifiés et un aménagement dans l'institution soignante des relations inter-individuelles qui puissent procurer de nombreuses occasions d'échanges selon les modalités les plus diverses.

Au cours de ce processus l'organisation de la vie intra et extrahospitalière va notamment se structurer dans les différents lieux de vie autour de plusieurs clubs et Associations loi 1901. Cette oeuvre de structuration du milieu aboutira donc à la création, tant pour les soignants que pour les soignés, de structures horizontales différenciées dont l'institution s'étalera au fil des années au gré du travail d'analyse et d'élaboration de l'équipe soignante.

Avec l'avènement en 1971 de la psychiatrie de secteur, apparaît de prime abord l'idée que les malades mentaux peuvent être soignés parmi les autres, et ne doivent plus nécessairement être mis à part et ségrégués. Or ce désenclavement va nécessiter la mise en oeuvre à l'intérieur même du service intrahospitalier d'un profond remaniement des structures de soins. La création du Club Thérapeutique appelé "Club de l'Avenir" dont les statuts sont ratifiés en 1974 apparaît alors comme une étape essentielle dans ce mouvement de transformation de la vie sociale intrahospitalière de même que l'évolution progressive de l'appareil de soins avec laquelle il s'articule étroitement. En même temps se dessinent les premières tentatives de développement d'un travail extrahospitalier par le biais de l'hospitalisation partielle de nuit, des visites à domicile et de contacts pris avec les maisons de retraites et les foyers de jeunes travailleurs. Se constituent ainsi, dans le secteur extrahospitalier notamment parmi les divers interlocuteurs rencontrés dans l'établissement, les premiers relais institutionnels de notre action collective.

Puis cet effort de décloisonnement va trouver un nouveau prolongement dans la Cité, grâce à une concertation de l'équipe soignante et des élus locaux. Associations de quartier - Travailleurs sociaux - Médecins généralistes. Ce travail aboutit à la création de lieux différenciés géographiquement. En premier lieu, en collaboration avec un autre secteur, une Association Croix Marine d'Anjou (1976) est constituée pour gérer un foyer de post-cure animé par un nouveau Club le "Club de l'Amitié" et plusieurs appartements thérapeutiques, puis vont s'ouvrir en différents points du secteur plusieurs permanences d'accueil et de soins (1977-1978-1980). Le fonctionnement de chacune de ces structures est assuré par un collectif dont les membres ont la particularité d'avoir un pied à l'hôpital et un pied dans le secteur extrahospitalier, condition nécessaire mais non suffisante pour assurer au mieux une continuité des soins et le maintien d'une relation transférentielle.

Cette expérience va permettre d'effectuer un travail important du milieu extrahospitalier en y développant notamment des réseaux d'échanges et de communication qui créent de nouveaux équilibres et permettront souvent de démonter certaines manoeuvres ségrégatives.

Cependant les difficultés rencontrées par la plupart des malades à s'intégrer dans les associations existantes et la nécessité de structurer ces lieux de soins "intermédiaires" que sont

devenues les permanences, vont conduire à la création de Clubs Thérapeutiques extrahospitaliers afin de mieux étayer ce travail effectué sur le secteur.

Ces clubs vont donc se constituer au nombre de trois, à partir des permanences existantes : "Club de la Rencontre", "Cercle de l'Espoir", "Club de la Pierre bleue" et peu à peu ces nouvelles associations thérapeutiques s'organisent, privilégiant les échanges, le développement des loisirs et l'animation des permanences, puis de deux hôpitaux de jour implantés à leur proximité. Elles s'affirment au sein des différents quartiers où elles ont leur siège, en y développant de nouveaux contacts et en s'articulant localement avec la vie associative.

Toutefois, le risque pressenti de nouveaux cloisonnement autour de ces pôles d'investissement extrahospitalier voire de scissions interinstitutionnelles vont souligner la nécessité de nouveaux remaniements permettant de jeter des passerelles entre les différents Clubs.

Les rapports que ces diverses associations sont susceptibles d'entretenir entre elles vont constituer ainsi un pôle d'intérêt essentiel pour la réflexion de l'équipe soignante.

Déjà un certain niveau d'échanges avait pu être aménagé entre les différents clubs intra et extrahospitaliers. Ainsi, des vœux étaient échangés au début de chaque année, de même certaines activités de loisirs rassemblaient régulièrement les adhérents de ces diverses associations ; l'achat d'une machine à laver par l'un des clubs avait pu être financé grâce à un emprunt contracté avec un autre club. Cependant la location de la Maison Rurale de "La Rousselle" (1985) par l'intermédiaire de l'Association Croix Marine d'Anjou, la gestion de son entretien et de sa restauration allait constituer le prétexte pour susciter l'organisation de rencontres régulières entre les différents clubs du secteur. Ces rencontres devaient aboutir à la création récente d'un Comité Interclubs composé de soignés et de soignants et fonctionnant sur le mode fédératif dont l'une des premières tâches fut de réfléchir à la mise en place d'une carte Interclubs permettant à chacun de bénéficier des possibilités offertes par l'ensemble des organisations associatives adhérentes.

Pour compléter ce développement sur la trame associative tissée dans le secteur, il faudrait faire mention d'une action plus spécifique menée dans le sens d'un travail de recherche sur la prévention, entreprise en 1982 à l'occasion de la mise en place à l'initiative des CEMEA des Assises Nationales décentralisées de la psychiatrie et poursuivie depuis par l'intermédiaire d'une association loi 1901 qui fournit l'occasion de rencontres régulières entre professionnels, usagers de la santé mentale, individuels ou membres d'associations et les pouvoirs publics.

Une association culturelle du personnel soignant du secteur a également été constituée en 1981, pour permettre l'élaboration d'un travail de réflexion théorique à partir de ces diverses pratiques soignantes. L'une de ses principales fonctions semble être aujourd'hui de favoriser un recentrement permanent des diverses expériences effectuées au sein de chacun des collectifs et s'affirme comme un précieux instrument de décroisement.

Plus que jamais cette vie associative, outre l'intérêt de son action dynamisante sur le milieu, nous semble permettre de définir un cadre organisé et souple, ouvert à la fois au jeu des fonctions, des rôles, des statuts et des compétences et aux remaniements qu'implique l'évolution des pratiques et des soins.

La déambulation de chacun dans ces espaces collectifs et la perméabilité des échanges entre ces institutions nous apparaissent constituer l'indispensable condition pour que (comme l'écrit OURY), ces lieux puissent former une véritable "topographie des espaces de transfert partiels entre lesquels la libre circulation décide des itinéraires fantasmatiques".

Il semble intéressant d'illustrer ce propos par l'histoire de l'un des quatre pavillons du secteur, la 8ème des femmes.

Au moment de la mise en place de la Sectorisation, ce pavillon de "chroniques" renferme une quarantaine de malades dites "agitées" : les exclues des exclues. Dans cet univers concentrationnaire s'entassent soignés et soignants dans des locaux particulièrement inhospitaliers, dépourvus entre autre de la salle de soins. Cette unité alors figure dans l'hôpital de façon mythique, une sorte de Cayenne où malades et soignants indisciplinés sont mutés de façon autoritaire.

La politique de désenclavement qui sous tend l'action collective dans le secteur extrahospitalier va trouver là à l'intérieur un champ d'application privilégié. Des mutations périodiques des soignants y sont d'abord effectuées après un vote de l'ensemble du personnel, instituant à deux ans et demie du "passage à la 8" et des contacts sont renoués avec les familles des malades où établis avec des institutions permettant de réduire assez rapidement et de façon importante l'effectif de ce pavillon.

C'est l'époque par ailleurs de la création du club intrahospitalier. Les débats qui s'instaurent à son sujet entraînent une bipartition des soignants entre d'un côté les tenants d'une idéologie ségrégative localisés dans une attitude persécutive et masochiste autour de la 8 dont ils défendent au nom d'un impossible "mélange des malades" la pérennité, et les partisans d'une position désaliéniste.

La répartition en 1976 dans les trois autres pavillons du secteur des quelques malades qui y restaient allait définitivement "libérer" ces locaux et en permettre une autre destination. La création d'un centre Socioculturel du Service, baptisé par les malades "la Récréée" devenait le fruit de cette nouvelle orientation. Ainsi l'aire d'exclusion devenait elle espace de Re-création, le bastion de l'agitation se transformait-il en endroit de détente. Sans doute, comme l'écrit P. Delion, faut-il voir là dans ces oppositions terme à terme, les efforts d'annulation d'un passé difficile.

Cependant le bureau du Club investissant une partie des locaux. Des ateliers, une bibliothèque et une discothèque occupaient le rez de chaussée, l'étage constituant une "annexe" pour les trois autres pavillons invités à y adresser des malades lorsqu'ils ne disposaient plus suffisamment de place pour l'accueil des admissions.

La récréée multiplie alors les occasions d'échanges. Les malades du service s'y rendent et y circulent librement. Diverses commissions du Club et de nombreuses activités thérapeutiques permettent d'y structurer un espace-temps. A la suite des expériences de camping et de séjours thérapeutiques hors les murs qui ont révélé l'intérêt du travail effectué avec de petits groupes, des repas-récré y sont régulièrement organisés.

Et pourtant au fil des années l'étage se reconstitue peu à peu comme espace d'exclusion, les patients n'y sont plus adressés que sur le seul critère de laisser leur place à d'autres, ils entretiennent peu de relations avec le rez de chaussée qui a son tour va connaître

progressivement l'installation d'un état d'inertie et même si la Trésorerie du Club, et une Régie d'avance de fonds à la disposition des malades gardent un semblant de dynamisme et d'activité, l'espace collectif de la "Récré" tend progressivement à dégénérer de l'état de jachère à celui d'une friche.

Ce processus sera remis en cause ces dernières années sur la base d'un questionnaire proposé de l'extérieur à partir du fonctionnement des Clubs extrahospitaliers et des hôpitaux de jour du Secteur. A l'instar de ce qui a été institué dans ces structures, il est décidé en réunion de constituer un collectif de soignants qui prenne en charge à la Récré un groupe de 15 soignés qui ne soient plus cette fois des exclus des autres pavillons, mais des pensionnaires adressés et accueillis pour y préparer dans le cadre d'un petit groupe de vie un projet de sortie.

Un des moyens d'élaboration de ce travail va être pour ce nouveau collectif de se pencher sur un projet de réfection des locaux en collaboration avec les responsables administratifs de l'établissement, afin de tenter de rendre ce pavillon plus adéquat à cette nouvelle destination et de rechercher à établir des lieux et des passerelles en direction des structures extrahospitalières et des diverses Associations thérapeutiques du secteur.

Cette expérience montre donc que les mécanismes de cloisonnement et de chronicisation à l'oeuvre dans l'asile réapparaissent au bout d'un temps plus ou moins long, là où sont accueillis des malades mentaux et en particulier des psychotiques, et que la création d'institutions multiples et diverses étroitement articulées entre elles est susceptible de constituer comme l'écrit Oury " le moyen de lutter contre le retour à une structure concentrationnaire et ségrégative".

## **Le contexte**

### **Contexte national**

Si du point de vue idéologique, il peut être analysé de points de vue divers, au plan pratique, ses conséquences sur la psychiatrie sont celles d'une politique d'économies budgétaires jamais vues, tant d'ailleurs dans le secteur public que privé.

Mais l'aspect économique n'est pas le seul et, tel l'arbre cachant la forêt, ne doit pas faire omettre de se poser la question de l'idéologie au pouvoir en matière de psychiatrie : la psychiatrie "Universitaire" certes, une psychiatrie "sérieuse", génétique et biologique, une idée réduite de la psychiatrie en tout cas, qui cherche à cloisonner (les adultes et les enfants...) ou à ôter du champ psychiatrique soit des tranches d'âge (les vieux), soit des symptômes (l'alcoolisme, la toxicomanie) soit des syndrômes (l'arriération).

Si, un temps, le pouvoir médical a pu imposer des points de vue ou contrebalancer des effets, force est de constater que l'évolution actuelle ne va pas dans ce sens :

- soit que ce pouvoir s'adosse à ce pouvoir politique en le confortant dans ses choix, voire même en les suggérant dans certains groupes de travail dits de concertation...

- soit qu'il soit mis en difficultés de se faire entendre dans la position de dépendance hiérarchique qui est maintenant statutairement la sienne vis à vis des directeurs des hôpitaux par exemple.

Tout est donc affaire de stratégie locale !

## Conséquences et situations sociales

La réduction progressive du nombre des infirmiers par non remplacement des départs associés au tarissement du recrutement (Centre de Formation fermé une année sur deux et promotion de 15 environ l'autre année), aboutit à un étranglement en personnel infirmier et à l'extinction du cadre unique dont le C.H.S. de STE GEMMES SUR LOIRE était l'un des derniers bastions : aujourd'hui le choix est entre des A.S.H. ou rien ! Ce combat perdu (depuis longtemps de fait) se sous-tend d'une théorie dangereuse des soins en psychiatrie, à savoir que les infirmiers ne sont pas autant diplômés et payés pour "*passer le balai*" et "*laver des culs*". C'est toute la question de la psychothérapie institutionnelle qui est posée là, celle des outils que nous offre la vie quotidienne du malade dans sa psychopathologie : autant d'outils de soins pour autant que nous les regardions avec cette potentialité, pour autant que nous le décidions. Bien sûr, il peut y avoir une décision inverse, mais pour une toute autre psychiatrie, celle ou ménage, toilettes, habillages, service des repas, lingerie sont autant de problèmes techniques, sans intérêt thérapeutique, qu'il s'agit donc de confier à un cadre dit hôtelier...

De même, la réduction progressive du nombre des internes par diminution du recrutement des futurs spécialistes par le seul canal de l'internat de l'internat de C.H.U., associée à l'attrait modéré pour la spécialité psychiatrique, aboutit à une diminution du nombre d'internes en psychiatrie (le nombre est tombé de 23 à 9 en 3 ans...) et à l'impossibilité d'en recruter plus : d'où de graves difficultés de préservation des temps médicaux spécialisés.

Signalons l'arrivée d'un personnage inquiétant dit infirmier général qui a pour tâche inavouée (cf. les C.H.U. d'abord puis les autres C.H. maintenant) de marginaliser encore davantage les médecins vis à vis de la gestion de leur outil de soin primordial, à savoir le personnel. L'un de nous formulait cela ainsi : les médecins deviennent alors des para-para-médicaux, la verticalité hiérarchique ne passant même plus par eux mais passant directement du directeur à l'infirmier général, aux surveillants chefs (en probable voie de disparition car en général, étroits collaborateurs du médecin-chef) et aux surveillants.

Avec l'arrivée de cet infirmier général et à la demande d'un ministère sollicité par un mouvement de grève du personnel, apparaît "**L'étude de la charge en soins**". C'est une étude qui, pour déterminer les besoins en quantité et en qualité de personnel dans un hôpital, consiste à recenser de manière soi-disant exhaustive les actes effectués directement ou indirectement pour les malades, puis à les quantifier, puis à les chronométrer pour, après de savantes règles de trois vous dire... que vous aviez trop d'infirmiers et pas assez d'A.S.H. - C'est donc ce qu'a réalisé l'infirmier général, ce qui a abouti à un rapport qui, avant d'être revu et corrigé plus collectivement, pouvait être jugé, suivant l'humeur du jour, dérisoire ou scandaleux. Ainsi, *les voitures de secteur roulant à 60 km/h sur route départementale et 40 km/h en ville, on retiendra 47 km/h de vitesse moyenne, ce qui, rapproché du nombre de kilomètres parcourus en un an vous donne le nombre d'infirmiers nécessaires dans l'extra-hospitalier... ou encore, 44 lavabos lavés chaque jour pendant 3 minutes chacun nécessitent un temps x d'A.S.H., de même que 44 appliques nettoyées chaque jour en 17 secondes chacune.... Mais quand rien ne manque, il manque quelque chose : le sujet...*

Une telle situation locale avec ses statuts, mais aussi ses personnalités nécessite à l'échelon local même un travail d'analyse permanent : quelle est la situation, quel est l'état des courants et contre-courants en présence, quelle tactique pour quelle stratégie, pour quels objectifs ? ? etc... Un groupe de réflexion, pluriel et transversal apparaît en cela indiqué.

## **Contexte plus particulier du secteur en question**

Cette réflexion collective survient en effet au décours de plusieurs décès de patients hospitalisés, dans des circonstances diverses ; Décès qui, tous, ont touché la secteur dans son ensemble et dont l'un a en particulier abouti à l'inculpation au pénal du médecin-chef du service, jusqu'au non-lieu prononcé trois ans plus tard...

Ces événements sont venus mettre en question auprès de chacun d'entre nous la question de ce sentiment inconscient qu'est la culpabilité.

A un niveau individuel comme à un niveau collectif, cela a eu pour conséquences des effets de surmoi complexes et divers, suivant les personnes et les groupes : inhibition anxieuse, comportements sado-masochiques, désir de protection et recherche d'une certitude, face au doute, dans telle ou telle conduite hiérarchisée, ou encore "se laisser divertir" par tout cela en rajoutant éventuellement, le tout aboutissant à se tenir loin des malades...

Tout cela pendant trois longues années, avec des moments plus calmes, d'autres plus tendus, avec des passages d'un effet de surmoi à un autre, suivant les moments, les groupes ou les individus.

Et toujours, en tout cas, avec beaucoup de difficultés à constamment redéfinir la position du Club par exemple vis à vis de ces Institutions, avec un grand I, étatiques, que sont la police, la justice, l'administration. Par exemple, le Club est par définition, ou par décision, l'outil grâce auquel nous tentons d'articuler de manière travaillable, au sens psychothérapique du terme, les demandes ; or, durant tout ce temps, à plusieurs reprises, notre analyse était de pointer soit "l'absence" de demande ou du moins la difficulté à la verbalisation, soit la demande... de permission : *"est-ce que je peux" .. "avons-nous le droit de" etc...*

Et malgré tout, le Club nous a aidé à tenir le coup, par l'espace de liberté qu'à d'autres instants il représentait et par la possibilité que les uns et les autres avaient de dire, de nous interpeler, au fond ; peut-on imaginer ce que le secteur serait devenu, face aux mêmes circonstances, sans le Club ? c'est difficile...

Difficile (voire impossible parfois...) a également été, durant cette période, le travail constant de distinction des plans. Beaucoup de choses devenaient confuses, mélangées :

- par exemple, toujours distinguer les statuts, les rôles et les fonctions de chacun ;

- par exemple, ne pas confondre une organisation du service qui nous permette de rendre des comptes à ces Institutions (police, justice..), sous entendu d'être "en règle", afin de pouvoir travailler sans qu'elles ne nous envahissent (ce sont les surveillants chefs, les surveillants etc...) Et une organisation du service qui nous permette de soigner les malades et qui n'est pas la première. Distinguer donc une organisation statutaire et une organisation fonctionnelle, toutes les deux nécessaires, à condition qu'elles soient bien comprises!



- ou encore, ne pas confondre l'organisation nécessaire du travail avec l'autorité surmoïque ;

ou bien, être distrait par son travail et être distrait de son travail, l'effet de détente n'ayant absolument pas les mêmes effets sur les malades.

Depuis quelque temps, on peut pressentir les signes d'une bonne amélioration de l'ambiance collective. Ainsi, la reprise avec une ampleur nouvelle de la qualité de la préoccupation des uns pour les autres, aboutissant à parler à nouveau des vieux "chroniques" et à définir des projets individuels et collectifs.

## Culture ardente des passerelles

### Fleury

Je vais vous parler de l'histoire de Fleury, 42 ans, que nous avons connu avant même l'ouverture de la permanence de Santé Mentale de CHALONNENES/LOIRE. Cette trajectoire illustre l'intérêt de garder des passerelles ouvertes entre les divers lieux de soins d'un secteur.

C'était un soir de décembre 1979 ; nous étions à CHALONNENES, un chef-lieu de Canton rural situé à 25 kms d'ANGERS, sur les bords de la Loire. Tous les infirmiers du collectif étaient présents et nous allions rencontrer les généralistes du lieu pour leur parler de l'ouverture d'une permanence de Santé Mentale et leur demander ce qu'ils en attendaient. Heureuse rencontre entre médecine de famille et psychiatrie, rencontre toujours productive.

A notre arrivée le Docteur H. sort de son cabinet avec Fleury : "je vous présente votre premier client" nous dit-il. Fleury est ivre et agressif. Il est venu consulter après une nouvelle dispute conjugale. Les autres généralistes le connaissaient bien car ils le rencontraient régulièrement en garde pour des ivresses pathologiques de week-end.

Fleury vient dès la première permanence, fin mars 1980. A l'époque il a 33 ans. Il est éthylique et querelleur. Depuis quelques temps son patron ne l'emploie plus que deux jours par semaine, ce qui aggrave son intoxication. Les troubles du caractère s'accroissent avec colères, irritabilité, violences verbales et gestuelles. La vie conjugale s'en ressent et sa femme parle de partir. Il a déjà eu plusieurs accidents de mobylette, de même il a été opéré pour un éclatement du sigmoïde à la suite d'une bagarre. Il existe dans ces événements un mélange de forfanterie et de défi mais aussi de risque vital style "roulette russe".

Fleury est né dans une famille de 6 enfants. Il a deux demi-frères du 1er mariage de sa mère. Son enfance a été marquée par l'alcoolisme paternel : *"il y a des moments où le père criait fort ; ça faisait peur, personne ne disait rien. Il n'y a qu'une fois où j'ai pris la défense de ma mère et j'ai frappé mon père, c'était au retour du régiment"*. Il en voulait à son père qui aurait voulu une fille et qui, dit-il, avait souhaité sa mort.

Il a commencé à travailler à 14 ans, d'abord dans l'agriculture puis à l'usine de chaussures. Par la suite il a fait plusieurs autres emplois dont il est parti sur des coups de tête ou après des alcoolisations. Finalement il travaille avec son demi-frère chez un gros propriétaire terrien. Il vit avec Françoise, son amie, à partir de l'âge de 23 ans. Elle travaille "à la chaussure". Ils ont un fils Stéphane, atteint de myopathie.

Justement, ce qui domine dans notre première rencontre c'est l'inquiétude concernant son fils, alors âgé de 11 ans. A 4 ans, Stéphane a commencé à avoir du mal à monter les escaliers, puis après il s'est mis à faire des chutes de plus en plus fréquentes... alors il est parti à CORBEIL ESSONNE dans un centre spécialisé à l'âge de 7 ans... ça a été dur ; il ne revenait que tous les 15 jours, en week-end. C'est presque toujours Fleury qui allait le chercher avec l'ambulance. De même, dans sa petite enfance, c'est le père, autant que la mère qui faisaient manger Stéphane et qui le baignaient. Fleury remplissait une bonne part de la fonction maternelle. Il décrit des tas de détails sur la manière particulière de porter son enfant de chiffon, de lui éviter des chocs dans la montée de l'escalier etc... plus tard il se lèvera plusieurs fois par nuit lorsque son fils appelle faiblement pour être changé de position, pour réajuster les lunettes à oxygène, pour l'aider à cracher.

La présence de Stéphane était un facteur de stabilisation. Son départ en Centre Spécialisé à l'âge de 7 ans sera durement ressenti par les parents et aggravera l'alcoolisation de Fleury. Lorsque ce dernier parle de son fils il émane de lui tout un aspect féminin, quasi maternel, fait d'intuitions, d'identification à l'autre, souffrant, d'anticipation dans le soulagement de la douleur. Sous l'aspect masculin caricatural du moustachu musclé, bombant le torse et relevant le menton, se cachent une sensibilité et une finesse inattendues. On ne peut manquer d'associer ces traits de personnalité à l'admiration que Fleury portait pour sa mère, elle qui a toujours été un témoin d'humanité dans un milieu d'avidité affective. Ce sont ces éléments qui nous ont toujours fait espérer dans les possibilités évolutives de Fleury.

Après cette première rencontre nous ne le reverrons qu'un an plus tard, lorsque son médecin traitant le fait hospitaliser à CHALONNES pour une cure de désintoxication. Ca ne se passait pas bien car Fleury faisait ce qu'il voulait : après les perfusions il sortait dans le bourg... Malgré tout nous avons repris contact avec lui et il s'est mis en place des rencontres avec Bertrand, un infirmier qui, à l'époque, travaillait en extra-hospitalier (travail vers les maisons de retraite et l'hôpital rural pendant deux ans). Bertrand allait le voir toutes les semaines en visite à domicile et parfois Fleury n'était pas là ; parfois il ergotait sur les 5 minutes de retard par rapport à l'heure prévue ; toujours il testait l'attachement. Aux moments les plus compliqués, quand nous avions beaucoup de travail à l'hôpital rural, Fleury arrivait, bien sûr, sans rendez-vous, et il fallait jongler pour le voir, comme s'il venait vérifier que nous étions bien toujours là et que les liens résistaient à l'épreuve : il éprouvait l'amarre.

Bertrand a pu sceller une relation durable. Fleury va venir régulièrement à la permanence mais il ne se mêle pas trop à la vie de groupe qui s'organise peu à peu.

### **Première hospitalisation au C.H.S. en mars 1981 :**

Après 8 jours d'ivresse, Fleury vient seul, au C.H.S., depuis la permanence pour se soigner de son intoxication éthylique. L'interne de garde note alors : *"Etat dépressif réactionnel à un conflit conjugal, alcoolisation anxiolytique, personnalité hystérique, tendance aux conduites explosives"*.

Fleury s'alcoolise beaucoup, devient menaçant, parfois violent. Son amie menace de partir. Ils vivent tous les deux dans la rumeur : lui d'abord parce qu'il est dans les cafés une partie de la journée et qu'il a à faire aux racontars, aux bruits de rue, aux réflexions plus ou moins bien intentionnées qui sont colportées d'un bar à l'autre. On lui parle de la "fidélité" de sa femme et de son fils handicapé "il y en a qui disent que c'est eux qui le font vivre avec les cotisations", d'autre que *"c'est de notre faute si notre gars est comme ça parce que ma femme c'est une putain et moi que je bois"*. Son amie qui travaille en usine se plaint à ses collègues qui lui conseillent de partir. Finalement, après une hospitalisation de 15 jours il sort du service pour aller chercher son fils à CORBEIL.

### **Nouvelle hospitalisation au C.H.S. en juin 1981 :**

Son admission est difficile. Il est ivre, provoquant. Il cherche querelle. Il est très opposant. L'hospitalisation est pénible à négocier. Il refuse la chambre qu'on lui propose, il refuse le traitement. Il exige qu'on appelle Bertrand alors qu'il est 2 heures... Ce dernier, en repos, se déplace de chez lui pour parlementer.

Fleury part à la "Récréé" (un pavillon "transitionnel", à part dans le secteur) puis revient une heure plus tard et finalement il faut une intervention musclée pour lui faire un traitement injectable.

Un mois plus tard il retourne sur CHALONNES mais dès la fin de l'été son amie, qui vient aussi à la permanence, se plaint d'alcoolisations importantes avec des états d'excitations. Effectivement, à la fin septembre Fleury est mêlé à une Nnième bagarre et il se met lui-même la tête dans la gueule du loup en allant se plaindre à la gendarmerie... qui l'arrête car il a une alcoolémie à 3,29 g..

Cette alcoolisation dure un an encore, avec des moments d'accalmie lors des vacances de Stéphane, mais dans l'ensemble c'est une alcoolisation importante rythmée par l'évolution de la myopathie du fils.

Fleury vient à la permanence parler de ses difficultés mais plus sur un mode de victime et nous n'arrivons pas à le convaincre de la nécessité d'une nouvelle cure de désintoxication. A cette époque le soin n'est pas vraiment partagé par les autres patients de la permanence ; ça reste encore l'affaire des soignants et l'histoire de Fleury ne regarde que les soignants.

Pourtant, peu à peu, ce groupe soignants-soignés s'est organisé en Association avec notamment des discussions sur la fonction d'accueil.

L'alcoolisation de Fleury dure donc jusqu'en Octobre 1983 où Françoise décide de le quitter. Il stoppe net son alcoolisation en espérant que Françoise rentre à la maison, mais celle-ci, hospitalisée à l'hôpital rural de CHALONNES, refuse toute visite et se fait aider par l'assistante sociale pour louer un autre appartement. Fleury essaie de nous faire intervenir... S'il ne boit plus, il mange aussi très peu, ce qui l'amène à se faire hospitaliser de lui-même au C.H.S. le 26 Octobre 1983.

### **Son hospitalisation :**

Il est déjà sevré ; il est inquiet, tant sur le plan matériel (car il ne gagne que 1 300 f. à 1 500 F. par mois et ne peut pas vivre seul), que sur le plan affectif : il a perdu Françoise et la possibilité de recevoir Stéphane à la maison car il ne peut plus payer l'appartement.

Il décrit Françoise comme "son unique et irremplaçable amie". Il dit d'elle qu'elle est influençable et incapable de s'affirmer devant "la Ginette Huissier" qui la manipule pour qu'elle le quitte. Il faut dire que la vie privée de ce couple n'est plus étanche depuis plusieurs années et que l'un et l'autre sont soumis à l'agression des rumeurs, des ragots et des racontars.

Fleury reste plusieurs mois à attendre... A cette période il reste sobre pensant que c'est un atout pour lui. Il se renseigne régulièrement sur ce qui se passe à CHALONNES en téléphonant à sa belle famille avec laquelle il est resté en bons termes, Françoise étant désavouée par les siens. Durant cette période, Fleury s'occupe régulièrement à l'ergothérapie du service, et par ce biais, il prend une part active à la restauration de la Rousselle, (maison rurale que le Club vient de louer) ; peinture, chaulage, ramassage de sarments de vignes, sont autant d'occasions de créer un lien transférentiel intense avec Jean, l'infirmier responsable de l'ergothérapie ; c'est aussi une **"production d'effet de lieu"** : *"quand j'étais là bas, je revivais, je respirais... dès que je franchissais le porche de l'hôpital, au retour, j'étais malade"*.

**(2ème étape) - Son hospitalisation bascule...** quand, au printemps 1984 il apprend que Françoise s'est remise en ménage avec un autre homme. C'est un coup dur qui redéclenche l'alcoolisation et au fur et à mesure que les mois passent son espoir s'amenuise. Son hospitalisation devient infernale, il ne parle que de Françoise et de Stéphane qu'il a perdus. Il est privé d'eux, privé de logement, en arrêt de travail. Il s'installe dans un vide d'espoir sur lequel aucune rencontre, aucune chimiothérapie n'a de prise et il a fait payer aux soignants et aux soignés de la 12ème cette impasse qui s'est constituée. L'alcoolisation devient quotidienne, émaillée de bagarres, d'accès confusionnels, de fugues, de moments dépressifs intenses durant lesquels il évoque son fils et revit ses souvenirs dans une sorte "d'onirismes affectifs" auxquels nous assistons, les bras ballants ! L'hospitalisation devient de plus en plus difficile ; Fleury voudrait partir mais n'y arrive pas. Le seul investissement qui reste c'est la Rousselle avec Jean. Il finit par "boxer" des soignants et l'ambiance à la 12ème est invivable...

A noter un autre lien privilégié avec Etienne, un infirmier de la 12ème, qui appartient également au collectif de la permanence de CHALONNES.

### **(3ème étape) Sortie de l'impasse !**

Après concertation entre les trois pavillons d'hospitalisation nous décidons une mutation de la 12ème à la 5ème, avec un contrat, co-signé par Fleury, le médecin-chef du service et le médecin responsable du pavillon. Il est demandé à Fleury de cesser alcool et violence et de respecter la planning des activités du Club mis en place avec lui. En échange, de notre côté, nous nous engageons à orienter son avenir vers la sortie, à l'accompagner pour aller et revenir de l'ergothérapie, à respecter des horaires personnalisés de prise de médicaments, à assurer un jour de week-end sur les deux au moins en activités loisirs. Fleury est autorisé à continuer l'activité cafétéria qu'il aime bien, à condition d'être accompagné par un soignant.

Le contrat a été respecté jusque dans ses détails. A noter que Fleury a été le premier patient qui passait d'un pavillon à l'autre pour des raisons thérapeutiques ; - bizarrement, quelques temps après, pour des raisons... "thérapeutiques" également, la 5ème a demandé à la 11ème

d'accueillir une malade et un peu plus tard la 11ème a demandé la même chose à la 12ème et le tour était bouclé ! A chaque fois les motifs thérapeutiques étaient justifiés.

Cette troisième étape de son hospitalisation s'accompagnait de recherches faites par Etienne (l'infirmier de la 12ème) et Fleury : ils faisaient tous les deux de nombreux voyages à CHALONNES pour trouver un logement compatible avec de faibles ressources et ils ont fini par dénicher un studio à 350 f. par mois.

### **Sortie progressive...**

Au fur et à mesure la sortie s'organisait. Une fois la chambre louée on accompagnait Fleury, le mardi, à la permanence de CHALONNES et il restait chez lui les mercredi et jeudi pour ses deux jours de travail. Le vendredi il rentrait au C.H.S. pour y continuer les activités de week-end. Le retour progressif lui permettait de reprendre son emploi tous en évitant la solitude, l'ennui, l'oisiveté.

Pour les Chalonnais, médecins et responsables locaux, c'était une assurance que nous gardions avec prudence un certain contrôle. Cette formule permettait aussi à Fleury de... suivre de plus près l'évolution des amours de Françoise. Et ces amours n'étaient pas brillantes. Son nouveau concubin buvait, le couple se dégradait et il avait des dettes. Le retour de Fleury sur CHALONNES intéressait de plus en plus Françoise. Après plusieurs mois, Fleury rentrait définitivement ; quelques semaines plus tard Françoise revenait vivre avec lui "à condition qu'il ne s'alcoolise plus"... ce qu'il a réussi à faire quelques mois. Fleury venait tous les mardi à la permanence et Françoise le rejoignait le soir après le travail.

### **L'intégration de Fleury dans le "Club Thérapeutique de l'Espoir de la permanence de CHALONNES n'a pas été facile.**

Il était connu comme un pilier de bistrot, querelleur, violent, réputé pour les coups et blessures. Il y avait toute la force d'une opinion publique et celle-ci s'était renforcée car durant l'année 1987 Fleury s'était à nouveau remis à s'alcooliser. L'état de santé de Stéphane s'était encore aggravé ; il ne venait pratiquement plus à la maison tant l'insuffisance respiratoire était grave. Fleury buvait ; ça lui arrivait de venir à la permanence alcoolisé, énervé. Il était alors provocant, cherchant la bagarre, menaçant un de ses anciens chefs d'équipes avec lequel il avait un vieux compte d'usine à régler et qui était alors président du club. Ce président était rigide, cassant, autoritaire, presque dictatorial et son mandat n'était plus apprécié par la majorité des adhérents qui l'avaient élu. Avant son élection il était plutôt gentil et apparemment préoccupé des autres mais son élection au poste de président l'avait tout d'un coup fait transpirer de vanité. Beaucoup percevaient le côté pathologique qu'il y avait à ce que le président se prenne pour *un président* !

Les permanences de l'année 1987 ont été souvent perturbées par l'alcoolisation de Fleury et par l'ambiance lourde qui régnait quand il provoquait le président, mais Fleury n'avait pas que des ennemis dans cette affaire et le jour où le président décida de partir, peu de voix le retinrent.

Parallèlement à ces difficultés d'alcoolisation Fleury s'intégrait quand même au Club de l'Espoir d'une façon très personnelle : en disant qu'il s'en fichait complètement de ce Club mais qu'il acceptait quand même d'être son représentant comme délégué de la Rousselle.

Chacun des cinq clubs thérapeutiques de notre secteur a en effet, dans son bureau, deux délégués Rousselle qui se chargent de ce projet de restauration.

Fleury se sentait légitimement le plus compétent et le plus au courant pour être délégué Rousselle du fait de ce qu'il avait connu durant son hospitalisation. C'est une maison qu'il aime et encore maintenant il n'hésite pas à prendre sa mobylette pour faire les 25 kms qui le séparent de la Rousselle. Il fait ce voyage un samedi sur trois, alors qu'il n'est plus hospitalisé, depuis 4 ans, pour aller rejoindre Jean, l'infirmier responsable de l'ergothérapie avec lequel il allait à la Rousselle ; Jean emmène régulièrement un groupe de malades hospitalisés en sortie loisir lorsqu'il est de garde.

Fleury a fait connaître la Rousselle à CHALONNES et il était l'ambassadeur du Club vis à vis du B.I.C. (bureau inter-club gérant de la Rousselle). La Rousselle est un lieu et une occasion où s'articulent tous les clubs du secteur (intra et extra-hospitaliers) et cela crée des ponts entre les divers groupes.

Fleury, aidé par deux autres membres du Club, a fait participer le Club de CHALONNES à l'aménagement d'un jeu de boules ; il a fait voter des frais de déplacement pour ceux qui allaient travailler à la Rousselle ; il a fait adopter une subvention de 600 F. annuel, et a organisé des journées "grillades" à la Rousselle en se chargeant de l'achat des aliments avec le trésorier et la présidente ; il a préparé un concours de pétanque etc...

Progressivement les autres membres du Club ont pu constater ses réalisations pratiques, son esprit d'initiative et sa ténacité. Il a peu à peu fait apparaître des qualités que l'on en soupçonnait pas si l'on suivait le courant de l'opinion publique et de sa réputation. Fleury fut élu dans le bureau du Club.

Le fait de l'articulation du Club de CHALONNES avec la vie des autres Clubs du secteur par le biais de la Rousselle a réensemencé les échanges au sein du Club de CHALONNES. Bizarrement c'est le patient le plus générateur de désordre qui, en même temps, créait des occasions d'échanges dans un groupe qui aurait très bien pu ronronner en se refermant en cercle sur lui-même.

Parallèlement l'état de santé de Stéphane s'aggravait et chacun mesurait à quel point Fleury était inquiet pour son fils ; souvent ses alcoolisations, qu'il réussissait d'ailleurs à mieux contrôler, émaillaient les péripéties évolutives de la myopathie de Stéphane. Cette histoire ne laissait personne indifférent. Françoise était maintenant attendue à chaque permanence et elle s'empressait d'y venir. Il y a quelques années ils avaient amené leur fils à des permanences d'été lorsqu'il était en vacances chez eux et tout le monde le connaissait. A cette période ils étaient tous les deux affligés et la permanence était devenue un véritable lieu d'accueil, l'entraide se développait entre des gens de la permanence et le couple pour les conduire jusqu'au CROISIC, où Stéphane était hospitalisé.

Le décès de Stéphane a été vécu comme on vit à la permanence le décès "d'un des nôtres". Il a été officiellement marqué par une plaque commémorative offerte par le Club.

Depuis ce temps, Fleury et Françoise se sont mariés. Deux ans après la mort de Stéphane ils ont fait un enfant, une fille. Les permanences ont alors été chaleureusement marquées par cette grossesse ; Françoise ayant été rapidement en arrêt de travail, elle a utilisé la permanence pour venir parler des dernières transformations de son corps, parler de ses

inquiétudes de la grossesse, de l'accouchement, de la puériculture. Souvent elle s'adressait aux "mères récentes". Depuis la naissance, le maire de la ville, avec l'intervention du Dr. H. a débloqué un logement accueillant pour ce couple qui s'était fait rejeté de partout quelques années auparavant. Cette attribution s'est faite avec l'engagement de Fleury de respecter l'ordre public, engagement rappelant son contrat passé au C.H.S.. Cette fois-ci le contrat se fera avec le maire de CHALONNES, représentant la Cité et les deux médecins soignant Fleury, le Dr H. et le psychiatre de secteur.

## Conclusion

**Cultiver les passerelles** c'est essayer d'articuler divers lieux de soins entre eux, c'est permettre les passages d'un lieu à l'autre. Ces passerelles dans un même secteur permettent parfois de sortir d'une impasse dans laquelle peut se trouver une prise en charge difficile -(cf. Fleury)-.

Mais, même sans qu'il y ait d'impasse, l'utilisation de ces passerelles permet souvent de dynamiser une prise en charge au long cours, de donner une possibilité de jeu et une certaine créativité, de donner de l'ouvert, une trajectoire ouverte.

Toujours du côté du patient, la culture des passerelles permet d'utiliser la possibilité de se présenter différemment selon les lieux et les groupes, de manier les oppositions ; cela permet parfois de modifier la vision que les autres avaient de lui : l'opinion se transforme, la représentation que l'on s'était forgée de lui par toutes les rumeurs se modifie. Tout l'accompagnement endoxal qui précède la rencontre ou qui la distord peut-être atténué dans ce passage d'un groupe à l'autre.

**Du côté institution**, après l'enthousiasme qui a présidé à la construction du secteur, il faut maintenant éviter la prolifération des chapelles refermées sur elles-mêmes et qui tendent à l'éclatement. Dans ce sens, la Culture des passerelles est un des éléments indispensable à l'avenir du secteur. C'est aussi un signe de sa maturité : Herman Hesse, dans un très beau livre intitulé "Siddartha" nous fait connaître un vieil homme dont le métier est d'être passeur ; on découvre, au fil des pages, qu'il faut avoir acquis une grande expérience de la vie pour exercer ce métier de passeur...

**La culture des passerelles** s'est développée dans le secteur grâce à un certain nombre de soignants qui travaillent dans deux collectifs à la fois. Il y a une multi-appartenance de ces soignants qui exercent par exemple dans un collectif pavillonnaire et dans un Centre de Jour. On s'aperçoit que ça change la façon de soigner : le constat d'un autre style de soin qui est fait dans des structures extra-hospitalières en petits groupes réensemence ce qui se passe dans les pavillons de l'intérieur. Cela rend les modifications possibles. Il semble que ce qui importe c'est ce qui se passe entre les groupes : il y a ce qui se passe dans un groupe et ce qui se passe dans l'autre, et lorsqu'une possibilité d'articulation s'annonce, on réensemence dans chaque groupe.

Et puis, il y a la Rousselle qui est un lieu de rencontres entre les divers Clubs et qui peut avoir une fonction articulatoire entre les divers collectifs de soins. **Nous en sommes là des passerelles et de leur culture ardente... car les passerelles c'est fragile !**