

Projet d'un restaurant associatif

Par Frank DROGOUL

30ème secteur Paris

service du docteur ARTARIT

une logique administrative

Il y a depuis quelques années une collusion entre deux projets. D'un côté, le discours d'une partie non négligeable des équipes soignantes, discours ayant conduit, avant même la "crise économique", à la fameuse "loi italienne" qui prône purement et simplement la fermeture des hôpitaux psychiatriques dans ce pays et limite théoriquement la durée maximale des hospitalisations psychiatriques à neuf jours. De l'autre côté celui de l'état avec une logique administrative de rationalisation des dépenses de santé et une crise économique qui renforce l'exclusion des malades mentaux hors du système de production. Les motivations sont diamétralement opposées mais les discours se rejoignent.

A Paris le plan départemental prévoit - impose de fait - la réduction à cinquante lits hospitaliers par secteur ce qui équivaut à la fermeture d'une cinquantaine de lits en moyenne. Mais ce sera au prix de toute une population isolée dans des chambres d'hôtel qui deviendront elles-mêmes inabornables dans les cinq ans -spéculation immobilière parisienne oblige. Derrière ce projet se dessine une psychiatrie à deux vitesses : d'un côté des lits de court séjour dans les hôpitaux généraux, des centres dits de crise et des "structures intermédiaires" qui focalisent leur travail sur l'évaluation des critères d'entrée et de la durée de séjour des patients, de l'autre, le métro, l'asile paupérisé et délaissé par l'encadrement médical, les MASS et les organisations "caritatives".

C'est en opposition à une telle perspective que cette présentation de centre d'accueil de jour s'inscrit. Pouvons nous en effet travailler uniquement avec les structures inter sectorielles ou plutôt "non-sectorielles" voire anti-sectorielles, quand il nous faut traiter en ville des patients psychotiques, dissociés, qui nécessitent cet "espace institutionnel" pour échapper à une existence totalement désocialisée.

En compensation à cette réduction de la capacité d'accueil hospitalière, on pourrait espérer que soit facilitée la création du même nombre de lits en ville (H.L.M., appartements associatifs, foyers, etc...) Mais les foyers sont rares et, pour le logement associatif, il faut s'adresser aux services sociaux ; or, devant ceux-ci, nous ne sommes pas prioritaires : les directives n'ont sans doute pas encore suivi d'un ministère à l'autre...

Pour aménager des lits en ville, il faut toujours un minimum d'argent. En ce qui concerne notre secteur, l'administration hospitalière financera l'installation de six patients dans deux appartements associatifs. Il y aura également une dizaine de placements familiaux. Quelques patients ont gardé une famille, un logement, voire un travail (l'exception commence à devenir la règle) et y retourneront plus vite à grand renfort de V.A.D.. Mais le surplus se partagera entre le métro et la déportation vers d'autres secteurs non parisiens.

Pour les six lits associatifs, une équipe du secteur galère dans les couloirs des services municipaux depuis deux ans. Elle est maintenant prioritaire pour le prochain F4 qui se libérera on ne sait quand (on déménage de moins en moins à Paris) à quinze stations et deux changements de métro.

On croit rêver !

Ce projet d'espace d'accueil sectoriel tenterait de renouer avec les origines de la psychiatrie de secteur qui proposait un même espace thérapeutique intra et extra hospitalier pour permettre aux patients en errance de reconstituer leur espace psychique sans se voir imposer l'exclusion et la ségrégation tant dans l'isolement urbain que dans l'abandon "asilaire".

L'éclatement psychotique de l'extrahospitalier

Nous assistons en effet à une clochardisation croissante des patients, elle même n'étant que la partie visible d'une désocialisation autant professionnelle qu'affective. Les psychotiques souffrent électivement d'une solitude radicale dont leur maladie les rend incapables de s'extraire par eux-même, ce qui exige donc un soutien institutionnel qui devrait toujours leur être disponible.

La psychiatrie actuelle dit craindre la "chronicisation" de ses institutions. Une analyse manichéenne fait alors porter à la seule administration hospitalière la responsabilité des lourdeurs de fonctionnement qui conduisent à la sclérose des lieux de soin. Contre ce risque, dans la politique du "tout hors de l'hôpital", les théoriciens ont posé quelques principes fondamentaux à respecter pour construire une nouvelle structure non aliénante.

C'est ainsi que le mot d'ordre de diversification des structures mène à leur éclatement : un secteur bien équipé va se doter d'un hôpital de jour, d'un foyer, d'un "centre de crise", d'appartements thérapeutiques ou associatifs, chacun de ces éléments se protégeant phobiquement de la chronicité par des frontières bien étanches et un flux constamment renouvelé de patients. Ceci va de pair avec l'éclatement des équipes - chaque nouvelle institution du secteur a son médecin responsable, son équipe soignante - sans que, la plupart du temps, ne soit abordée la nécessité de sauvegarder pour les soignants la circulation effective entre les différents lieux de soin, c'est-à-dire leur appartenance à plusieurs d'entre eux, constituant alors les soignants comme repères lors de la circulation souhaitée des patients d'une structure à l'autre et facilitant le non clivage des lieux.

Le corollaire de cet éclatement est la petite taille des structures, mais pour ce qui concerne l'isolement des psychotiques, il reste à prouver qu'un lieu de vie - de soins - de moins de vingt individus, tous âges et milieux culturels confondus, est propice à la construction de relations authentiquement structurantes. En effet, la clinique sans cesse nous montre qu'un lieu thérapeutique ne favorise jamais tant l'autonomisation que, lorsque autorisant les rencontres, il permet le développement de "greffes" d'amitiés qui viennent rompre l'isolement consécutif à la pathologie. Les relations affectives des schizophrènes ont besoin d'être soutenues par une dimension transférentielle inscrite dans un lieu habité. De plus la réalité quotidienne des cures montre que, très souvent, les amitiés qui avaient accompagné l'amélioration clinique et la sortie d'une institution à temps complet ou partiel, ne résistent pas plus de six mois lorsque seul leur reste le tissu anonyme de la ville ; les ruptures se font alors dans un univers persécutif effrayant. Un secteur qui maintienne un accueil au delà des horaires de travail (fin d'après-midi, week-end) pourrait, en permettant une continuité de ces attaches

transférentielles, soutenir l'entreprise distanciation à l'égard de l'équipe soignante nécessairement induite par la resocialisation, tout en évitant les décompensations.

Cet écueil se ressent également dans la petite taille du groupe soignant. Les tâches de l'équipe soignante étant incompressibles - la surveillance et les soins proprement dits pour les foyer ou les petits services (vitrine !), la permanence d'accueil, les entretiens et les VAD pour les équipes de jour - les activités qui font la trame de la vie quotidienne sont réduites à l'humble capacité de l'équipe et donc souvent à une peau de chagrin.

Psychose et destructuration de la vie quotidienne :

Ces pratiques dans des structures éclatées et légères révèlent qu'une dimension est régulièrement occultée : la gestion collective de la quotidienneté. On ouvre ainsi des appartements thérapeutiques pour réapprendre aux psychotiques à vivre plus autonomes, à gérer leur budget, à aménager leur espace, à faire ménage et courses, mais tant qu'ils sont à l'hôpital ou dans le foyer ils continuent à être dépossédés de ces divers paramètres existentiels. Ainsi, par ce quadrillage du quotidien, la nature même des relations soignants-soignés se trouve affectée ; elle se réduit trop souvent à une relation calquée sur le modèle médical, voir pseudo-psychoanalytique, dans une sorte "d'injonction à parler", modèle uniformément répété pour chaque interlocuteur malgré sa différence, modèle qui en vient à écraser l'accueil de la dissociation en ne respectant pas ce "faire avec" indispensable à l'émergence d'une demande, difficilement décollée du besoin dont elle s'origine.

Pour ces patients désormais invités à se faire soigner sur le secteur, il nous semble nécessaire de construire un milieu "hétérogène" qui permette à la fois la multiplicité des rencontres et une ouverture sur l'extérieur. Cette circulation n'est possible qu'en diversifiant les occasions de transfert, en sachant que pour un schizophrène le transfert proprement dit se fait plutôt sur une "ambiance" que sur un thérapeute isolé.

Cette diversification nécessite évidemment un nombre minimal d'intervenants, soignants comme patients, supérieur à ce qui est aujourd'hui la norme. De là, la gestion collective des tâches quotidiennes deviendrait un levier bien plus opérant que l'érgothérapie occupationnelle sans pour autant occulter la fonction soignante de l'équipe.

Dans un lieu d'accueil de la folie, l'accent porté sur l'ambiance conduit naturellement à appréhender ce temps du repas comme quasi-central. La gestion paritaire de ce lieu suffit à en faire un atelier quotidien que rien n'empêche d'être une voie d'ouverture vers l'extérieur.

C'est pourquoi nous avons choisi l'exemple -fiction?- d'un restaurant associatif pour entrevoir ce que pourrait être un lieu d'accueil, non pas des états de crises, mais de la renaissance des désirs.

un restaurant dans l'histoire institutionnelle:

Un restaurant associatif ne peut s'inscrire dans un secteur sans une "histoire".

Une histoire, car il est impossible d'oeuvrer à son fonctionnement si les différents intervenants dans les prises en charge n'y orientent pas les patients isolés.

Une histoire qui prend ses origines dans l'intra-hospitalier, lieu propice, pour peu que l'on s'y intéresse, à la maturation des "traditions" indispensables à la gestion paritaire d'un espace d'accueil. A confondre perpétuellement chronicité de la maladie mentale et sédimentation asilaire, on risque de supprimer tout lieu de rencontre effective des patients dans l'extra-hospitalier. Le fait psychotique consiste en effet dans la perte des repères temporels en rapport avec l'espace dissocié. Si caricature asilaire il y a, elle se nourrit des défenses contra-anxieuses de toute société humaine face à la présence psychotique. Eviter cette rencontre, c'est laisser entier le drame que constitue ce "non-lieu" structural où errent les psychotiques.

S'engager à construire une "tradition" différente, c'est mettre en place certaines fonctions institutionnelles génératrices des passerelles nécessaires entre l'intra et l'extra-hospitalier. Comment éviter, dans ce restaurant, les écueils des cafétérias intra-hospitalières gérées avec les seuls critères de rentabilité et donc le plus souvent par les seuls infirmiers, ou celui de la désolation des espaces extrahospitaliers rejoignant celle des couloirs de l'asile, si une pratique différente n'est pas élaborée dans ces espaces de vie déjà existant ? Liberté de circulation et responsabilisation des patients sont les deux axiomes de toute thérapie institutionnelle.

L'exemple d'un **comité bar** regroupant une dizaine de patients des différents pavillons avec une réunion hebdomadaire peut rendre compte de ce qui se jouera sur cette scène institutionnelle. Il a un effet thérapeutique sur les patients en soutenant leurs resocialisations grâce aux objets médiateurs, sur le collectif en dépassant les barrières pavillonnaires, mais a aussi un effet formateur pour les soignants car ils découvrent là un champ professionnel nouveau : On peut être psychotique, hospitalisé, mais capable de prendre des responsabilités et s'y tenir pour peu que les soignants soient à l'écoute des difficultés que cela occasionne. Il vient confirmer que l'écoute d'un psychotique ne concerne pas seulement son histoire et les repères théorico-cliniques de ce qu'il en est de sa structure, mais nécessite l'exploration de l'articulation de cette histoire avec ce qui lui reste de repères dans le quotidien.

Six mois de fonctionnement d'un comité bar ouvre aux problèmes de la gestion du stock et de la caisse, pose donc la question d'une **commission financière** et de la circulation de l'argent - le bar garde-t-il ses bénéfices ou les remet-il en circulation pour de nouvelles activités collectives ? Un **club thérapeutique** n'est rien d'autre que cette fonction assurant la circulation entre les différents lieux d'une quotidienneté non-asilaire. C'est pourquoi il doit demander aux administrations hospitalières la gestion globale de tout ce qui touche les activités non directement soignantes tels l'ergothérapie, les sorties ou voyages dits thérapeutiques et autres multiples comptes de régie plus confusionnants que structurants.

Reste le problème de la circulation de l'information entre les différents lieux d'accueil du secteur. Un **journal de secteur** où les différents groupes seront invités à écrire régulièrement un article sur ce qu'ils désirent ou ce qui les lie, contribue à instituer un réseau de liens indispensables pour sortir de leur autisme et apragmatisme les schizophrènes (même paradoxalement ceux qui ne le lisent pas), et de leur clivages les différentes structures du secteur.

Le restaurant associatif idéalement fantasmé :

Si le collectif s'approprie ce restaurant associatif, cela signifie qu'il est capable de mettre en place un groupe avec des soignés pour en "imaginer" le fonctionnement, recenser des menus bon marché, pourquoi pas chercher le local. Cela peut être l'occasion de regrouper une

équipe de "manuels" pour des chantiers associatifs proposant aux patients la réfection de leur logement, et se préparant à décorer ce futur lieu de vie.

Une fois le restaurant ouvert, plusieurs groupes peuvent se constituer : l'un regroupe les cuisiniers, un autre les serveurs dont le rôle d'accueil est particulièrement travaillé et d'où un groupe "couture-lingerie" peut émerger si l'on décide de mettre des nappes, pourquoi pas des fleurs cultivées par une activité intra-hospitalière.

On note aussitôt que l'activité lingerie peut devenir un moment de convivialité et d'échange bien supérieur au lavomatique de quartier.

Ceux qui se lèvent tôt pourront se responsabiliser pour les courses .

Les intellectuels pourront s'occuper de présenter les journaux quotidiens, proposer quelques livres, préparer des expositions de peinture.

Les matheux s'occuperont des comptes pour proposer les meilleurs prix, ceci même s'ils ont retrouvé une activité professionnelle ; au contraire, cela pourra les aider à ne pas la perdre par une nouvelle rechute.

Un atelier pâtisserie intrahospitalier de temps à autre peut préparer les desserts et organiser une sortie vers ce lieu du secteur.

Cette énumération n'est ni exhaustive ni directive. Elle n'est qu'une représentation fantasmatique d'un soignant ; mais nous ne sommes pas sans savoir qu'une mère doit avoir une image de son enfant préalablement à sa naissance, représentation inductrice d'une image du corps unifiée ; c'est la carence de cette étape structurante qui signe la faille du schizophrène. Nous pouvons nous autoriser cette analogie entre l'individuel et le collectif et considérer que l'unité structurante de ce restaurant repose sur la capacité du collectif à induire l'élaboration d'une image collective, intégrale de la mise en acte du désir de chacun des membres, soignés comme soignants.

En somme, au fil des mois, toute une circulation institutionnelle favorisera une circulation individuelle réduisant les barrières fantasmatiques - mais trop souvent si présentes dans la quotidienneté - entre l'intra et l'extrahospitalier, et facilitant ainsi la réinsertion dans la cité.

Ces activités pourraient paraître bien pauvres par rapport à ce qui est produit dans les groupes d'art thérapie. Mais elles ont cette capacité d'offrir une scène s'adressant à cette autre scène, celle des fantasmes et des identifications, d'offrir un espace, espace de tranfert. En s'appropriant une activité, chaque intervenant devient acteur d'une histoire collective faite de ces souhaits individuels convergeant vers un point symbolique virtuellement désigné par le désir supposé du médecin chef - sans celui-ci rien ne tiendra. Et cet édifice devient un outil pour lutter tout à la fois contre l'isolement, l'apragmatisme, la dissociation et l'emballage délirant dans un imaginaire persécutif.

Le rôle des différents intervenants :

Cette présentation institutionnelle influe sur le rôle et la fonction des différents intervenants de l'équipe soignante.

Le rôle privilégié des infirmiers va de l'accompagnement des patients dans le quotidien à la prise en charge de tout un secteur d'activité regroupant à divers moments de la semaine une bonne dizaine de patients. Cette animation de groupes ouverts n'est pas contradictoire avec l'écoute de la singularité de chacun, écoute même favorisée par la circulation de ces objets médiateurs institutionnels. C'est pour favoriser cette écoute touchant la symptomatologie qu'ils doivent pouvoir trouver un soutien des psychologues ou des médecins.

Rien ne vient s'opposer, surtout lorsque l'idéologie du secteur est d'obédience analytique, à ce que les infirmiers ayant acquis une formation de thérapeute par une analyse personnelle et une formation universitaire, prennent en charge des patients individuellement ; le collectif doit alors pouvoir mettre à leur disposition des groupes de "contrôle analytique" bien distincts des synthèses.

Mais il existe une difficulté réelle, tout au moins au début, pour les infirmiers qui le plus souvent n'ont pas fait d'analyse, n'ont pas eu la formation universitaire et n'ont pas le statut qui sécurise suffisamment certains patients à animer ou affronter ces réunions de centralisation. Cette difficulté n'est pas définitive en soi mais si l'encadrement par les "intellectuels" de la psychiatrie ne se fait pas à ce niveau initial, tout simplement les groupes ne tiennent pas et donc les activités paritaires s'effondrent. Nombreux sont les services qui ont dans leur histoire l'exemple de telles activités - souvent intra hospitalières comme une cafétéria - qui sont devenues la scène de passage à l'acte de toute sorte à l'origine de décompensations graves de schizophrènes, ayant conduit à "l'interprétation" trop classique sous la forme de la fermeture brutale de l'activité. Y avait-il une équipe consciente de sa fonction thérapeutique qui centralisait cette activité ? la question vaut la peine d'être posée.

Ce restaurant associatif fonctionnerait donc autour de groupes de patients et de soignants s'articulant selon le rythme d'une réunion hebdomadaire dans laquelle la présence d'au moins un psychologue ou médecin est non seulement souhaitable mais quasiment indispensable.

Les médecins et les psychologues sont là pour servir de références théoriques et symboliques à l'accompagnement dans ce quotidien que les infirmiers entreprennent. Ils peuvent parallèlement aider à l'animation d'une association culturelle du personnel, lieu de réflexion et de formation, qui aidera à ce que le maximum d'infirmiers se sentent suffisamment "armés" pour se responsabiliser dans l'animation de ces réunions de centralisation.

Cette répartition des rôles et des fonctions et les liens opérant entre eux ne peuvent être issus d'une décision administrative ou hiérarchique mais viennent du constat théorico-pratique de la difficulté de réunir des psychotiques dans un but de socialisation au travers d'une activité inductrice de désir et de fantasmes. Si au premier abord la spécificité du temps réunissant les différents intervenants dans le restaurant pourrait donner le sentiment que les réunions ne sont que des lieux d'échange matériel, c'est en fait précisément la possibilité même d'échanges qui en fait un moment thérapeutique, même si l'on ne sait jamais où se situe le vecteur thérapeutique. C'est au sein de ces réunions que sont dialectisées les impasses habituelles des relations des psychotiques entre eux, que sont évités les dérapages psychopathiques voire anti-sociaux, qu'est travaillée la notion d'un accueil devenu l'affaire du groupe paritaire c'est à dire autant celle des soignants que des soignés investis dans ce groupe.

Le rôle des médecins et des psychologues reposera donc sur l'animation des différentes réunions stratégiques. Mais ils sont aussi les référents des prises en charges individuelles. Et cette nouvelle socialisation enrichit les cures pour la simple raison qu'on ne peut pas, chez un schizophrène, s'adresser à l'histoire du sujet dans sa restructuration clinique tant que l'on a pas reconstruit son espace interne qui passe par la reconstruction d'un espace externe qu'il pourra habiter. Pour suivre les psychotiques dans leur réappropriation de l'échange social, il faut être un tant soit peu informé du contexte dans lequel surgissent les difficultés. Pour certains schizophrènes, la faille structurelle les empêche d'habiter un espace que leur thérapeute ne connaîtrait pas, pour d'autres au contraire cette base institutionnelle peut constituer une transition vers une sortie de la psychiatrie ; nous sommes alors là pour les accompagner.

On pourrait objecter qu'une telle entreprise nécessite un nombre bien trop important de personnel et que le problème de l'accueil de la crise psychopathologique ne serait pas pour autant résolu. Mais, premièrement c'est méconnaître la capacité d'invention des patients, qui peuvent prendre en charge les tâches collectivement décidées pendant les réunions paritaires, s'ils trouvent un réseau signifiant où ancrer leur dérive, sont épaulés dans la reconstruction d'un espace de circulation sociale et se sentent en droit de s'approprier ce lieu collectif. L'intérêt porté à cette dimension d'ouverture aux autres différenciera ce mode de fonctionnement des classiques CAT ou ateliers protégés : il n'est pas question de former des cuisiniers à plein temps, des serveurs professionnels bénévoles, mais de se servir de ces greffes identificatoires pour favoriser l'échange inter-individuel. Et, deuxièmement, si cet objectif est atteint, le concept de crise s'en trouve remanié. Par contre ce fonctionnement peut difficilement se concevoir dans l'éclatement l'équipe soignante en petites structures hermétiques. En même temps il peut être le point d'origine d'une histoire commune dont les patients profiteront naturellement : tel repas organisé plus spécialement par une équipe du centre de jour, tel autre par un groupe du foyer, tel autre par un appartement associatif, tel autre par une équipe de l'intrahospitalier ou une structure du secteur voisin...

Pour ce qu'il en est de la présence soignante aux heures d'ouvertures, le nombre varie en fonction de la fréquentation, mais peut être évalué dans un premier temps entre deux et quatre soignants. Les uns assument plus particulièrement l'imperatif de rentabilité - les repas doivent être prêts à l'heure - d'autres consacrent leur présence à l'accueil ; une salle isolée servant de secrétariat au restaurant peut devenir à d'autres heures un bureau d'accueil pour les patients qui demandent à parler. La présence souhaitée de soignants venant prendre leur repas dans ce lieu permet d'assurer la convivialité pendant les heures d'affluence et peut-être permettrait-elle aux médecins d'appréhender l'individualité des psychotiques autrement que dans le seul espace de l'entretien.

Quant au temps médical ou des psychologues, il dépend surtout de la qualité de la présence elle-même. Gérer un comité bar intra-hospitalier ne demande par exemple qu'une heure par semaine de présence effective. Ce qui va favoriser, par contre, la bonne marche du service ce seront ces moments impromptus où une envie de café attire un quart d'heure les soignants dans cet espace collectif, ce sera le degré d'attachement à cette institution des médecins reconnaissable dans la manière dont ils suggèrent à leurs patients de se rendre dans cet espace, voir d'y prendre des responsabilités.

L'astreinte médicale permanente, voir l'emplacement choisi volontairement proche du dispensaire, nous semble le minimum à offrir comme garantie aux infirmiers et A.S.I. investis dans les prises en charge que cela entraîne.

Frank Drogoul

mars 1990