

Le modèle de la fréquentation modulée

Introduction : une exclusion plus diffuse

Depuis les bouleversements liés à l'antipsychiatrie le paysage des institutions de soins psychiatriques a considérablement changé : une multiplicité de solutions institutionnelles alternatives a vu le jour en marge des hôpitaux psychiatriques : communautés thérapeutiques, centres de jour, de nuit, habitations protégées, lieux de rencontres, clubs thérapeutiques... Ces nouveaux dispositifs de soins ou d'accompagnement des malades mentaux, s'ils font éclater l'enfermement et l'uniformisation asilaire, s'ils composent un ensemble de propositions thérapeutiques plus variées, plus adaptées, plus souples, ne peuvent nous faire faire l'économie d'une réflexion de fond sur la pertinence de telles réponses institutionnelles face au défi de ce qu'il est convenu d'appeler la réinsertion psychosociale.

Un premier constat est celui-ci : la diversification des propositions thérapeutiques, leur dispersion dans le tissu urbain n'a, semble-t-il, pas réduit l'impression d'exclusion sociale que vivent beaucoup de patients psychiatriques, ce sentiment qu'ils expriment de ne pas pouvoir trouver des passerelles effectives qui leur permettraient de "sortir de la psychiatrie". Cette impasse a pour effet de les maintenir dans le réseau psychiatrique sous ses multiples formes : hôpitaux, structures para-hospitalières, institutions alternatives... Elle trouve autant son origine dans un certain nombre de mécanismes d'exclusion sociale dans la société (où toute absence de performativité se trouve sanctionnée) que dans l'identification des patients psychiatriques au groupe qu'ils constituent : trop conscients de leur fragilité, ils ne sont pas aidés par leur propre pathologie pour se réarrimer au monde, à ses exigences et à ses rythmes, et ils préfèrent se retrouver entre eux plutôt que d'affronter la comparaison avec les gens "normaux". Les institutions psychiatriques constituent alors des recours qu'ils sollicitent dès qu'un événement, même mineur, les fragilise. Ces deux phénomènes croisés sont à la source d'une certaine "ghettoïsation" des malades mentaux, et d'une nouvelle forme de chronification psychiatrique, certes infiniment plus mouvante, voire "dynamique" que l'ancienne chronification asilaire.

Repenser la réinsertion

Notre mode de pensée demeure malgré nous inspiré par le modèle médical : les médecins soignent, les malades suivent un traitement. Même s'il s'agit de pathologie psychiatrique et de problématique "chronique", le schéma qui est à l'œuvre dans la conception de ce type de prise en charge reprend bon an mal an les polarités classiques de la médecine : soignants et soignés, médecins et malades, staff pluridisciplinaire et usagers.

La méthodologie médicale veut que l'on évoque un premier temps diagnostique (la mise en observation) un second temps thérapeutique (le programme "rééducatif") et, si possible, un troisième temps évaluatif.

Le temps diagnostique est celui où l'on tente d'inventorier les diverses incapacités, inaptitudes et "handicaps" qui affectent le patient, à charge pour l'institution de traiter, amender

progressivement celles-ci (temps thérapeutique) afin de permettre au patient de réintégrer ensuite la société.

Au plan conceptuel, la difficulté commence lorsque constatant chez les patients une désinsertion sociale majeure, conséquence d'un moment de crise ou d'un processus plus insidieux de repli (perte du contact avec l'autre, enclenchement de processus relationnels et sociaux d'exclusion), on charge l'institution de restaurer le lien social défaillant avec l'idée qu'une aptitude au lien soignée (comme le corps est soigné) et idéalement restaurée en son sein permettra au patient de se réaffronter au monde.

L'expérience montre à l'envisager que les choses ne sont pas si simples, et ce pour des raisons qui ne sont pas seulement liées à la pathologie. Le lien, l'aptitude relationnelle suscitée, recréée dans tel milieu spécifique n'est pas naturellement transposable ailleurs et établir des liens dans un contexte protégé ou thérapeutique est infiniment plus commode que de reconstruire un réseau personnel autonome.

Qu'elle le veuille ou non, l'institution s'appuie, sur un pôle maternel qui rassure, permet l'accrochage du patient mais peut être par là-même générateur de dépendance. Elle se soutient d'un programme thérapeutique qui donne sens à son action mais dont l'aspect finalement imposé peut induire chez le patient une position de passivité, voire de déresponsabilisation. Elle ne peut faire fi d'une ambition totalisante (tenter de connaître tout du patient), ce qui n'est pas sans potentialités pathogènes.

Face à ces trois aspects (maternel, programmatique, totalisant) toute institution de soin ne peut faire l'économie d'un questionnement sur elle-même. Même si elle sait que nouer un lien avec un patient ne peut se faire que dans un cadre rassurant, qu'un projet individuel est essentiel pour donner un sens au travail thérapeutique, que toute psychothérapie institutionnelle bien comprise nécessite une certaine mise en commun des savoirs des soignants, l'institution est sommée de mettre ces modalités de travail en regard de leurs "effets secondaires" : dépendance affective, passivité des patients, entrave à une authentique autonomie. C'est ici que le dispositif que se choisit une institution intermédiaire prend tout son sens : quel type d'accueil proposer, quel espace, quelle interface, afin que le patient puisse prendre appui sur elle pour un jour s'en dégager ? Ces questions invitent l'institution à appréhender autant ce qu'elle propose que ce qu'elle ne propose pas, ce qu'elle offre et ce qui délimite son offre, ce qui est à l'œuvre en son sein et ce qui l'inscrit à tel endroit et non à tel autre, du champ social. Jouant donc des trous dans ses propres maillages, posant, parfois simultanément, un temps d'installation et un temps de décrochage, traquant les dépendances qu'elle risquerait de susciter, l'institution intermédiaire ne peut éviter d'être en permanente analyse.

La singularité de toute prise en charge invite par ailleurs à réfléchir à un dispositif qui soit le plus ouvert possible puisqu'il s'agit de répondre à une infinie variété des demandes. Une institution ne peut être la même pour tous, (exigeant de ses usagers qu'ils s'adaptent à son fonctionnement, comme les écoliers à l'école ou les ouvriers à l'usine). Puisqu'il s'agit d'accueillir et de mettre à l'œuvre des personnes dont la désadaptation est le premier problème, elle se doit au contraire de déployer un plateau d'accueil large avec une grande variabilité d'offres et une géométrie suffisamment variable pour permettre différentes qualités ou natures d'accueil, d'accrochage, différents types de contrats plus ou moins explicites. Selon la personne et selon le moment, la prise en charge adoptera ainsi plus opportunément une position de soutien actif, d'exigence, de stimulation, ou une position d'appui secondaire et de recours lorsqu'il s'agit d'accompagner le patient vers des espaces où il se risque, cherche à s'intégrer dans la société,

retente de nouer son propre réseau. Cette dynamique toujours singulière impose donc de concevoir d'entrée de jeu l'accueil du patient avec constamment à l'esprit le troisième terme, *l'extérieur*, et penser dorénavant tout le processus en ayant désormais sous les yeux non un schéma à double polarité (soignants et soignés) mais un ensemble paradigmatique à trois entrées : le patient, l'institution et le social dans lequel nous sommes immergés. C'est avec ce regard que nous avons tenté de concevoir et d'infléchir notre projet institutionnel.

Le modèle de la fréquentation modulée

Fondé en 1962 par un groupe de patients, le Club Antonin Artaud s'est essayé tout au long de son histoire à rester fidèle à ses idéaux d'origine. Outre l'attention particulière apportée à la corresponsabilisation des usagers (*Le Club*) et la part essentielle accordée aux ateliers artistiques conçus de manière autonome et dans un respect profond du processus artistique, hors toute récupération psychologisante (l'enseigne d'*Antonin Artaud*), ce centre de jour se spécifie aussi par un dispositif étalé et souple qui propose à ses usagers une fréquentation modulée ou "à la carte". Les développements qui précèdent fondent, les croyons-nous, l'intérêt d'un tel modèle institutionnel dans le champ de la restauration du lien social chez des patients exclus de celui-ci, psychiatisés et dans leur grande majorité psychotiques. L'originalité d'un tel modèle mérite que l'on s'y attarde.

Le concept de fréquentation modulée ou de fréquentation "à la carte" du Club, signifie que les patients décident de participer à tel ou tel atelier selon une rythmicité dont ils conviennent avec le professionnel de référence ("le répondant"). Certains sont ainsi amenés à venir tous les jours, d'autres trois ou quatre fois par semaine, d'autres deux, voire une fois, en fonction de leur tropisme ou attrait pour tel ou tel atelier, mais aussi en fonction des modalités d'intégration dans le collectif qu'ils peuvent soutenir, voire en fonction des nécessités d'accrochage ou de décrochage par rapport à l'institution : immersion progressive, fréquentation de croisière ou enfin sevrage graduel. Par voie de conséquence, le centre élargit le nombre de ses prises en charge, et est à même d'ouvrir près de 80 dossiers de prise en charge "temps partiel" pour un subside de 20 places "temps plein".

Ces contrats à temps partiel, ce mode d'intégration individualisée ont des effets qui nous semblent intéressants. D'une part le patient est sollicité à poser un choix parmi plusieurs possibilités. Ce choix va l'engager dans l'activité sur un mode qui n'est ni passif ni de pure forme puisqu'il choisit d'y être et sera rappelé à ce choix par l'animateur, lequel est toujours un professionnel de la discipline et tente de maintenir une exigence de travail ou de participation. Une présence dans les lieux sans participation active, est certes acceptée (elle est parfois la première, voire provisoirement la seule modalité d'accrochage chez certains patients) mais l'institution ne met pas l'accent sur ce type de présence. Elle déploie un grand panel d'ateliers différents (près de quarante par semaine) et y situe le lieu par excellence de sa dynamique. Dans le même esprit, elle ne centre pas la journée sur le repas et ne consent pas de place essentielle aux endroits de consommation passive (salles-à-manger, livings, fumeurs et autres "ventres" des institutions où se déploie dans une morbide indistinction le fameux syndrome "café-cigarettes" qui envahit si souvent les lieux psychiatriques). Un bistrot autogéré par les patients, accolé à l'institution mais n'en faisant pas tout à fait partie, a par ailleurs pour rôle de proposer à certaines heures un lieu de convivialité précieux et nécessaire. Le choix du patient (d'être ou de ne pas être dans la maison,

de s'engager dans tel atelier plutôt que dans tel autre) détermine le mode de présence de celui-ci et demeure une modalité essentielle autour de laquelle s'articule le fonctionnement institutionnel dans son ensemble. A ce titre, on pourrait penser qu'il y a là un renversement de perspective par rapport à l'institution de soins classique (qui fonctionne plutôt comme un "tout à prendre"). Il va de soi cependant que ce choix est individuellement discuté en entretien de répondeance, il est régulièrement questionné ou relancé, comme il peut faire l'objet de fréquentes adaptations et modifications. Interviennent ici nos idéaux et méthodes thérapeutiques pour croiser, comme la chaîne à la trame, cette dynamique de "loi du marché", en moduler les effets mécaniques et orienter le travail vers cette restauration singulière du lien social qui est au cœur de notre projet.

Un tel modèle est par ailleurs un modèle qui entend s'envisager le plus souvent comme "partiel". Le patient n'y vient donc pas nécessairement tous les jours mais en fonction de ses choix, ses disponibilités, et du projet thérapeutique. Fort de notre soutien, rassuré d'être à certains moments pris en charge, il tente d'aménager à d'autres moments des espaces d'inscription sociale : bénévolat, cours, formations, inscriptions dans le réseau associatif, autant de jalons ou de points d'ancrage dans le difficile processus de restauration du lien social. Cette expérimentation "sur le terrain" le confronte à ses difficultés personnelles, sa solitude, ses tâtonnements, ses échecs, autant d'expériences qui pourront être amplement rediscutées au sein de l'institution. Celle-ci opère là comme repère, appui, recours, elle relance et rassure sans se transformer pour autant en prothèse sociale. C'est la mise en jeu d'une présence/absence qui permettra au patient, comme l'écrit Gentis (1), *"de se maintenir en l'absence de l'autre et de sauvegarder sa sécurité affective et existentielle au cœur même de cette absence"*. La visée est qu'à terme le patient puisse graduellement s'appuyer sur des points de réseau social existant, structures moins ou non porteuses, liens personnels authentiques, qui vont à terme constituer des repères et le déporter de la sphère psychiatrique. Vidon (2) évoque comme bien d'autres "l'insolubilité" de la psychose dans une société dont les seuls critères d'intégration sont familiaux ou professionnels. C'est là qu'il faut explorer d'autres modes d'intégrations que la créativité du tissu urbain rend possibles, en ouvrant au maximum l'espace de confrontation. S'ils ne font pas appel à des structures ou des réseaux hors psychiatrie, nous constatons par ailleurs que certains patients glissent spontanément vers une certaine autonomie *de facto*, ils ne rechutent pas durablement et semblent trouver un équilibre grâce à un réseau relationnel parfois resserré, souvent pauvre mais finalement assez soutenant. Dans ce processus, l'institution semble avoir eu une place importante, elle a fonctionné un temps comme lieu d'accueil essentiel puis comme ressource secondaire, elle subsiste comme référence, lieu d'accueil ou de visite occasionnel, espace de recours. C'est à leur propos que Dreyfuss (3) évoque la notion de "satellisation", "fragilisation progressive du cordon ombilical" qui relie les patients à l'institution quand G. Hanon (4) parle *d'étayage*. On voit ainsi, diversement explicitée dans ces modèles, une institution ouverte et en prise directe avec le social, un lieu dont l'aspect *naturellement* intermédiaire ou transitionnel va fonder la pertinence clinique de ses interventions. Puisque l'usager du centre s'essaie simultanément à ses propres points d'appuis, liens, lieux, repérages, quelque chose peut alors s'engager du côté d'une réinsertion sociale à l'épreuve et non d'un idéal thérapeutique finalement décalé par rapport aux réalités. Ce n'est pas en protégeant la personne souffrante, en l'enfermant dans des enceintes thérapeutiques que l'on pourra l'aider à se dégager un jour de ses emprises bienveillantes. D'autant que le monde extérieur est, on le sait, pris dans la logique de la performativité et n'aime rien moins que de cloisonner et repousser au plus loin vers ses marges ceux qu'il n'arrive pas à intégrer.

Bibliographie

- (1) R. GENTIS : Le temps d'Aloïse, *L'information psychiatrique*, 1987.
- (2) G. VIDON : *La réhabilitation sociale en psychiatrie...*
- (3) L. DREYFUSS et coll : Notes sur hospitalisation totale, partielle et foyers de postcure, *L'information psychiatrique*, 1968.
- (4) G. HANON : *Du centre d'accueil comme modèle de la notion d'étayage*, conf. Saint Maurice, 1994.

Dr François Tirtiaux
2005