

Psychothérapie institutionnelle et médico-social :

Jeux et enjeux actuels

Plan

- **Jean Oury : l'art de la rencontre**
- **Le secteur MS de 1975 à aujourd'hui**
- **Enjeux actuels et perspectives**
- **Une initiative psychiatrique médicosociale : le service de l'APPUI**
- **Quelques propositions d'avenir**

Merci aux organisateurs de cette journée d'avoir osé ce thème d'interroger le travail social aujourd'hui au regard de ce que le mouvement de psychothérapie institutionnelle a proposé depuis près de 80 ans et bien sûr en lien avec la pensée, les travaux et la personne de Jean Oury. Je pense que vous avez conscience que vous n'êtes pas tout à fait « *dans l'air du temps* » et que votre journée de travail vient même contrarier certaines orientations officielles concernant le travail social et le soin. Mais les nombreux « ré-enchanteurs » aujourd'hui présents témoignent de l'intérêt que nous autres, professionnels sur le terrain au quotidien, portons à cette pratique et manière de concevoir le travail et l'accueil de la personne. Merci donc de m'avoir convié à cette rencontre et je vais tenter de partager avec vous ce qui me semble être un enjeu majeur aujourd'hui autour de l'actualité et de l'avenir du secteur médicosocial (SMS) dans ses rapports au mouvement de psychothérapie institutionnelle.

- **Jean Oury : l'art de la rencontre**

Cette journée est dédiée à Jean Oury et je souhaiterais en premier lieu partager avec vous quelques réflexions et souvenirs concernant son travail, toujours à l'œuvre, au travers d'une dimension essentielle qu'il a toujours soutenu : la dimension de la rencontre. La rencontre, bien sûr dans le champ clinique et du soin aux personnes psychotiques ; la clinique de La Borde fût, et est toujours, cet immense laboratoire de rencontres et d'expériences. Mais aussi d'une manière plus générale, la rencontre comme élément et événement existentiel fondamental qui produit ces inflexions dans la vie de tout un chacun et détermine nos orientations les plus personnelles. Au fil des rencontres qui nous marquent et nous transforment, dans un rapport étroit de surdétermination à notre insu, nous ne cessons de nous réorienter dans nos directions personnelles, nos choix de vie, notre profession, nos amours, nos amitiés. Se référant à la *Tûche* d'Aristote, Lacan, dans le séminaire XI, énonce que la rencontre fait « *sillon dans le Réel* ». Oury s'appuie sur le « *Ha* » de l'étonnement, disposition fondamentale de tout philosophe selon Henri Maldiney, pour dire qu'elle fait sillon dans l'existant et que cette césure de l'existant produit des effets proches de l'interprétation analytique. La rencontre coupe et grave une marque, une trace qui, à chaque fois, nous transforme un peu plus. Elle est de l'ordre de la vérité.

Mais cet effet subjectif et structurant – coupure et inscription - ne se produit qu'à condition qu'il y ait une vraie rencontre, c'est-à-dire que soient réunies deux conditions indispensables : une action en mouvement, « aller vers », souvent vers une direction et un objet supposé, imaginaire, et une part de l'affaire laissée au hasard, une place réservée au jeu des

combinaisons possibles. C'est cette association paradoxale qui confère à la rencontre sa dimension proprement humaine, à savoir d'aller dans une direction avec un projet apparemment défini, mais de se laisser surprendre par ce qui croise notre route. La rencontre est une vraie croisée de chemins et l'histoire d'Œdipe nous rappelle combien une rencontre inattendue peut infléchir le cours d'une vie, voire de l'humanité.

Inutile de prévoir ou de programmer une rencontre pour qu'elle ait lieu ; au contraire, il est indispensable de laisser cette part variable entrer en jeu, pour de vrai et régler selon le hasard, un résultat qui n'est jamais connu d'avance. Cela semble assez banal de rappeler cela car nous avons tous observé dans nos vies combien cette part variable est toujours présente et déterminante. Mais « *cela ne va pas de soi* » rappelle Oury car lorsqu'on interroge cette dimension de la rencontre au sein d'une collectivité, cela met en question le cadre et des éléments d'arrière-plan ; cela interroge des références et des hypothèses.

Par exemple, lorsque l'on interroge cette dimension de la rencontre dans le champ des organisations et du travail, c'est loin d'aller de soi qu'elle puisse être considérée comme un élément du quotidien de travail. Il y a même des lieux, fortement marqués par des pratiques de management, où l'organisation est rigide au point où elle n'est pas pensable. A l'inverse, dans l'après-coup des souffrances au travail révélées ces dernières années, certaines entreprises réintroduisent aujourd'hui une certaine liberté pour les salariés, leur proposant même loisirs et plaisirs, comme des éléments indispensables au bon fonctionnement de l'entreprise ; mais que penser d'une rencontre qui serait prescrite dans le règlement intérieur ?

Parce qu'elle échappe à toute évaluation comptable précise, ne répond absolument pas aux exigences marchandes et engendre un certain désordre au travers de cette part variable, la dimension de la rencontre s'estompe lorsque l'on parle d'organisation et de travail. Pourtant, dans notre champ social et sanitaire, l'acte fondamental de nos pratiques repose sur cette dimension essentielle. Sans rencontre du sujet, il ne se passe rien.

S'interroger sur ce qui est nécessaire à mettre en place et en mouvement, pour réunir les conditions de cette possible rencontre, voilà en quelques mots, ce qui résume une pratique institutionnelle. Et Jean Oury n'a cessé de travailler dans ce sens, de réunir les conditions de ce possible, ce travail de « *possibilisation* » comme il disait, aussi bien pour le soignant, l'éducateur ou le pédagogue. Réunir les conditions minimales pour permettre que quelque chose se passe, advienne car nous en avons l'expérience quotidiennement, lorsque ces conditions sont réunies, quelque chose d'autre se passe vraiment, se produit ; on pourrait même parler d'une plus-value. Par exemple, lorsque les conditions d'ambiance et de sécurité sont réunies dans un groupe pour une réunion clinique, nous savons que ce qui émerge collectivement de la réunion est une production beaucoup plus riche que ce que chacun aurait pu apporter, combien même avec une expertise professionnelle. Le collectif n'est pas la somme des individualités.

Pour Oury, l'institution est le lieu de ces possibles ; la liberté de circulation physique et psychique, le rapport aux espaces définis et aux espaces interstitiels, l'ambiance... tous ces éléments prennent sens dans une pratique quotidienne qui tend à réunir, combiner, articuler les éléments pour qu'entre sujets, des rencontres adviennent et produisent ces effets de coupure et d'inscription.

Ma rencontre avec Oury fut déterminante et malgré le temps passé – 25 années -, j'ai le sentiment qu'elle a toujours un effet moteur dans mon travail quotidien. En quelques mots, je terminais mon internat de psychiatrie circonspect à l'idée de travailler dans le secteur hospitalier. Et puis des rencontres avaient déjà réorienté ma vie : d'abord une rencontre avec un psychanalyste, puis aux termes de ce voyage personnel, l'envie d'aller travailler ailleurs, outre-mer, en l'occurrence à l'île de la Réunion où pendant deux années, j'allais beaucoup apprendre sur le plan de clinique des psychoses, de ces symptômes primaires de la schizophrénie dont parle Oury. Quelques semaines avant de rentrer en métropole pour reprendre la fin de mon internat, j'interroge quelques collègues internes sur les stages à Caen qui seraient un peu différents. C'est là que j'entends parler d'une institution caennaise, l'Institut Camille Blaisot, l'ICB, qui œuvre dans le SMS à l'accueil en internat, externat et placement familial spécialisé de près de deux cents enfants souffrant de troubles divers (carences affectives et éducatives, maltraitances, dysharmonies, psychose, autisme). Ce lieu, dont j'avais vaguement entendu parler, travaillait dans une référence à la PI. L'ami Antoine Viader y avait exercé plusieurs années. A vrai dire, ma représentation d'un travail institutionnel était à l'époque très vague ; j'y étais pourtant sensible au travers de mon expérience personnelle depuis mes 18 ans, dans diverses institutions médicosociales où en parallèle de mes études médicales, je travaillais comme remplaçant éducateur ou infirmier ; aussi au travers de mon analyse car en fin de cure, mon analyste, certainement pour m'aider à analyser le transfert et décoller quelques adhérences, m'avait engagé à participer à ce mouvement initié par Serge Leclaire, l'APUI, qui visait à établir un état des lieux de la psychanalyse en France, notamment dans les institutions du SMS. Leclaire soutenait ce travail de maillage car il craignait déjà un contrôle, voire des interdictions, concernant la pratique analytique. Bref, sans le savoir je tournais autour de la question et il m'a fallu cette expérience institutionnelle à Camille Blaisot pour prendre conscience de mon intérêt pour la question de l'institution ou pour le dire autrement aujourd'hui, de l'absolue nécessité de prendre en considération cette dimension institutionnelle au regard de celle de l'établissement, absolue nécessité comme le dit Tosquelles au point où cette considération serait à la psychiatrie ce que l'asepsie est à la chirurgie, un préalable incontournable.

La rencontre avec cette institution caennaise fut déterminante ; en quelques semaines, je savais vers quelle pratique je souhaitais m'inscrire et pour approfondir ce travail institutionnel, je décide de rester à l'ICB les trois derniers stages de mon internat. C'est là que je rencontre Oury pour la première fois, il y vient pour une journée d'étude et je découvre alors ce style unique, ce timbre de voix parfois tellement lointain qu'il faut tendre l'oreille, cette manière singulière qu'il avait de parler et de s'adresser à chacun, de choses apparemment simples, autour de la vie quotidienne mais qu'il ne cessait de réinterroger et d'articuler.

De là, des voitures s'organisent chaque 3^e mercredi du mois, pour rejoindre Ste-Anne à Paris où Jean Oury pendant plus de 20 ans, tiendra son séminaire. En amont du séminaire, à 17H, a lieu le groupe de réflexion sur les pratiques institutionnelles, animé par Pierre Delion et où des professionnels de toute la France viennent parler de leur travail en institution, de ce qui va bien, de ce qui ne va pas ou plus au fil des changements organisationnels de nos secteurs psychiatrique et médicosocial. En amont encore vers 15H30, le comité de rédaction de la revue *Institutions*, auquel à l'époque je ne participai pas mais que j'ai rejoint depuis une dizaine d'année et qui continue aujourd'hui malgré la disparition d'Oury, de se réunir chaque troisième mercredi du mois pour travailler à l'édition de nos deux numéros annuels.

Difficile d'imaginer la dynamique collective au travail, dans ces groupes, puis pendant le repas, pendant le séminaire et sur le chemin du retour où chacun rediscute d'une question, d'un éclairage, d'une hypothèse. Sans idéaliser cette époque passée, force est de constater que cela travaillait intensément la question de l'institution dans la mesure où nous avons conscience de disposer d'un outil exceptionnel ; charge à nous de construire la boîte à outils ad hoc et Jean Oury, Pierre Delion, Michel Balat, Danielle Roulot et d'autres cliniciens étaient là pour nous guider dans cette entreprise collective dont nous mesurons chacun dans son institution, les effets.

Au regard du changement de monde actuel et de paradigme, du risque à questionner même cette clinique institutionnelle, on peut se demander comment nous en sommes arrivés là aujourd'hui ? Plusieurs causes sont repérables mais certainement dans notre préoccupation centrée sur l'institution, avons-nous négligé l'autre dimension, celle de l'établissement qui allait, via le management et d'autres références organisationnelles venues d'ailleurs, se renforcer pour aboutir aux systèmes rigides, voire bureaucratiques, actuels. Nous nous sommes trop centrés sur la question des possibles offerts par l'institution, par exemple, l'outil club thérapeutique, en oubliant que pour qu'un club existe, il faut aussi que l'établissement garantisse sa possible existence et pérennité. Rappelons que pour Tosquelles, Etablissement et Institution étaient un couple indissociable et qu'il nous appartenait de prendre soin des deux. Je reviendrai sur ce point ultérieurement avec quelques propositions.

Mais abordons maintenant la question du SMS et de ses rapports au mouvement de PI.

- **Le secteur Médico-Social de 1975 à aujourd'hui**

Le SMS n'est pas un eldorado, mais tout de même un espace différent, champ de cultures diversifiées, ensemble complexe et ramifié dont l'hétérogénéité protège encore quelques-uns de ses hôtes des effets massifs de rationalisation financière, d'homogénéisation et de réglementation tout azimut que l'on connaît aujourd'hui dans le secteur sanitaire. La construction en « tuyaux d'orgue » du SMS permet aujourd'hui de comprendre comment ce secteur parvient à garantir des offres de soin et d'éducation diversifiées, parfois originales et atypiques ; comment il parvient aussi à résister un peu mieux au « rouleau compresseur » technocratique et organisationnel actuel.

Pour introduire mon propos, je ferai un bref retour sur l'histoire singulière de ce secteur qui s'est construit et élaboré de manière très hétérogène, depuis les années d'après-guerre, jusqu'à nos jours, en passant par deux lois importantes : sa reconnaissance officielle en 1975 et son récent rapprochement avec le sanitaire, via la loi HPST.

Originellement, c'est à partir du manque réel, en termes d'offre de soin et d'éducation, de l'absence de structures – services, établissements - que l'on voit dans les années des trente glorieuses, germer ces premières expériences qui vont conduire à la reconnaissance en 1975 du SMS.

La déficience, le handicap, l'enfance dite à l'époque inadaptée qui rassemblait un vaste champ de pathologies pédopsychiatriques - des autismes aux psychoses infantiles en passant par les dysharmonies évolutives -, ces problématiques ne faisaient pas encore l'objet d'une réelle prise en considération par les services publics. Face à ce manque

manifeste, des collectifs de professionnels, de parents, parfois mixtes s'organisent, se mobilisent, bousculent les cadres administratifs présents, se constituent en associations loi 1901 pour répondre concrètement au besoin d'accueil, de soin, d'éducation et de prise en charge de ces publics oubliés. C'est aussi à cette époque que l'on voit des militants engagés pour une cause proposer des projets de structures d'accueil et oser parfois défier les services publics ; projets qui, souvent d'ailleurs, ont trouvé des réponses favorables, et cela pour deux raisons : la connaissance que ces personnes avaient du handicap ou de la déficience était réelle et bien concrète, aussi parce que les services publics, dans l'incapacité à pouvoir répondre aux besoins, étaient plutôt satisfaits que des associations ou des professionnels leur proposent des projets élaborés et réalisables rapidement.

C'est donc souvent sur les bases d'une histoire personnelle, familiale, souvent douloureuse, dans un mouvement d'engagement, de résistance et une dynamique faite de pragmatisme que ces établissements se sont construits.

Cet arrière-pays est important à situer car il explique la diversité des structures et leurs singularités. Il permet de comprendre cette construction hétérogène du secteur, contrairement aux structures sanitaires qui relevaient d'une planification établie et d'une histoire, celle de l'hôpital public depuis l'édit de Louis XIV en 1656.

Par ailleurs, l'émergence de ces structures, dans une époque féconde pour la pensée, a contribué à y réunir des influences plurielles :

- l'importance des soins avec d'emblée la volonté que ces établissements soient médicalisés ce qui se traduit par le recrutement de professionnels de santé : psychiatres, infirmiers, aides-soignants... Ces ESMS s'inscrivent dans ce rapport au soin médical.
- La place de l'école, obligatoire pour tous depuis la fin du XIXème siècle, qui engage à inventer des dispositifs scolaires au sein des établissements : classes ateliers ou parfois même parle-t-on vraiment d'école, soutenue administrativement par l'Education Nationale.
- L'introduction de l'éducation dite spécialisée avec la création du métier d'éducateur spécialisé en 1967, sur les traces essentielles de l'éducation populaire, alors que parallèlement dans le secteur justice, le métier d'éducateur a déjà pris forme et tente de répondre à certaines missions, telle celle donnée par l'ordonnance de 45.
- L'influence de la psychanalyse qui traverse les différents champs et se propose, non pas dans un dogmatisme et un savoir, mais d'avantage comme un outil pour penser le travail, en l'occurrence le travail social.
- L'expérience institutionnelle qui déborde St-Alban et invite les professionnels militants à proposer des expériences dans le même registre, même s'il ne s'agit pas d'un hôpital. De nombreuses expériences institutionnelles naîtront ainsi dans ce secteur propice à la création, telle notre institution en 1975.
- Les liens et articulations entre psychothérapie institutionnelle et pédagogie institutionnelle qui participeront à soutenir sur des bases communes, que le soin et la pédagogie relèvent de logiques et dispositifs assez proches, notamment avec la création de certains outils, tels le conseil et le club thérapeutique.

Pour vous donner un exemple de ces références plurielles, en travaillant cette intervention, j'ai relu la revue *Recherches*, revue de la FGERI – Fédération des Groupe d'Etude et de

Recherches Institutionnelles - en l'occurrence les deux numéros de septembre 1967 et décembre 1968, consacrés à l'Enfance aliénée. Le premier numéro prépare le colloque qui s'est tenu à l'automne 1967 et rassemble un ensemble de textes d'auteurs aujourd'hui prestigieux : Rosine et Robert LEFORT, Maud et Octave MANNONI, Moustafa SAFOUAN, Ginette MICHAUD, Jean et Fernand OURY, François TOSQUELLES. Le second volume constitue les actes du colloque intitulé « *L'enfant, la psychose et l'institution* » et rassemble les textes des auteurs précédents auxquels se sont joints Sami ALI, Jean AYME, LAING et COOPER, Françoise DOLTO, Lucien ISRAEL, WINNICOTT, Jacques LACAN et Jacques SCHOTTES qui était le président du colloque. Prestigieux colloque dont les travaux sont particulièrement féconds et amènent à des avancées importantes sur le plan de la prise en charge des enfants psychotiques. Il est intéressant de voir qu'à cette époque où la pédopsychiatrie n'existe pas vraiment, c'est sur le terrain associatif que des expériences de soin et d'éducation proposés aux enfants psychotiques se sont concrètement jouées.

C'est ainsi qu'une institution telle l'Institut Camille Blaisot voit le jour dans les années 60, aussi en 1975 le Foyer Léone Richet, ESMS aujourd'hui dédié aux personnes handicapées psychiques par psychose, hier « établissement alternatif à l'hospitalisation en psychiatrie », et bien d'autres institutions, telle l'Ecole de la Neuville parrainée par Françoise Dolto.

Ces institutions médicosociales proposent dans une même unité de lieu, plusieurs scènes liant ensemble soin, éducation, pédagogie et inscription sociale ; cette double articulation médicale et sociale est garantie par l'esprit associatif, laïc et républicain, qui caractérise la plupart des associations gestionnaires qui assurent le pilotage des établissements.

Dire que le SMS est un secteur à côté du secteur social ou complémentaire du secteur sanitaire ne correspond pas exactement à la réalité. Il est certainement davantage une tentative expérimentale de synthèse qui s'appuie sur des besoins concrets, sur des expériences antérieures – dont celle de St Alban -, des projets humanistes visant à permettre à ceux que l'on appelle aujourd'hui des personnes souffrant de handicap de trouver une place dans la microsociété de l'institution.

Son positionnement historique est important à rappeler au regard des enjeux actuels, car la loi HPST, puis la loi de santé, visent aujourd'hui à positionner différemment le SMS, en aval du secteur sanitaire et dans un effet filière.

La loi du 30 juin 1975 (n°75-535) a consacré la rupture entre les secteurs sanitaire et social et a organisé pour la première fois cette offre sociale et médico-sociale. De 1975 à 1995, ce secteur s'est développé de manière très disparate et hétérogène, en « tuyaux d'orgue », en fonction de chaque territoire, souvent sous l'effet des lois de décentralisation, à la charge des départements et DDASS ; aucune planification ne le réglementait véritablement et les structures se constituaient souvent à l'initiative des associations elles-mêmes qui, en fonction de leurs initiatives et besoins, proposaient aux tutelles l'ouverture de tel service ou tel établissement.

À partir de 1995, une réflexion entre les pouvoirs publics et des acteurs du secteur s'amorce quant à la modernisation de la législation de ce secteur, jusqu'à l'obtention d'un relatif consensus autour de la loi du 2 janvier 2002, dite loi rénovant l'action sociale et médico-sociale. L'objectif est d'organiser sur un même plan l'ensemble des structures intervenant auprès des publics dits fragiles, tout en les invitant à valoriser leurs spécificités. En d'autres termes, il s'agit, je cite « *de mettre de la cohérence et du sens dans le paysage très morcelé*

du secteur social et médico-social ». Cette loi organise certes l'offre mais introduit au travers de ses outils obligatoires pour les établissements, une première dose de formalisme et d'organisation statutaire. Première étape qui préfigure la suite, c'est-à-dire la tentative d'homogénéisation du secteur.

Le texte est paradoxal car il constitue une ouverture considérable en situant l'utilisateur au cœur des dispositifs institutionnels, prémisse de ce que la loi du 11 février 2005 énoncera de manière beaucoup plus claire, notamment en permettant aux usagers d'être présents et représentés dans de nombreuses instances, notamment administratives (MDPH, CDCPH, conseil d'administration des hôpitaux...). Il y a donc au travers de cette loi, une réelle avancée sociale qui, dans le même temps, introduit des kyrielles d'obligations formelles dont les usagers au final risquent d'en subir les effets de rationalisation et de formalisme. Michel CHAUVIERE, sociologue et chercheur au CNRS, a longuement analysé les dérives de cette loi 2002-2 qui, d'un principe premier humaniste, dans le même temps, introduit aux pratiques et logiques d'évaluation pour tendre vers le concept de performance aujourd'hui.

Pour vous présenter l'étendu et la diversité du SMS aujourd'hui, un bref constat chiffré :

- 35 000 établissements, la plupart de statut privé à but non lucratif – essentiellement des associations loi 1901 -, les autres de caractères public, surtout territoriaux
- 1,5 millions de places
- > 400 000 salariés
- Financement assuré par les collectivités territoriales, les ARS, l'assurance maladie, la CAF
- Selon le CASF, une grande diversité de services et établissements :
 - **Les établissements de l'aide sociale à l'enfance**
 - **Les établissements de l'enfance handicapée et inadaptée**
 - CMPP
 - IME
 - ITEP
 - IMPRO
 - IR
 - SESSAD
 - **Les centres d'action médicosociale précoce (CAMPS)**
 - **Les ESAT (ex CAT)**
 - **Les centres de réadaptation, réorientation et de rééducation fonctionnelle**
 - **Les établissements et services pour personnes âgées**
 - EHPAD
 - EHPA
 - Foyers logements
 - SSIAD
 - SAAD
 - **Les établissements et services pour personnes handicapées**
 - FAM
 - MAS
 - SSIAD
 - SSAD

- SAVS
- SAMSAH
- **Les CHRS ou centres d'hébergement et de réinsertion sociale**
- **Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST), les centres d'accueil pour alcooliques (CAA), les appartements de coordination thérapeutiques (ACT)**
- **FJT**
- **Les services mettant en œuvre des mesures de protection des majeurs**
- **Les services mettant en œuvre des mesures d'aide à la gestion du budget familial**

Ce secteur couvre pratiquement tous les temps de la vie, du bébé jusqu'à la personne âgée, même des services de soins palliatifs à domicile ; il s'adresse aussi à des personnes dont les conditions de vie sont fragiles – les publics dits précarisés - et bien sûr propose accueil et soins à des populations souffrant de pathologies physiques et psychiques, souvent chroniques, entraînant une dépendance plus ou moins importante.

La psychiatrie y tient une place importante car les institutions et services du secteur médicosocial hébergent actuellement plus de 250 000 patients dont une majorité souffre de troubles graves, notamment psychotiques. Ces services assurent plus de 150 000 consultations ou prise en charge ambulatoires annuelles. Les financements publics qui lui sont consacrés s'élèvent à 84 milliards d'euros : 42 par l'assurance maladie, 33 par les départements et 9 milliards par l'Etat.

Actuellement, plus de la moitié en volume de la psychiatrie infanto juvénile est pratiquée dans des établissements relevant du SMS, en l'occurrence dans des CAMPS, des CMPP, des Hôpitaux de Jour, des ITEP. Signalons aussi que la moitié de la population des IME, des MAS, des FAM et des ESAT est constitué de personnes psychotiques avec des déficits plus ou moins prononcés.

Enfin, vous savez que dans la planification de la prise en charge des personnes dites handicapées psychiques, en l'occurrence, beaucoup de patients psychotiques, le SMS est désigné pour accueillir ces patients qui ne sont plus censés rester dans les hôpitaux psychiatriques. C'est là où l'enjeu se situe suivant que nous, soignants, allons au pas occuper les places dans ce secteur, participer à sa restructuration et soutenir la réalisation de services réellement outillés à accueillir la psychose et non aux orientations faites par défaut, ce qui est malheureusement le cas dans de nombreux endroits, notamment vers les MAS.

• **Enjeux actuels et perspectives**

Depuis 1995, ce secteur est engagé dans un mouvement de réforme et d'adaptation sans précédent sous l'impulsion de textes de lois dont les principaux sont :

- **la Loi du 20 juillet 2001** relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'instauration d'une allocation personnalisée d'autonomie

- **la Loi du 2 Janvier 2002** rénovant l'action sociale et médico-sociale qui réforme la loi fondatrice du 30 Juin 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales. Cette loi situe l'utilisateur au cœur du dispositif et impose aux établissements plusieurs outils obligatoires pour bénéficier d'un agrément de fonctionnement.

Sept outils sont recensés :

1. Projet d'établissement
2. Livret d'accueil
3. Dispositif de participation des usagers (CVS, enquête de satisfaction...)
4. Charte des Droits des personnes accueillies
5. Règlement de fonctionnement
6. Contrat de séjour
7. Evaluation interne et externe

- **La Loi du 30 Juin 2004** relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées

- **La Loi du 11 Février 2005** relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, qui réforme la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées.

Si ces lois ont garanti droits et reconnaissance des personnes en situation de handicap, elles ont parallèlement forcé les ESMS à entrer dans des catégories, à répondre de nouvelles réglementations et à se soumettre à de nouvelles logiques, telle celle de l'évaluation. Un parallélisme peut être établi entre ce qui, dans le secteur sanitaire s'est mis en place dès les années 90 (accréditation) et ce qui est aujourd'hui présent dans le SMS. Des outils communs de réglementation financière telle la convergence tarifaire, les ratios et indicateurs, CPOM et CGSMS, se sont progressivement installés dans la gestion quotidienne des établissements, poussant les directeurs d'ESMS qui jusqu'alors étaient relativement protégés de ces contraintes et assuraient une fonction de direction selon un style patriarcal, à s'y former et à y répondre. Nous avons vu se transformer la fonction de direction de la figure du « bon père de l'institution » au gestionnaire, voire au manager d'entreprise sociale.

La RGPP et la loi HPST sont venues ébranler le SMS en attaquant sa structuration sur deux plans :

- D'une part, sur le plan de la dimension associative,
- D'autre part, l'intégration du SMS dans les compétences de l'ARS, via la loi HPST.

La mise en question de la dimension associative, de ses valeurs et de sa fonction de porte-parole des personnes qu'elle représente, a été mise à mal lorsqu'il y a environ 10 ans, politiques et administrations ont, d'un commun accord, décidé de réduire le nombre d'associations gestionnaires d'ESMS d'environ 30 000 à 3 000 pour lever, je cite, « *l'obscurantisme de ce secteur, y introduire de la transparence et faciliter sa représentativité* ». Plutôt que de négocier budgets et projets avec une multitude d'associations et encore davantage de directeurs, les tutelles ont souhaité réduire le nombre d'interlocuteurs pour soi-disant faciliter le dialogue. Nous avons alors assisté à une cohue médicosociale monumentale – et elle est toujours d'actualité –, chaque association

envisageant de se rapprocher d'autres associations pour éviter d'être « mangées ». Les termes de rapprochement, de mutualisation, de regroupement, de fusion... termes empruntés à d'autres secteurs, en l'occurrence marchands, sont venus infiltrer le discours quotidien des professionnels et administrateurs. Les menaces de fermeture, les fantasmes de dévoration (qui mange qui ?), les angoisses liées aux restrictions budgétaires, les comparaisons et rivalités entre services du même type, entre associations cousines... bref un vent de fin du monde possible et un flux de représentations archaïques ont secoué l'ensemble des structures médicosociales au point de faire perdre tête et raison aux dirigeants, directeurs et administrateurs, et surtout de perdre le sens de la fonction première de ces établissements, qui est de répondre à une mission sociale.

Les turbulences furent et sont encore terribles dans de nombreuses petites et moyennes associations qui, dans ces négociations et marchandages technocratiques et financiers, ont vu parfois leurs conseils d'administrations perdre sa distance symbolique au profit de manœuvres managériales à jouer, au mieux, un coup stratégique ; le grand âge de certains administrateurs ne rime pas forcément avec l'idée que l'on se fait de la sagesse, mais qu'en situation de menace et jouant de nouvelles règles du jeu où l'argent est très présent, tel un Monopoly, ils peuvent ranger leur éthique associative de côté, enfiler la panoplie de PDG et boostés par les enjeux de pouvoir et l'objectif imaginaire de faire grossir suffisamment l'association pour manger les voisins plus fragiles, passer sur une autre scène. Restructuration, mutualisation, modernisation, mondialisation... tous ces termes sont dès lors d'usage avec les effets que l'on connaît, par exemple de déplacements de certains salariés de leurs postes et métiers (notamment les services administratifs qu'il est plus facile de regrouper), parfois même le licenciement de quelques-uns pour répondre aux ratios posés par l'administration. Logique du bon élève qui anticipe même les attentes de l'administration et les conjugue de son propre chef dans une dynamique de servitude volontaire ou de rapport surmoïque dominant.

Les associations les plus importantes – certaines emploient plus de mille salariés – ont continué leur expansion en phagocytant les plus petites sans se préoccuper de l'histoire de la structure, de ses salariés et des publics accueillis. Ainsi ces mastodontes du social sont-ils aujourd'hui en force pour investir dans de nouveaux marchés, tel celui des psychoses, même si rien ne les dispose dans leur histoire, à s'y intéresser ; si ce n'est le marché que cela représente aujourd'hui du fait de la fermeture de lits en psychiatrie et de la réduction des temps d'hospitalisation.

La loi HPST a rapproché le SMS du secteur sanitaire même si la ministre de la Santé s'était engagée, selon une formule qui a marqué les esprits, à garantir « *la fongibilité asymétrique des budgets* », c'est-à-dire à garantir que les budgets alloués aujourd'hui au SMS ne glissent pas vers ceux, gigantesques et pourtant insuffisants, du sanitaire. Cette garantie budgétaire semble jusqu'alors relativement respectée mais le risque et l'enjeu d'avenir de notre secteur ne se joue pas seulement sur cet aspect d'abondement financier ; il est davantage lié à la logique d'homogénéisation actuelle qui vise à réduire les différences structurelles entre SMS et secteur hospitalier, à inscrire le SMS dans une planification territoriale sanitaire et médicosociale ; comme je le disais précédemment, le SMS en aval du secteur sanitaire pour répondre à l'accompagnement et au soin de moyen et long séjours. Portée par la Loi de Santé, cette planification est actuellement à l'œuvre et elle vise à offrir une offre de services, plus que d'établissements, équilibrée sur l'ensemble du territoire, essentiellement en coordonnant des services existants, rarement en créant de nouvelles structures. L'esprit de

cette loi est louable, de répondre aux besoins des usagers, de tracer un parcours coordonné, de mobiliser les compétences de proximité... mais comme c'est malheureusement trop souvent le cas lorsque ces décisions politiques sont pensées à distance du terrain, elles prennent en compte un certain nombre de données et en ignorent d'autres fondamentales.

Un exemple qui témoigne de cet écart entre le texte et la réalité. Les ESAT sont actuellement en déficit de travailleurs et leur avenir est qualifié d'incertain ; historiquement, la majorité des ESAT s'est tournée vers l'accueil et le travail protégé de personnes souffrant de déficience intellectuelle. Or, et c'est une très bonne nouvelle, le nombre de personnes souffrant de déficience intellectuelle régresse depuis quelques années et les MDPH peinent dans certains départements à orienter vers les ESAT. Parallèlement, le nombre de personnes handicapées psychiques, le plus souvent par psychose, augmente. Vous savez qu'au travers des derniers Plans nationaux Psychiatrie Santé Mentale, deux axes sont privilégiés par l'Etat : l'accès au logement et au travail. Cette conjonction d'éléments amène actuellement les MDPH à orienter de nombreuses personnes psychotiques vers les ESAT. Pourquoi pas ? Mais il manque des étapes préalables : déjà l'annonce faite officiellement aux ESAT, de cette orientation nouvelle qui interroge l'autorisation de chaque structure. Aussi la formation des professionnels qui sont habitués à accueillir des personnes déficientes intellectuelles et ont développé des modalités relationnelles et des outils professionnels en ce sens. Accueillir une personne déficiente et une personne schizophrène, ce n'est absolument pas le même geste et si l'on accueille une personne schizophrène avec l'attitude bienveillante et parfois maternante que l'on peut réserver à une personne déficiente, cela peut déclencher des réactions, voire des passages à l'acte. De plus, si permettre à une personne psychotique de travailler est en soi une très bonne chose, cela nécessite de prendre en considération certains traits de la psychose, en l'occurrence la question des rythmes qui aura une incidence sur le travail. Comment prendre en compte des dysrythmies existentielles de la schizophrénie et répondre aux exigences de travail de l'ESAT ? C'est une vraie question qui interroge la formation des professionnels, notamment à la clinique, aussi les outils de l'institution. Et comment l'ESAT va-t-il s'articuler avec le secteur qui assure le suivi psychiatrique ? Quelles informations vont être partagées entre professionnels de l'ESAT et soignants de la psychiatrie ? Je pense notamment aux questions relatives aux traitements psychotropes qui posent souvent problèmes aux moniteurs d'atelier qui repèrent bien tel effet secondaire mais ne savent pas comment corrélérer cela au traitement prescrit et surtout comment y répondre. Il y a là une réorientation radicale des missions des ESAT qui se fait sans réelle concertation et échange et shunte de nombreuses questions et étapes.

Au final, cette pression produit un effet d'homogénéisation car elle risque de conduire les ESAT à répondre à l'accueil des personnes psychotiques de la même manière que pour le public déficient. Et comme la personne schizophrène épouse et se fond avec les murs de l'établissement – ce fut la grande découverte à St Alban, cette extrême perméabilité au contexte et à l'ambiance -, on peut craindre que ces personnes se modéliseront sur ce schéma, à défaut de pouvoir investir l'institution portée par une équipe formée à cet accueil spécifique. Pourtant la diversité institutionnelle de certains ESAT permettrait dans le cadre d'une redéfinition des missions via leur projet institutionnel, leur plan de formation et d'autres outils, d'envisager de proposer une réponse de travail protégé aux personnes psychotiques. La question est du même ordre aujourd'hui du côté des SAVS et SAMSAH.

Dans ce sens, je voudrai m'arrêter un instant sur un maître mot actuellement très en vogue, celui de coordination. Schématiquement, le discours est le suivant : nous devons répondre aux besoins de la personne, et si possible tout au long de la vie, et si possible encore à moindre coût financier. Or notre territoire est riche de propositions sanitaires, médicosociales et sociales. Plutôt que de construire de nouveaux services, il convient de coordonner les forces existantes de services pour répondre aux besoins de la personne. Les MDPH sont l'un de ces outils de coordination et certains SAMSAH ont une mission spécifique à mener ce travail de coordination. Mais lorsqu'on accompagne une personne psychotique, il ne suffit pas de coordonner le CMP avec un SAMSAH, un mandataire judiciaire, un GEM et des aidants familiaux pour que « cela tienne » au quotidien, pour que la structure instable de la psychose trouve des points d'appui, des « praticables » pour reprendre ce que Ginette Michaud et Jean Oury ont largement développé. Encore faut-il que ces services et personnes se rencontrent, échangent, se parlent au fil de réunions. C'est la mise au travail des fonctions phorique, sémaphorique et métaphorique proposées très justement par Pierre Delion qui est là pleinement au travail et produit cet effet de rassemblement psychique de la personne dissociée.

La coordination proposée par nos tutelles n'a pas d'effet thérapeutique sur la personne psychotique ; au mieux, elle positionne plusieurs acteurs, autour de la personne mais selon le principe de Stanton et Schwartz (Excitation pathologique et désaccord latent entre membres du personnel hospitalier" in *The Mental Hospital*, Basic Books Inc. Publishers, New York, 1954), si ces personnes ne se parlent pas, cela n'aura aucun effet thérapeutique et mais renforcera les clivages entre professionnels. De nombreux SAMSAH buttent actuellement sur cette difficulté, malgré le travail accompli, de ne pas pouvoir faire réellement fonctionner le dispositif coordonné. Cela ne suffit pas car il manque le lien, le travail partagé au sens où nous travaillons nos positions contre-transférentielles. Pierre Delion a proposé le terme de constellation transférentielle qui tient compte justement du transfert dissocié de la psychose et des investissements pluriels que la personne psychotique tente d'instituer. Si nous voulions penser une coordination qui fonctionne, il faudrait que s'accomplisse ce travail de liens et d'échanges entre les professionnels qui comptent pour la personne ; maillage institutionnelle qui nous renvoie à cet indispensable préalable.

Pour revenir à la question des enjeux actuels concernant le SMS, c'est bien la dimension de nébuleuse qui peut certainement garantir la spécificité de notre champ, les traits de nos organisations, tant sur le plan de la diversité clinique que sur celui des conditions de travail, avec notamment les différentes conventions collectives qui se sont construites au fil des années. Plutôt que d'une nébuleuse, je parlerai d'une constellation de services et d'établissements dont il est vrai que, si vous ne disposez pas d'une connaissance cartographique et historique, vous ne pouvez pas vous repérer. Là, pas de repérage comme dans l'organisation sanitaire, chaque territoire diffère. Certains départements sont largement dotés de structures pour enfants, d'autres pour adultes, d'autres encore dans le champ de la psychose... ceci en fonction des rencontres qui se sont faites, en fonction de l'histoire locale, de l'histoire associative, en fonction des personnes qui ont marqué la création de certains services. Cette absence de planification et de cartographie ne plait pas aux administrations car elle introduit distinctivité et hétérogénéité.

Alors, nous sommes en droit de nous demander si le SMS n'est pas encore aujourd'hui un champ possible et praticable d'expériences institutionnelles au sens où nous l'entendons ?

Là où le secteur sanitaire semble malheureusement écrasé par les contraintes de toutes sortes, le SMS, grâce à sa structuration et à son obscurantisme historique, dispose encore de recoins, d'espaces qui échappent à cette logique marchande.

Un autre élément spécifique au SMS me semble important à souligner ; contrairement au secteur sanitaire où les références sont pensées en dehors de l'institution (HAS, recommandations de bonnes pratiques...), dans le SMS, la loi du 02 janvier 2002 a situé le projet d'établissement comme référence au travail qui est décliné dans l'institution. Il s'agissait à l'époque de permettre à ces établissements qui travaillaient sans aucune autorisation officielle, sans aucun contrôle, de nommer précisément leurs références, outils et fonctions. Le projet d'établissement est donc un outil produit par l'institution, dans lequel les références éthiques, théoriques sont défendues. Jusqu'à présent, ce document n'est pas attaqué par les tutelles qui le réceptionnent sur la forme et discute sur le fond les aspects essentiellement budgétaires. Mais elles ne contredisent pas par exemple la référence psychanalytique d'une institution. C'est un élément essentiel car ce document nous permet de dire très précisément ce que nous faisons, comment nous le faisons et pourquoi.

Bien sûr, les recommandations de bonnes pratiques éditées par l'ANESM, Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des ESMS, sont tout de même présentes avec en arrière-plan, les orientations idéologiques que l'on connaît. De même, l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) énonce certaines orientations qui ne trompent personne sur leurs origines, leurs finalités. Peut-être n'est-ce qu'une question de temps, mais il semble que ces orientations restent relativement à distance des pratiques pour peu que directeurs et administrateurs ne les imposent pas comme référentiel des pratiques des professionnels.

Enfin, un dernier point qui me semble essentiel, c'est la dimension du fait associatif. Vous le savez, la loi du 1^{er} Juillet 1901 portée par Pierre WALDECK-ROUSSEAU, en reconnaissant à tout citoyen le droit de s'associer, sans autorisation préalable, a ouvert un espace de création et de liberté considérable.

Rappelons que l'article 1 définit une association comme étant : "*la convention par laquelle deux ou plusieurs personnes mettent en commun, d'une façon permanente, leurs connaissances ou leur activité dans un but autre que de partager des bénéfices*".

Pour peu que cette liberté soit garantie et développée au sein de l'association par ses membres, par les salariés et aujourd'hui souvent les personnes accueillies, cette construction associative introduit un autre rapport aux tutelles et modifie les rapports de dépendance. Il est vrai que notre fonctionnement dépend concrètement des budgets alloués en l'occurrence par le Conseil Départemental et l'ARS ; nous savons bien actuellement combien ce rapport est déterminant. Mais ce n'est pas la même chose de se référer à une éthique associative, éventuellement énoncée dans un projet associatif, que d'être en lien direct avec la tutelle. En ce sens, le rapprochement associatif voulu par les gouvernements successifs, est une tentative de réduire cet espace de liberté. A nous de nous battre pour la maintenir car elle maintient un écart symbolique essentiel.

- **Une initiative psychiatrique médicosociale : le service de l'APPUI**

« *Il faut savoir parler papou avec les papous* » disait la psychiatre Léone Richet qui for de sa formation engagée auprès de Françoise Dolto et de son expérience auprès de nombreuses institutions, connaissait bien la langue de l'autre, aussi l'art de la guerre pour parvenir à se faire entendre. Apprendre à parler la langue de l'autre, c'est aussi ce à quoi notre ami Régis Gaudet nous invite dans son très beau texte « *Parler les deux langues* », qui a été publié dans la revue ***Institutions*** ; difficile exercice pour lequel il convient de ne pas perdre son latin, ne pas se perdre dans l'autre.

Je vais vous faire partager succinctement notre histoire institutionnelle au foyer et comment nous avons tenté de prendre en compte le contexte et discours ambiant de nos tutelles pour le subvertir, le tordre, le déformer et tenter d'y inscrire nos projets institutionnels. Autrement dit, à partir d'une expérience de 40 années d'accompagnement et de soins de jeunes adultes psychotiques, nous mesurons que ce n'est pas dans un rapport de force frontal que l'on négocie les projets, car dans cette rencontre entre notre monde et celui des administrations (je dis des car les échanges ne se jouent pas exactement de la même manière avec l'ARS et le Conseil Départemental), il s'agit toujours d'une négociation. Nous parlons de places différentes, avec des cultures et langues différentes, des représentations très différentes quant à la clinique, en l'occurrence la psychose ; bref il faut bien prendre la mesure de nos écarts manifestes et nos territoires totalement étrangers. Un pas de l'un vers l'autre est donc nécessaire pour amorcer les échanges d'une négociation.

Trois grandes périodes caractérisent l'histoire de notre institution et je les résume en quelques mots :

- les fondations : en 1975, année de la reconnaissance du SMS, se crée le foyer de Cluny à partir d'une conjonction, celle de la rencontre d'une femme avec une histoire institutionnelle en Afrique du sud, du désir d'un psychologue de l'ICB, Claude Deutsch, de créer un lieu institutionnel pour des jeunes psychotiques et d'une première équipe engagée dans cette aventure collective. Dans l'ouverture créée par la loi de 1975, s'ouvre le foyer avec à l'époque, les moyens du bord, autrement dit du désir, des idées, parfois pas très réalistes, mais ce qui est plus certain, peu de moyens. Dans les années 80, l'institution passera par des statuts administratifs différents : lieu alternatif à l'hospitalisation, CAT sans atelier, centre d'accueil thérapeutique...

Cette absence de cadre administratif sera l'objet de nombreux problèmes, avec parfois le risque de fermeture de la structure ; paradoxalement, ce flottement administratif a certainement permis à l'institution de ne pas se retrouver enfermée dans un cadre réglementaire trop formel.

- Après des années 80 plutôt marquées par les expériences institutionnelles d'une structure naissante, dans un contexte général plutôt libre de toute contrainte, le début des années 90 se caractérise par la professionnalisation de l'institution sur ces deux versants, médical et social. Les postes d'infirmiers et d'éducateurs sont inscrits à l'organigramme, les professionnels se forment. Quand, au milieu des années 90, il commence à être question d'une restructuration du SMS, l'institution aborde ces changements avec inquiétude. Comment garantir le fonctionnement du restaurant associatif La Loco ? Comment maintenir une liberté de circulation dans l'institution alors que les lois qui s'annoncent vont nous

apporter des contraintes ? En même temps, situer l'utilisateur au cœur de l'institution ne nous préoccupe pas car c'est ainsi que nous avons toujours travaillé.

Paradoxalement à nos inquiétudes, la loi du 02 janvier 2002 apporte enfin un statut à l'établissement en transformant notre agrément de foyer à double tarification, terme assez ingrat mais que nous avons accepté bien volontiers pour dormir un peu plus tranquillement, en le statut d'un FAM. Non ni infâme, ni une femme, mais un foyer d'accueil médicalisé, terme toujours ingrat mais qui correspond mieux à notre fonction, même si la dimension du social à laquelle nous sommes attachés n'apparaît pas dans le terme.

- dans ces mêmes années fin 90, nombreux sont les pensionnaires qui, stabilisés ont accédé à un appartement personnel et continue à être soignés et accueillis dans le cadre de l'externat. Mais la psychose reste la psychose, cela ne tient que si les étayages sont présents au quotidien. Dans la vie quotidienne de l'internat, ces béquilles se conçoivent bien mais dans un appartement, à distance de la présence des soignants, le soir, les week-ends, le risque de décompensation n'est jamais loin.

Nous proposons alors une aide à la vie quotidienne, dispositif d'étayage, en la présence plusieurs fois par semaine d'aides ménagères à domicile. Plusieurs montages se suivent : d'abord l'aide assurée par la femme de ménage de l'internat, puis en 1999, une convention avec l'ADMR qui permet à quelques aides ménagères d'être détachées de leur emploi habituel, de travailler pour le foyer accompagnée par une éducatrice spécialisée et supervisées par un psychologue. L'expérience prend forme et rapidement le service expérimental déborde de son champ premier, celui de l'accompagnement des externes du foyer, pour répondre à des demandes émanant des services de psychiatrie de Caen. Un partenariat s'institue entre les secteurs et ce service, le SSMAD. Le service accompagne alors une trentaine de personnes. Un nouveau statut lui est donné par l'intermédiaire des réseaux de santé qui permettent d'allouer des moyens supplémentaires.

En 2005, le SSMAD s'étoffe encore et se compose d'un temps de coordinateur, d'un poste d'ES, d'un temps de psychologue et de 5 postes d'AVS. Il accompagne 50 personnes et travaille en liens étroits avec les secteurs de psychiatrie, les associations tutélaires et d'autres partenaires.

2007, les temps se gâtent et les crédits alloués aux réseaux de santé commencent à être menacés. Parallèlement, nous avons pris la mesure que si notre service est maintenant bien repéré et répond à un vrai besoin dans la cité, il n'en reste pas moins insuffisamment professionnalisé. Il conviendrait d'y développer un accompagnement éducatif plus soutenu et surtout d'y apporter une dimension de soin psychique que les personnes que nous accompagnons ne reçoivent pas toujours. La psychiatrie publique commence à perdre ses moyens et nous mesurons ces effets en la raréfaction des VAD, l'éloignement des consultations.

Nous réunissons alors sur notre terrain (et cela eût de l'importance) nos tutelles, CG, DDASS, CPAM pour discuter ensemble de l'avenir du service : de sa possible disparition ou de sa pérennité. Temps de négociation en langue papou qui conduit après deux heures d'échanges à l'accord de transformer le service expérimental en un triple service : un SAAD, un SAVS et un SAMSAH.

Il est vrai que les textes relatifs à ces nouveaux services étaient relativement récents et les tutelles ont vu dans cette négociation, l'opportunité d'inscrire dans un délai relativement court l'existence de ce service dédié aux personnes souffrant de troubles psychotiques. Pardon, de handicap psychique, avons-nous dit !

Accompagné par un service extérieur qui nous a aidés à traduire notre projet en langue formelle, nous avons donc écrit un projet d'un service d'accompagnement à domicile qui conjuguerait plusieurs interventions différentes et complémentaires : l'aide à la vie quotidienne par le SAAD pour 65 personnes, l'accompagnement dans la vie sociale par le SAVS, pour 20 personnes et le suivi psychothérapeutique psychiatrique par le SAMSAH pour 15 personnes.

En novembre 2009, ce triple service ouvre ses portes et se nomme l'APPUI tel un appui à la vie quotidienne. 16 salariés le font vivre : 1 CDS, 7 AVS qui se rebaptisent intervenants à domicile, 2 EC, 1 infirmier, 1 AMP, 1 AS, 1 psychologue, 1 psychiatre, 1 secrétaire.

Après 7 années de fonctionnement, l'APPUI accompagne plus de cent personnes dans la ville de Caen, en lien avec les services de psychiatrie partenaires, les services de tutelles. Les patients reçoivent donc la visite des professionnels à leur domicile mais ils viennent aussi dans le service. Cette circulation permet de sortir, d'éviter le repli au domicile, aussi elle travaille l'accueil et permet de rencontrer les autres. Pour lutter contre l'effet « prestation individuelle » et faire du lien social, de nombreux outils collectifs, transversaux se sont développés : une réunion hebdomadaire, sur l'actualité du service, divers ateliers, des sorties et même des séjours avec hébergement. Des passerelles se sont construites entre le foyer d'accueil et l'APPUI ; au cours de l'été dernier, les réunions étaient communes et des liens se sont tissés entre les personnes au travers d'échanges concrets. Plusieurs personnes de l'APPUI travaillent aujourd'hui régulièrement à la Loco et la fonction club s'est articulée aux deux services.

En 2016, nous avons répondu à un appel à projet visant à une extension de 10 places du SAMSAH. Nous avons remporté l'appel à projet ; ce n'était pas gagné car d'autres concurrents étaient mieux placés que nous pour répondre à la feuille de route. Notamment le fait de travailler en file active : 10 places mais en réalité 20 ou 30 personnes suivies. Nous avons refusé au regard de l'accompagnement quotidien des personnes que nous suivons déjà et qui peuvent appeler 20 fois au téléphone dans une même journée, mobiliser plusieurs salariés, nécessiter plusieurs RV et accueils quotidiens... ce que nous savons cliniquement du soin à la psychose. Il semble que nos arguments cliniques et l'expérience depuis 7 ans ait eu raison de la contrainte de travailler en file active. C'est plutôt rassurant.

• **Quelques propositions d'avenir**

Je disais précédemment combien nous avons peut-être négligé la dimension de l'Etablissement, c'est-à-dire de la structuration de nos services au profit des scènes institutionnelles d'échanges pluriels.

L'an passé, Pascale Molinier et son équipe avait organisé à Saint-Denis un grand colloque sur François Tosquelles et le travail. Pas sur Tosquelles et la PI, mais Tosquelles et le travail car il se préoccupait de cette question ; bien sûr, du travail thérapeutique, mais aussi des

conditions réelles d'exercice du travail, des rapports de force, des rapports sociaux, de la hiérarchie statutaire, des négociations qu'il convient d'établir sur cette scène. Dans le film « *le Clos du Nid* », on voit l'inauguration officielle, en grande pompe de l'établissement ; sont présents dans l'assemblée de nombreux officiels, dont des militaires et des curés (je crois même un évêque) ; surprenant quand on connaît l'histoire et les opinions politiques de Tosquelles. Mais Tosquelles s'explique : pour ouvrir la structure, il avait sollicité un soutien institutionnel et financier auprès de ces deux grandes institutions que sont l'église et l'armée. « *Il faut parler papou avec les papou* » ou l'art de la négociation.

Mon expérience de médecin directeur m'amène quotidiennement à travailler sur cette scène de l'établissement : je n'échappe pas aux budgets, comptes administratifs, indicateurs et autres outils formels. Ma préoccupation quotidienne est de toujours tenter d'articuler ces éléments formels de la structure administrative aux structures institutionnelles. Par exemple, l'élaboration du budget prévisionnel passe toujours par un temps de présentation et d'échanges en Commission Projet Fonctionnement qui est notre commission de réflexion sur les outils institutionnels. A priori, ce n'est pas le lieu d'élaboration du BP, mais c'est un lieu de reprise et de transformation de cet outil formel qu'est le BP. Et d'une manière générale, nous essayons collectivement que chaque professionnel du foyer prenne en considération cette double articulation Etablissement/Institution. Créer un atelier, oui, pourquoi pas, mais quelles articulations concrètes avec l'organisation de l'établissement. Cette affaire n'est pas que l'affaire du directeur, du cadre administratif ; elle est l'affaire de chacun même si cela nécessite un effort de mise en forme.

Oury rappelait souvent que le travail institutionnel et de secteur s'est fragilisé dans les années 70 quand les médecins directeurs ont lâché la direction administrative des hôpitaux et institutions. C'est vrai et l'enjeu actuel est la bien la reconquête de ces fonctions, non pas dans une prise de pouvoir absolue pour balayer l'administratif, cela n'aurait aucun sens car toute institution a besoin d'une trame administrative et l'administration est un métier noble à mon sens. Ce qu'il convient de combattre, c'est d'une part le glissement de l'administration vers des systèmes bureaucratiques qui isolent et tuent toute initiative instituante. C'est aussi de réduire le clivage entre cliniciens et administratifs. Un juste équilibre, et surtout un dialogue réellement partagé, entre clinique et administration, est une condition essentielle au bon fonctionnement d'une institution.

Si du côté de l'administration, le risque de déviance est bien la bureaucratisation, du côté de la clinique, le risque majeur aujourd'hui est sa disparition au profit d'une pseudo-clinique simpliste et opératoire. La mode et la fascination obsessionnelle des classifications, des échelles, des protocoles et procédures sont de réelles menaces et au sein même de nos professions existent des divisions internes et des guerres civiles qui servent le projet d'une pensée unique et d'une société homogène. Je pense aux enjeux actuels pour les psychologues cliniciens qui sont fortement menacés dans les institutions et à l'université.

Nous risquons de perdre cette richesse clinique que des cliniciens ont mis des décennies à établir. Je pense bien sûr aux travaux de Freud et de la psychanalyse comme modalité de penser la vie psychique - vie psychique bien différente de la conscience et de la raison -, aussi aux travaux de Tosquelles, Oury sur les psychoses qui ont ouvert une voie essentielle, celle d'une possible psychothérapie des psychoses schizophréniques sur la scène de l'institution. Mais quand je parle de clinique, je pense aussi à celle qui vous concerne plus dans le champ du social au contact de publics ayant souffert de carences, de maltraitances ;

clinique qui a permis l'élaboration d'outils professionnels et de pratiques qui ne sont pas des procédures que l'on décline sans penser. Appliquer une procédure est une formidable manière de se protéger de l'angoisse qui surgit toujours dans la relation, mais qui est pourtant à la base même du travail thérapeutique. Si nous n'étions pas psychiquement encombrés par les personnes que nous accompagnons, au point parfois de les ramener chez nous ou de l'emmener en vacances en famille, nous ne serions certainement au travail psychiquement avec eux.

Autrement dit, il me semble essentiel de différencier les nouvelles formes d'institutions – et j'y reviendrai à l'instant concernant l'intervention à domicile – avec lesquelles nous avons à travailler car cela procède d'une évolution sociétale que l'on peut juger bonne ou mauvaise, mais qui est là, et la clinique, qui, certes n'est pas de marbre et évolue, mais reste un socle, un savoir majeur. Savoir majeur d'autant que sa mise à jour et son élaboration se sont faites sur des siècles et selon des logiques autres que la logique scientifique formelle. Par exemple, on a longtemps pensé que les personnes schizophrènes, du fait de leur présentation bizarre et de leurs propos à côté, étaient absentes de ce qui se passe autour d'eux et dans le monde. Nous savons aujourd'hui qu'il n'en est rien et qu'au contraire, elles sont extrêmement sensibles à tout cela, à condition qu'on les accueille et leur donne vraiment la parole. Cette découverte clinique ne relève pas d'une logique déductive formelle.

Donc, nous ne devons rien lâcher sur le plan clinique. Le terme de handicap psychique est un nouveau terme tout à fait essentiel car il rend compte des difficultés vécues au quotidien par la personne, de toutes ces choses qui dysfonctionnent et que la sémiologie psychiatrique ne dit pas. Pour autant, la psychose ne peut se réduire au terme de handicap psychique au risque sinon d'une simplification extrêmement dommageable. Pour ma part, et notamment dans nos échanges réguliers avec la MDPH, j'emploie toujours le terme handicap psychique par maladie psychotique pour éviter cette collusion.

Si cette défense de la clinique me semble une position fondamentale, pour autant, notre monde évolue et nous devons travailler avec de nouvelles formes d'institutions. L'époque se réclame de la désinstitutionnalisation, au sens où l'on veut réduire les lieux d'hébergement, taxés de passésistes, voire de lieux maltraitants et trop chers pour la collectivité. Depuis une dizaine d'années, nous assistons à une mutation : fermeture de lits, notamment dans le secteur des enfants (ITEP), et création de services à domicile ou à la personne. SESSAD, SAAD, SAVS, SAMSAH en passant par les dispositifs ITEP, IME et le Placement judiciaire protection de l'enfance à domicile. Nouveaux paradigmes, nouvelles formes de structures et services qui sont fortement marqués par le principe d'une prestation de service. Comment allons-nous demain institutionnaliser ces services ? On serait tenté de dire que l'absence de vie quotidienne, au sens d'un lieu d'hébergement, ne rend pas possible un travail institutionnel. Je pense qu'il s'agit d'une erreur et que tout service, même à domicile, peut se référer à une pratique institutionnelle. Notre expérience avec l'APPUI nous le confirme chaque jour. Nous avons travaillé justement à créer les conditions d'une vie quotidienne dans le service, à ce que les personnes y inscrivent des repères qui fonctionnent comme ces axiomes de la quotidienneté dont parle Erwin Straus. Ces points d'ancrage dans le service avec une fonction d'accueil travaillée, des réunions, de la transversalité, une liberté de circulation, se prolongent quand l'équipe intervient à domicile.

Autrement dit, on peut bien sûr déplorer la fermeture de certains lieux de vie, notamment lorsque ces lieux proposent une réelle fonction d'accueil, mais l'institution, ce ne sont pas les

murs. Les murs appartiennent à l'Établissement. L'enjeu pour nous aujourd'hui et demain, est de savoir comment nous allons « faire institution » avec de nouvelles formes d'établissements : services à domicile, maison relais, résidence accueil...

Pour conclure je ferai une proposition qui lèvera peut être quelques objections et discussions au sein de notre mouvement.

Au regard des risques actuels et des attaques ciblées dont les institutions de la PI font l'objet, je pense qu'il conviendrait d'abandonner le terme de psychothérapie institutionnelle car il est ancien et a été détourné de son sens usuel. Il est utilisé par nos détracteurs comme le sont les mots *psychanalyse*, *clinique*, *psychopathologie*... avec des connotations passéiste et sectaire. Et puis souvenons-nous que c'est seulement en 1952 – c'est-à-dire 12 ans après le début de la révolution St-Alban – que Daumazon et Koechlin, lors d'un congrès de psychiatrie de langue portugaise, proposent ce terme de *psychothérapie institutionnelle française contemporaine* pour rendre compte de cette modalité de travail. Et vous connaissez les réticences de Tosquelles puis d'Oury, quant à ce terme qu'ils n'aimaient pas car il chosifiait justement ce qui devrait rester dans une dynamique ; d'ailleurs, nous parlons plutôt de mouvement de psychothérapie institutionnelle que de la psychothérapie institutionnelle.

Abandonner le mot, du moins lorsque nous parlons du travail institutionnel et de l'organisation d'un service ; de le réserver certes à nos échanges, entre pairs, aussi lorsqu'il est question du soin psychothérapique où cette double articulation psychothérapie et institution a tout son sens pour l'accueil de la psychose.

En revanche, il me semble aujourd'hui nécessaire de mieux définir notre pratique institutionnelle et de la positionner comme une organisation de travail possible car c'est une organisation de travail qui a la particularité de positionner l'établissement au service de la clinique, et non l'inverse. On a l'usage de dire qu'une pratique institutionnelle est différente d'une institution à une autre suivant l'histoire, les personnes... C'est juste ; il n'y a pas de copier/coller possible, au risque sinon de formaliser ce qui doit justement rester dans un mouvement instituant. Pour autant, les lieux référés à une pratique institutionnelle ont une même boîte à outils dans laquelle un club, des associations, des comités, des réunions sont présents selon des styles et formes différents.

Pourquoi alors ne pas reconnaître une forme d'organisation que l'on pourrait appeler **organisation institutionnelle** qui prenne en compte les conditions préalables nécessaires à ce travail institutionnel, qui pose les règles essentielles, le décor de base au sein duquel émergera ou pas, l'institution. Cette organisation repose essentiellement sur la **logique castrative** comme le développe Oury dans le Séminaire « Le Collectif ».

Je précise ma proposition par quelques exemples. Une organisation institutionnelle supposerait que :

- l'établissement ne repose pas uniquement sur une organisation hiérarchique statutaire mais permette et développe des hiérarchies annexes, transversales, responsables et subjectales
- ces organisation hiérarchiques annexes pourraient trouver appui sur une association loi 2001 et devenir de possibles clubs thérapeutiques, mais pas uniquement ; d'autres structures internes pourraient en être le support

- l'outil réunion y soit développé dans l'ensemble de l'institution bien sûr pour échanger des informations entre professionnels, aussi pour prendre ensemble les décisions et reprendre le travail clinique. Pas de décision prise isolément.
- chaque salarié dans son poste de travail ait une double mission : bien sûr celle pour laquelle il est embauché (statut) mais qu'il participe, via des fonctions institutionnels, à d'autres tâches (services administratifs et généraux notamment, mais aussi les cadres parfois enfermés dans leur fonction et leur statut). Cette double articulation est essentielle aussi pour la fonction de direction au risque de d'enfermer dans la pure logique administrative et réglementaire.
- plutôt qu'une série de procédures, un système d'échanges et de communication interne (par la parole, ce que nous pratiquons au foyer) qui permette une réactivité entre les professionnels lorsqu'un problème se pose et nécessite de répondre.

Dire que les lieux institutionnels reposent sur une vague forme participative est aujourd'hui insuffisant pour faire valoir la réelle organisation qui existe en ces lieux. Nous pourrions réellement définir cette organisation et la faire reconnaître comme un modèle d'organisation.

Au regard de la place faite aujourd'hui aux usagers, notre proposition de positionner l'établissement au service de la clinique et des besoins de la personne est loin d'être aberrante ; au contraire, elle est dans l'air du temps et des lieux institutionnels devraient aujourd'hui se développer davantage. Aussi par rapport aux risques professionnels car nous savons que cette organisation limite les pathologies du travail.

J'ai conscience que mon propos se déplace sur la scène plus sociologie, en l'occurrence celle de la sociologie des organisations, mais le mouvement institutionnel a cette particularité d'articuler organisation et clinique. Alors si sur le versant clinique, l'air du temps nous est moins favorable, pourquoi ne pas porter l'accent sur l'organisation ? Actuellement nombreuses sont les institutions qui ont fait les frais de techniques managériales et cherchent de nouveaux modèles d'organisation. Dans notre pratique au foyer, nous défendons cette organisation de travail comme étant une organisation parmi d'autres et dans nos échanges avec nos administrations, je mesure qu'au fil des années, nous réussissons à défendre et faire valoir cette organisation de travail, y compris au travers de l'évaluation externe qui a valorisé notre organisation, sans employer le mot de psychothérapie institutionnelle. C'est là-encore une manière de consolider l'établissement sans lequel l'institution ne peut prendre forme.

Et si une pratique institutionnelle devient aujourd'hui difficile à tenir dans les structures hospitalières notamment celles du secteur psychiatrique, nous devons la perpétuer ailleurs, en l'occurrence de manière formelle comme une modalité d'organisation à proposer pour les ESMS, sur le terrain du SMS, du social et d'ailleurs, où tel un rhizome, elle peut faire greffe pour permettre demain, la création de nouvelles institutions.

Pascal Créte

Besançon, le 17 Janvier 2017