

Une clinique du quotidien

Quentin RAFFARD

En 1968, à Villeurbanne, l'association Santé Mentale et Communautés (SMC) a été créée pour promouvoir une psychiatrie communautaire. Il s'agissait d'une conception du soin psychique désaliénante visant à maintenir la personne qui souffre de troubles psychiques dans son milieu de vie habituel en proposant des alternatives à l'hospitalisation et des lieux de soins dans la cité. La folie isole et le corps social rejette sa propre folie la traitant comme un corps étranger. La folie fusionne et confond, dans des grands tous, le soin et la vie.

À l'époque, pas d'autres possibilités que le soin à l'hôpital psychiatrique, qui dans ses enclos, se transformait petit à petit en lieu de vie protégé, mais asilaire pour les patients psychotiques. Une exposition, il y a quelques années, à la ferme du Vinatier sur l'histoire de cet hôpital en lien avec l'évolution de la psychiatrie en France, mettait en perspective l'architecture même du lieu lors de sa conception comme proposition : une ligne droite, la porte d'entrée, la chapelle et le cimetière...

Des dispositifs pensés pour accueillir la psychose

Après l'instauration d'une consultation «hors les murs», en 1979 puis en 1984, deux Communautés Thérapeutiques furent créées à Villeurbanne, les Maisons de *La Baisse* et du *Cerisier* : petits lieux de vie où cohabitent sept résidents acceptant ce projet de soin visant à favoriser leur autonomie psychique et matérielle. Les résidents habitent une maison qui fonctionne dans une collaboration, une co-construction, une co-réalisation entre résidents et soignants.

Ensuite, la création en 1983 de la MAP (Maison d'Accueil Psychothérapique) a répondu au besoin d'un lieu psychothérapeutique proposant un lieu accueillant et contenant, à durée limitée dans un moment de forte crise psychique. Nous allons dans cet article, nous pencher plus particulièrement sur ce dispositif de soin singulier.

Plus récemment, s'est ouvert le Foyer d'accueil *Le Florian*, qui, depuis 1995 accueille des personnes sortant de longues hospitalisations, et propose un hébergement encadré dans le quotidien d'une façon lacunaire par une équipe éducative et en lien avec une équipe de soignants.

Le séjour a pour objectif une progressive réinsertion sociale respectant le degré d'autonomie de chaque résident.

Enfin, les derniers-nés sont l'Hospitalisation à Domicile (HAD) en 2011, et le SAMSAH Paul Balvet en 2013, structure du médico-social, qui accompagne les adultes dans leur vie quotidienne et leur projet de vie sociale et professionnelle.

Une maison pour accueillir la crise

La Maison d'Accueil Psychothérapique est un lieu de soins qui accueille sept adultes traversant une période de crise pour des séjours de deux mois. À l'origine, la MAP a été pensée pour des patients psychotiques et comme toutes les structures de SMC, organisée autour d'un certain nombre d'*idées-forces*. Ses idées sont toujours organisatrices du soin et s'avèrent opérantes malgré la modification de l'expression de la souffrance et l'ouverture de la maison à des pathologies narcissiques. Nous précisons dans ce texte quelques-unes de ces idées comme la mise en sens d'une vie quotidienne partagée et le travail de groupe dans un cadre lacunaire soutenu par un travail de tiercéisation.

Une vie quotidienne partagée

L'originalité de la MAP tient au fait que les soignants partagent la vie quotidienne des patients. Une équipe de deux psychologues et deux infirmières, que l'on appelle *les permanents* ainsi que trois stagiaires psychologues en fin de formation assurent une présence en continu du lundi matin au samedi midi. La fonction des soignants est de *vivre avec*, ce qui implique un partage de la réalité quotidienne. Ils décident des repas avec le groupe des résidents, sortent avec eux faire les courses, cuisinent les repas pris en commun. Il arrive aux soignants de boire un thé l'après-midi, de regarder la télé, de faire tourner une lessive, de jouer à un jeu de société avec les résidents. Chaque nuit, un de ces soignants dort dans la maison, ce qui garantit la continuité et rassure puisqu'il peut être réveillé si besoin.



Non seulement les permanents partagent cette vie quotidienne avec eux, mais ils en deviennent les thérapeutes. Telle a été conçue cette maison, comme un espace de psychothérapie institutionnelle *via* la pathologie de la vie quotidienne ; nous concevons alors notre semaine comme une séance de psychothérapie où les thérapeutes se relaient pour accueillir ce que les patients nous disent et nous montrent dans cet espace qui leur est proposé comme une aire de jeu psychodramatique. C'est un peu comme si nous leur disions : venez et nous allons jouer pour de vrai à vivre dans cette maison. Il est rare pour un patient d'avoir son thérapeute à sa table, faire la vaisselle avec lui, lui dire bonne nuit et le retrouver le matin décoiffé au petit déjeuner.

Gilbert demande aux soignants s'ils mangent pour de vrai quand ils sont avec le groupe, il les voit manger, mais il pense qu'ils se remettent à table avec leurs enfants une fois rentrés chez eux...

À la désorganisation psychotique, l'organisation de la maison invite les patients à penser leur propre organisation. La psychose est considérée ici comme une pathologie de l'habitat, de s'habiter, d'habiter avec les autres. Nous proposons un espace structuré comme une maison. Donc un espace organisé avec un sens ; une partie pour les espaces privés, les chambres et des parties communes ; une partie pour la nuit et une partie pour le jour.

Souvent sous l'effet de la souffrance, les résidents arrivent dans des rythmes inversés, dormant peu, isolés, les yeux remplis d'images virtuelles, mangeant mal et à n'importe quel moment. Le premier objectif sera de pouvoir s'accorder au rythme de la maison où les seules exigences sont la participation à la préparation et la prise des repas. Le résident aura à s'adapter au rythme de la maison, et non au rythme des soignants.

Une réalité parlante

Notre terrain de rencontre avec le patient est celui de la *réalité*, et nous savons comment les patients que nous accueillons sont intrinsèquement en conflit avec cette notion du fait de leur pathologie. La douleur de la crise l'emporte sur tout, plus rien n'est important, le souci de la réalité psychique et matérielle est expulsé par le retrait des investissements vers le moi pour sa survie.

Nos transactions avec le résident se déploient aussi sous ce primat du principe de réalité, on paye tous nos repas et si personne ne va aux courses, nous ne mangeons pas. Nous n'avons pas à désigner le patient qui doit aller aux courses, mais notre rôle de soignant est de questionner comment cette fonction importante à notre équilibre est autant désinvestie par le groupe.

Géraldine arrive toujours en retard, elle n'arrive pas à quitter sa mère qu'elle a besoin de voir les après-midi, elle ne comprend pas pourquoi c'est plus important d'être à cette réunion, l'infirmière lui dit que nous choisissons à sa place le menu alors qu'elle a payé ses repas.

Ce terrain de réalité joue un rôle important, il permet souvent à des patients, à leur famille et à leurs soignants qui nous les confient, d'évaluer leurs aptitudes à l'autonomie. Est-ce que je peux me trouver un appartement seul pour faire mes études ? Un travail ? Dois-je plutôt construire un projet dans un foyer éducatif, une communauté thérapeutique, une demande de reconnaissance de handicap ? Le séjour est donc une proposition de confrontation par la réalité, un travail permanent de *remailage avec celle-ci*. La réalité va être parlée, commentée, reprise à haute voix. Le soin va être la boîte de résonance de ce que vit le patient. Comme si nous offrions par la parole, un miroir, une langue aux actes du réel. L'enjeu va donc être de rendre la réalité parlante, symbolisable.

Jean est un jeune homme de 21 ans qui arrive à la MAP avec plein de projets en tête, un travail, un permis, un logement et tout cela en deux mois. Malgré, nos doutes et ceux de son équipe soignante, la MAP lui est proposée pour qu'il puisse se confronter à ses projets. Au bout, d'un mois, Jean participe très peu à la vie de la maison et de la cuisine. Ses sorties et les séparations du week-end sont très douloureuses et les vieilles habitudes de consommation de cannabis ont repris le pas sur la réalité. Nous interrompons le séjour le temps de réfléchir au sens de ce dernier. Jean sera finalement de nouveau hospitalisé et un projet de foyer intra hospitalier sera discuté avec son équipe.

Dedans/dehors, conscient/inconscient, c'est en permanence que ce travail autour de la *double limite* est favorisé par les interventions des soignants. Ils sont là où quelque chose se manifeste dans la banalité de la vie quotidienne, autour de cette réalité partagée, pour pointer, pour arrêter une séquence et dire *tiens c'est intéressant ce qui se passe*, ou alors, *comment ça se fait, quel sens ça a*, mais aussi parler avec les résidents de ce qu'ils nous font éprouver par leurs dires et leurs actes.

Nous sommes là pour donner de l'importance, de l'épaisseur et de la *consistance* à ces zones de frontière, prémices et garants de la différenciation. Cette question est au cœur de ce qui est mis au travail lors des entretiens thérapeutiques hebdomadaires. Chaque résident devient patient pendant une heure par semaine, quand un thérapeute extérieur vient le rencontrer dans la maison pour des entretiens, en présence d'un stagiaire.

Je frappe à la porte de la chambre de Chloé, « entrez » me dit-elle, je refuse et lui demande de venir m'ouvrir. C'est à elle de maîtriser cette frontière qui est la porte de sa chambre, elle ne voit pas pourquoi je lui demande ça, je lui rappelle que c'est sa chambre, elle s'étonne, chez elle, depuis toujours, l'armoire des vêtements de ses parents se trouve dans sa chambre...

Un groupe qui rencontre un autre groupe

À la MAP, on peut dire que c'est un groupe de soignants qui rencontre un groupe de résidents. Notre enjeu est donc d'être là pour le groupe, un pas dedans, un pas dehors. Nous partageons le bain groupal de la MAP tout en essayant de trouver une distance *suffisamment bonne*. Il ne s'agit pas d'écouter que les individualités, séparées, autonomes et subjectivées ; nous allons aussi nous intéresser au groupe et aux liens que les résidents ont les uns avec les autres.

Notre écoute ne va pas se porter exclusivement sur la représentation d'objet, mais également sur le lien ou l'absence de liens aux autres, et avec nous. Dans ce travail, nous serons très fortement confrontés à ce que Bernard PENOT qualifie de *transfert subjectal*. C'est à dire, « *l'analyse de ce qui se transfère d'un patient sur une équipe de soin grâce à l'activation de leur "groupalité" psychique et à l'analyse de leur inter transfert* ».

Nous allons essayer d'écouter le patient là où il en est, à partir de la place qu'il occupera au sein du groupe et de ses liens aux autres. Ce qui nous intéressera, c'est le lien et la qualité du lien. Le transfert se manifestera dans un premier temps sur le cadre réel (la maison, le groupe, les repas) et petit à petit, évoluera vers un transfert sur le processus. Le patient va pouvoir investir le trajet effectué pendant ce parcours de soins et l'inscrire dans une temporalité. Avec ce travail d'auto-évaluation, le séjour MAP prendra valeur d'expérience vécue, de trace.

Luc s'aperçoit depuis le départ d'Hervé qu'il est devenu le doyen de la maison. Lui plutôt discret et réservé se met à cuisiner et s'assoit en bout de table. Il régente presque l'ordre de la maison. Il se plaint lors d'une réunion du mercredi que personne ne fait la vaisselle des tasses du soir. Le groupe lui fait remarquer qu'il est en meilleure forme depuis qu'il est devenu « le doyen ». Repris, lors d'un entretien familial, Luc parlera longtemps de sa place dans la famille dans l'ombre de sa sœur et de son désir de partir de la maison pour plus d'autonomie.

Le transfert sur le cadre est souvent massif : une maison de rêve, une maison totalitaire qui surveille et punit ou un peu des deux, « *la maison de loft story* » comme dit Léa. Le transfert sur le processus va avoir des effets sur les affects entre aller-retour d'investissement objectaux et de replis dépressifs. Ce travail va être soutenu par la sollicitude et l'étayage apportés par le groupe des patients.

Un cadre lacunaire favorisant l'individuation

La maison n'offre pas tout, son cadre est volontairement lacunaire. Il n'y a pas de groupes à médiation, pas de sorties organisées, ni de présence éducative et sociale. Les résidents sont sujets de leurs soins et de leurs occupations. La séparation est marquée par le roulement de l'équipe soignante, par la fermeture des week-ends, par les aller-retour entre chez eux et la MAP.

Ainsi, les patients vivent et revivent avec nous leurs difficultés de séparation et partagent leurs douleurs existentielles. La MAP, par l'ambiguïté de son cadre, *maison qui soigne/lieu de soin qui fonctionne comme une maison*, son illusion de maison *trouvéé/créé* par le résident, par l'indifférenciation relative du travail exercé par les membres de l'équipe, va favoriser le transfert sur le cadre, le transfert sur la maison. Cela veut dire que les patients vont se mettre à être et à faire comme chez eux, comme à la maison.

Notre avantage est que nous ne sommes pas dans la même proximité affective que leurs proches et la nature de notre travail sera de constater, synthétiser et analyser ce qui se passe entre eux et nous pour comprendre ce qui met le patient en tension, ce qui le met en crise, ce qui, dans ses stratégies relationnelles, le désadapte au réel.

C'est par ce travail que le résident peut s'approprier la crise à sa juste dimension, c'est-à-dire comme le travail inhérent et nécessaire au changement et à la maturation psychique. Ce travail est d'autant plus opérant qu'il laisse aussi de la place au *vide*, espace d'émergence des possibles où le résident peut expérimenter sans attaque son positionnement en sujet. Le travail d'individuation va pouvoir ainsi se travailler petit à petit dans le bain relationnel de la MAP. Le patient va ainsi avancer au rythme du séjour, au rythme des séparations et des expériences groupales dans une réappropriation de son histoire personnelle.

Lors d'un entretien bilan je m'étonne auprès de Sarah de sa façon d'être avec le reste du groupe, elle me dit qu'elle ne voit pas pourquoi c'est à elle de s'adapter au groupe et pas l'inverse, je l'invite à réfléchir, car le sujet me paraît intéressant, au bilan suivant elle dira combien son agressivité est façonnée par celle de son père, et déprimée, fera le constat qu'aucun homme n'est resté avec elle plus de quelques semaines, qu'elle perd toutes ses amies...

Enfin, de plus en plus, pour favoriser le travail de séparation et d'individuation, nous sommes amenés à rencontrer les familles. Cet accompagnement va d'une seule rencontre jusqu'au démarrage d'un authentique travail de thérapie familiale pour certaines d'entre elles.

Les tiers au dedans

Tout ce travail ne pourrait pas se faire sans l'autre partie de l'équipe qui rencontre le patient en dehors de la vie quotidienne dans des cadres précis que nous avons volontairement réservés pour la fin du texte. Il s'agit d'abord du psychologue, qui anime la réunion des résidents du mercredi, qui est le maître de stage des trois stagiaires, qui passe dans la journée pour échanger avec le soignant présent et qui participe à notre réunion clinique hebdomadaire. De par sa distance, il joue un rôle de tiers et nous aide à nous distancier, à analyser notre contre-transfert quand nous sommes aux prises avec la puissance des défenses psychotiques. C'est lui aussi qui porte le plus souvent la réflexion vers la psychothérapie institutionnelle. Cette dimension est travaillée lors de nos réunions cliniques où tout ce

qui a été vécu par les soignants de façon parcellaire, tout notre matériau trop riche parfois, trop pauvre à d'autres moments et qui parfois inclut les rêves des soignants pendant leur nuit à la MAP, dans son assemblage vient nous éclairer sur ce qui peut être à l'œuvre dans cette vie commune entre résidents et soignants à certains moments.

Puis, il y a le médecin psychiatre de la MAP. Il effectue ce qu'on appelle des entretiens bilans tous les dix jours avec un soignant. Lors de ces entretiens, nous faisons le bilan du séjour avec le résident et nous ouvrons vers des axes du travail respectant le projet des soins. C'est aussi lors des entretiens bilans que s'effectue le travail de la *restitution*, c'est-à-dire de ce qui a pu se travailler en équipe à propos du résident en termes compréhensibles par lui. C'est le *médecin de la maison*, il ne prescrit pas de médicaments, il rappelle ainsi que *nous ne sommes pas les soignants de la personne, mais les soignants de sa crise* pendant deux mois. Malgré sa présence *la maison n'est pas considérée comme médicalisée* n'ayant comme axe principal que le soin psychothérapeutique. Il est garant du fait que le jeu psychothérapeutique puisse se déployer dans la maison en toute sécurité et dans le souci de préserver les capacités et les défenses du résident.

Enfin, les thérapeutes extérieurs qui viennent dans la maison effectuer des entretiens psychothérapeutiques avec les patients. Leur présence signifie que les soignants acceptent de confier le résident à un autre soignant plus à distance, qu'ils acceptent de ne pas être tout et vouloir tout savoir des résidents qui ont ainsi un espace plus confidentiel. Ils nous aident à échapper à la toute-puissance soignante et à nous positionner comme soignants du groupe des résidents dans le quotidien régulant les mouvements de séductions narcissiques.

Arthur, grand passionné de world of warcraft, est arrivé à la MAP comme s'il sortait d'une caverne où il était resté plusieurs années. Le teint livide et amaigri en début de séjour, il est ressorti deux mois après avec quelques kilos du plus disant à son médecin quelques semaines après sa sortie « à la MAP, on mange, on dort et ça soigne ».

Dans notre travail clinique avec la psychose nous proposons un temps et un lieu pour la crise, un temps et un lieu d'humanité partagé. La créativité des soignants, l'engagement militant sont là pour « survivre », pour « réanimer » pour « jouer » avec une clinique réputée difficile pour des patients confrontés à ce que Pierre FEDIDA décrit comme « *le sentiment douloureux de perte de leurs humanités* ». Pour mieux comprendre cette clinique du quotidien, nous vous invitons à visiter ces lieux qui les accueillent, ici pour la MAP, la Velotte à Besançon, Soteria à Bern, les communautés thérapeutiques de Villeurbanne, du Québec et d'ailleurs.

Texte écrit en collaboration avec l'équipe de la MAP
Quentin RAFFARD, psychologue clinicien