

Des "petits groupes" de Bion au travail institutionnel

Frank DROGOUL

Paris

"Pour faire partie du "petit noyau", du "petit groupe", du "petit clan" des Verdurin, une condition était suffisante mais elle était nécessaire : il fallait adhérer tacitement à un Credo dont un des articles était que le jeune pianiste, protégé par Mme Verdurin cette année-là et dont elle disait : "ça ne devrait pas être permis de savoir jouer Wagner comme ça!", "enfonçait" à la fois Planté et Rubinstein et que le docteur Cottard avait plus de diagnostic que Potain. Toute "nouvelle recrue" à qui les Verdurin ne pouvaient pas persuader que les soirées des gens qui n'allaient pas chez eux étaient ennuyeuses comme la pluie, se voyait immédiatement exclue. Les femmes étant à cet égard plus rebelles que les hommes à déposer toute curiosité mondaine et l'envie de se renseigner par soi-même sur l'agrément des autres salons, et les Verdurin sentant d'autre part que cet esprit d'examen et ce démon de frivolité pouvait par contagion devenir fatal à l'orthodoxie de la petite église, ils avaient été amenés à rejeter successivement tous les "fidèles" du sexe féminin."

Marcel PROUST. A la recherche du temps perdu; bibliothèque de la Pléiade, tome I p. 188

Bion et la théorie des petits groupes.

Le pionnier dans l'application de principes psychanalytiques au traitement des collectivités est Bion. Celui-ci, psychiatre dans un hôpital militaire de quatre cents hommes pendant la deuxième guerre mondiale, devant l'impossibilité de traiter les cas individuels, a pris l'initiative de transposer les méthodes freudiennes et kleiniennes aux groupes comme tels.

Cette pratique l'a amené à énoncer deux principes :

1. Sous les tâches communes conscientes et rationnelles sont spontanément à l'oeuvre des émotions et réactions collectives qui stimulent ou entravent le fonctionnement adapté du groupe. Ces deux niveaux, le conscient et l'inconscient mobilisés par le groupe, correspondent approximativement aux processus secondaire et primaire de la théorie analytique.
2. La situation en groupe produit automatiquement des affects plus ou moins partagés par tous les membres que Bion nomme présumés ou hypothèses de base (littéralement : "*basic assumption*").

Ainsi définit-il trois cas de figures différentes.

a) la *dépendance* où le groupe se met sous la protection d'une puissance bénéfique, le meneur de Le Bon dans "*La psychologie des foules*", le führer de Freud dans "*Psychologie collective et analyse du moi*", la "bonne mère" de Mélanie Klein, sorte de pôle que Bion appelle leader, mais qui peut être aussi bien une idée ou un objet inanimé qu'un individu élu par le groupe.

b) le *couplage* quand se constitue un sous-groupe qui polarise une attente jusque là diffuse dans tout le groupe, que Bion qualifie "d'espérance messianique". En effet, dans cette figure le "leader" ne doit pas encore être né, parce que c'est l'attente de son incarnation qui soude le groupe lui-même. La notion de "couple" ici ne signifie ni une stricte dualité, ni la différence sexuelle. En effet, les trois hypothèses de base de Bion correspondent à des positions régressives jusqu'à un stade archaïque et prégénital.

c) l'hypothèse de base *attaque-fuite* apparaît lorsque le groupe se sent menacé par un risque de décomposition interne. On pourrait interpréter ces alternatives de peur ou d'agression comme la réactivation des réactions ambivalentes du nourrisson devant l'image clivée de la mère primordiale.

La première hypothèse pourrait être mise en correspondance avec l'interprétation que Freud fait de l'Eglise, la troisième, avec celle de l'Armée et Bion définit l'Aristocratie comme modèle de l'hypothèse du groupe de couplage.

La pente naturelle de chaque groupe le conduit à se constituer selon l'hypothèse de base qui lui est la plus économique affectivement. Mais lorsque les tensions deviennent trop fortes, la recherche d'un équilibre énergétique minimal pousse le groupe à basculer vers une des deux autres hypothèses, souvent par l'émergence d'un sous-groupe ayant déjà les caractéristiques de ce nouvel équilibre.

Cependant la finalité des groupes est de maintenir leur existence ou leur identité indépendamment du contexte temporel et spatial. Ils éprouvent ainsi tout ce qui menace cette auto-conservation comme persécuteur.

La peur devant le changement, la répétition, la ségrégation miment au niveau du groupe un comportement psychotique. C'est pourquoi Bion relève certaines attitudes communes aux trois hypothèses de base telles que le rejet de toute nouvelle idée, l'intemporalité, l'étanchéité à l'égard des influences extérieures, la dépersonnalisation des individus constituant du groupe. De plus nul ne peut prétendre à la fonction de leader du groupe de base qu'en s'identifiant totalement à l'imaginaire réactivée par ce groupement.

Dans ces conditions quelles capacités d'intervention peut-on espérer ?

Bion insiste sur la nécessité de construire des *groupes de travail* dont la finalité viendrait s'opposer à l'inertie des hypothèses de base inhérentes, comme nous l'avons vu, à tout groupe. Ainsi, *"Il n'est pas possible pour un individu de rester distinct des autres dans un groupe agissant selon les hypothèses de base..."* En opposition à une telle inertie, ***...L'organisation et la structure sont les armes du groupe*** (souligné par nous) *de travail. Elles sont le fruit de la coopération entre les membres du groupe et elles ont pour effet, lorsqu'elles sont bien établies, d'exiger une coopération plus grande encore entre les individus. Un groupe fondé sur une hypothèse de base n'a besoin ni d'organisation ni de capacité de coopération. La contrepartie de la coopération dans le groupe de base est la "valence" - c'est-à-dire la fonction spontanée et inconsciente de l'aspect grégaire de la personnalité humaine."*

Selon Bion, la fonction de l'analyste consiste à permettre au groupe de réfléchir son propre fonctionnement et donc ses dysfonctionnements.

Il s'agit donc de constituer des groupes structurés de telle sorte qu'ils évitent la répétition et l'autonomisation, seule condition pour les voir s'affranchir des hypothèses de base et donc de préserver ou même de reconstituer la personnalité des individus en jeu. Ceux-ci retrouveraient ainsi leur capacité d'innovation à l'occasion des relations transférentielles que le dynamisme du groupe permet.

Groupes et organisation institutionnelle.

A partir de la base méthodologique que nous propose Bion, nous pouvons essayer d'articuler une théorie institutionnelle qui éviterait l'engluement des divers regroupements dans un fonctionnement archaïque, psychotique, ne pouvant se départir des hypothèses de base définies par cet auteur.

En effet, toute vie institutionnelle engendre la constitution de groupes, formels ou informels, ceci par le fait même de la collectivité et des occupations quotidiennes.

S'il n'existe pas un minimum de stratégie institutionnelle, l'inertie collective associée à celle de la psychose conduisent à la constitution de relations interpersonnelles assez proches de ce que décrit Goffman dans "*Asiles*".

Le concept de "groupe de travail" est intéressant dans la mesure où il permet de nommer les différents regroupements fonctionnels et d'introduire une différenciation.

Dans cette optique, Félix Guattari définit le *coefficient de transversalité* qui s'oppose à deux autres paramètres :

- la *verticalité*, retrouvée par exemple dans la structure pyramidale de la hiérarchie hospitalière;

- l'*horizontalité* réalisée chez les chroniques, dans la cour de l'hôpital où, face "*à un certain état de fait, les choses et les gens s'arrangent comme ils peuvent de la situation dans laquelle ils se trouvent*". Dans l'horizontalité donc, les individus s'identifient entre eux au point de devenir interchangeables.

La transversalité est ainsi définie : "*Seule la mise à jour d'un plus ou moins grand niveau de transversalité, que pourra arriver à faire naître, pendant un temps (car en la matière, tout se trouve toujours remis en question), un processus analytique, ouvrira la possibilité aux individus de se servir du groupe comme d'un miroir. Alors, tout à la fois l'individu manifestera le groupe et lui-même. Si c'est le groupe en tant que chaîne signifiante pure qu'il rencontre, il pourra se révéler à lui-même, au-delà de ses impasses imaginaires. Mais si au contraire c'est un groupe profondément aliéné dans son imagerie déformante qui l'accueille, le névrosé trouvera l'occasion inespérée d'un renforcement de son narcissisme, tandis que le psychotique pourra continuer de se consacrer en silence à ses passions universelles.*"

Sans cette recherche volontariste, nous observons une quotidienneté *asilaire* qui se partage entre deux sortes de fonctionnements *territoriaux* dont les prototypes sont d'une part l'agglutinement des soignants dans le bureau des infirmiers, et d'autre part l'appropriation d'une activité par un individu ou un groupe, que ce soient des soignants ou des soignés.

L'homogénéité rencontrée dans des groupes qui défendent leur lieu et leur identité commune contre un extérieur menaçant, ne répond pas en effet au même mécanisme que celui en vigueur dans des activités où un individu est amené à investir dans le groupe toute la force de son moi idéal empreint de toute-puissance imaginaire.

Ces deux formes de *territoires* (terme défini par les thérapeutes institutionnels dans les années cinquantes en référence à l'éthologie) se caractérisent soit par un regroupement défensif, quasi d'assiégé, soit par un investissement compulsif sur un lieu symbole d'un privilège réel ou imaginaire.

Comme illustration du **premier cas**, nous pouvons prendre les équipes de 3-8, où l'on trouve souvent un besoin de reconnaissance collective, dicté par ce niveau d'*horizontalité* où il faut, par définition, se protéger tous ensemble contre les risques que représentent toutes les autres instances, aussi bien les autres équipes soignantes que les malades eux-mêmes en tant que groupe. Dans ce mode de fonctionnement, toute idée nouvelle, toute intrusion dans l'équilibre acquis est à effet déstabilisant. En dehors des considérations hiérarchiques réelles ou imaginaires, c'est bientôt toute sollicitation extérieure qui devient menaçante.

On voit ainsi les nouveaux intégrés à l'équipe reprendre à leur compte, en quelques semaines, et ceci de façon parfaitement automatique et inconsciente les griefs contre l'étage supérieur, ou le bâtiment d'en face...

Dans cette appartenance commune, chacun, même si ses intérêts propres et ses buts personnels ne coïncident pas directement avec ceux du groupe, fera "siens" les choix collectifs.

*"Le groupe appelle et suscite ainsi des partenaires un comportement de dimension éthique. Il instaure un système d'échanges où le **don** et le **renoncement** se comptabilisent en **dépenses**, tandis que la sécurité s'inscrit en **recettes**. Il instaure le primat du Nous sur le Je, par le canal de l'identification."*

Toute personne ayant séjourné un certain temps en institution psychiatrique a connu ces "nous", "on", "eux" qui écrasent toute possibilité de s'adresser à un individu personnalisé.

Il est toujours troublant d'entendre des patients hospitalisés depuis plusieurs mois, voire plusieurs années, parler des infirmiers sans même prononcer leur nom ou prénom : "l'infirmier du premier étage", "celui du matin qui a une moustache"...

Le problème se situe plus dans le fonctionnement institutionnel, que dans la réalité de ces types de groupes surmoïques. Si le champ imaginaire du surmoi groupal se retrouve matérialisé dans un espace géographique et temporel clos et unique, il mènera à la sclérose de toute individualité dans l'enceinte professionnelle. Le "nous" s'habille à sept heures du matin, et l'individu vaque à d'autres identifications à treize heures.

Le malade n'a plus la possibilité de se situer en fonction de références multiples et reste perdu dans la symptomatologie du lieu. C'est ainsi que l'on retrouve des symptômes communs dans certains services : on connaît les services de fugeurs, de briseurs de carreaux, d'hystérisation ou, au contraire, d'apragmatisme extrême.

Le style de découpage hiérarchique, spatial et temporel, favorise la formation de ces groupes "surmoïques" qui conduisent à une mécanisation du travail, avec immobilisation ou tendance à l'inertie, et figent les personnes dans un rôle arbitraire. Cette hiérarchie classique que tout infirmier a connu, vient renforcer ce phénomène par des frustrations arbitraires dans le quotidien ; les jeunes sont plus souvent de corvée de linge sale ou font la permanence téléphonique pendant les réunions quand ils n'ont pas le souvenir d'avoir dû, entre sept et neuf heures du matin, laver le dessous des radiateurs du pavillon ! A cela s'ajoute maintenant la fonte des effectifs.

Ces groupes *horizontaux* oscillent entre un fonctionnement *attaque - fuite* envers tout individu soupçonné de vouloir ignorer la nature des rivalités avec les autres équipes, et l'espérance messianique consécutive à l'hypothèse de base qu'est le *couplage*. L'espoir messianique a comme caractéristique de ne devoir jamais advenir sous peine de mettre en péril l'équilibre du groupe. Ainsi voit-on des projets d'un futur idéalisé ou d'une utopie thérapeutique, d'un extérieur paré de toutes les qualités, animer des équipes pendant des mois voire des années, ces projets les dispensant de s'interroger sur l'inertie et l'aliénation quotidienne de leur lieu de travail. C'est pourquoi lorsque le projet en arrive à se réaliser, il y a si souvent crise institutionnelle, éclatement des équipes - et "désillusion".

Le **deuxième type** d'existence dans un territoire d'activité est tout autre. Il peut être considéré comme une tentative d'identification complète du "moi idéal" du sujet avec le rôle tenu en ce lieu, ou avec ce lieu lui-même à la mesure de son importance dans le collectif : par exemple un patient "se prend" pour le bar en s'identifiant à sa fonction et ceci de façon d'autant plus massive qu'un "groupe" des serveurs n'est pas institutionnalisé face au groupe des consommateurs.

De cette place, le soignant ou patient responsable ne cherche pas réellement le regard du groupe, mais son propre fantasme de se sentir regardé. "*C'est de son propre regard qu'il s'agit, et qu'il place - se regardant - dans les yeux préalablement rendus aveugles du groupe.*"

Paradoxalement, ce sujet construit de façon active le groupe ou l'activité, y investit un courage et un attachement décisifs, mais le groupe est utilisé sur le plan de l'imaginaire, dans le but d'être la scène articulatoire d'un "rôle" investi d'un fantasme de toute puissance.

Ce groupe "spéculaire", s'il devient indispensable au leader, ne tarde pas à se trouver réduit à la passivité totale. C'est l'identification au rôle, compensation imaginaire des désirs insatisfaits, qui est le moteur de l'investissement du leader.

De la part des autres participants, ce fonctionnement territorial va répondre à la catégorie de ce que Bion appelle *groupe dépendant*, groupe uni autour d'un leader qui est tenu de garder sa place. Si, de lui-même, ce dernier tente de mettre en doute le pouvoir divin qui lui est assigné - et ce ne peut être le fait que d'un soignant conscient de son rôle thérapeutique -, il risque de devenir le *mauvais objet* du groupe. Dans ce groupe, écrit Bion, le leader devient le récepteur de ce que Mélanie Klein a appelé *identification projective*.

Toute idée nouvelle est dangereuse pour la cohésion collective, sauf si elle émane du leader. Si celui-ci, comme nous l'avons vu, s'identifie à son rôle propre, s'il n'est pas prêt à accepter la perte du pouvoir imaginaire lié à son statut, il ne pourra supporter que ses vassaux aient quelques exigences.

Dans un fonctionnement de ce type, on remarque souvent un abandon subit du groupe par celui-là même qui le dirigeait, sans qu'apparemment cet abandon lui crée de scrupules. Ainsi nombre d'activités sont délaissées un beau jour sous prétexte d'autres tâches sans que ceci ne soit même discuté avec les partenaires; des bars vides rappellent, dans un coin d'un service, qu'un beau jour, le désir d'habiter l'espace a avorté.

A ce niveau d'aveuglement du groupe, la parole perd sa nécessité et devient accessoire. Les échanges entre les individus se sclérosent devant l'image toute puissante du leader, ce qui n'est pas pour déplaire aux tendances isolationnistes des psychotiques.

La disparition progressive de la parole et des échanges entraîne l'inertie de la chronicité - c'est l'image-type du chronique asilaire qui a compris qu'on ne l'ennuyera plus s'il va continuer ses rêves dans une salle d'ergothérapie - ou, de façon plus insidieuse, la désertion graduelle de l'atelier. Devant cette désertion, le leader, qui commençait à se lasser, tentera lui aussi de se faire oublier par le collectif pour vaquer à ses plaisirs autonomes

Certains ateliers continuent ainsi à être inscrits sur l'emploi du temps général des activités, mais peu à peu, les patients les abandonnent, un "chronique" se "sédimente", sert de caution au maintien purement formel de l'activité, et quelques infirmiers vaquent à leurs petites affaires. Mais plutôt que de pointer du doigt un manque d'entrain professionnel, nous devons nous inviter à réfléchir sur la nature des articulations des différents groupes institutionnels qui peut sécréter un tel symptôme local. Lorsque Ginette Michaud, s'appuyant sur les écrits de Levi-Strauss, définit les "institutions" comme outils collectifs permettant "*l'échange nécessaire*", elle nous rappelle par là que la mobilité des groupes institutionnalisés ne prend sens thérapeutiquement que dans une circulation générale :

"L'institution est une structure élaborée par la collectivité tendant à maintenir son existence en assurant le fonctionnement d'un échange social de quelque nature qu'il soit".

Comme toute définition, cette définition du concept est idéale et devra par la suite être tempérée. En effet, on observe quelquefois que l'institution n'assure pas le fonctionnement de l'échange et même, exception qui confirme la règle, le bloque en vertu d'un phénomène que nous appellerons inertie. En effet, le groupe lorsqu'il crée une institution se trouve dans le moment en accord avec elle, mais le groupe évolue, se modifie, ce que nous avons appelé sa 'demande' change ; si aucun pouvoir ne s'y oppose, il peut modifier ses institutions, sinon celles-ci risqueront de ne plus assurer leur fonction et de devenir aliénantes pour le groupe d'autant plus que celui-ci en a rarement conscience."

Sans un travail quotidien de remise en cause des effets d'aliénation sur et dans les institutions que le groupe soignant met en place pour servir sa fonction thérapeutique, on risque de glisser dans une critique trop rapide de l'institutionnel. "L'échange nécessaire" qui vient poser l'indication des groupes thérapeutiques dans l'enclature hospitalière s'adresse naturellement à l'échange inter-individuel mais est médiatisé par le respect voire la sollicitation d'un échange entre les institutions elle-mêmes (donc entre les groupes). La critique des ergothérapies qui a souvent entraîné, ces dernières années, la fermeture de nombreux ateliers qui ne contribuent alors qu'à aggraver "l'asilification" de la structure, est le résultat d'une méconnaissance de la dynamique de renfermement des groupes sur eux-mêmes, accentuée dans notre champ professionnel par les mécanismes d'isolement psychotiques. Faciliter les relations "économiques" entre les groupes (ce qui implique qu'il y ait d'autres activités paritaires que la seule ergothérapie occupationnelle) permet la souplesse des modes d'échange, et peut rendre

à l'ouverture ou au contraire la fermeture d'une institution devenue aliénante sa fonction structurante dans le groupe.

l'imaginaire institutionnel

Si l'on tente d'étudier ce qui se joue dans la dynamique décrite plus haut quant au renfermement sur eux-mêmes de ces deux types de groupes, une dimension commune semble se détacher. Tous deux se sont construits autour d'un équilibre qui ne supporte plus d'intrusion extérieure, ni d'idée nouvelle. Le sujet se ménage un territoire, même s'il n'est qu'unité indistincte parmi les "nous", et en exclut tout élément tiers qui pourrait apparaître entre lui et le groupe.

Dans cette relation fusionnelle des "nous", ou dans la relation spéculaire du leader face au groupe, ce qui est pressenti comme le danger fatal est l'intrusion de l'autre. Et si nous reprenons Lacan, dans sa conférence de 1953 - *le Symbolique, l'Imaginaire et le Réel* - nous pouvons saisir ce qui se joue alors : *"toute relation à deux est toujours plus ou moins marquée du style de l'imaginaire, et pour qu'une relation prenne sa valeur symbolique, il faut qu'il y ait médiation d'un tiers personnage qui réalise, par rapport au sujet, l'élément transcendant grâce à quoi son rapport à l'objet peut être soutenu à une certaine distance."* (souligné par nous tant cette "bonne" distance est ce qui est en jeu dans les problématiques psychotiques.)

C'est dans l'*imaginaire* que se constituent et se perpétuent les territoires ; nous retrouvons là Bion qui caractérise la tendance naturelle à tout groupe à se construire sur un mode psychotique.

Dans le premier cas décrit, le "nous" défensif est le meilleur évitement à la confrontation du principe de réalité. On peut s'interroger sur ce qui justifie les "nous" contre les "eux" quand rien ne différencie un couloir asilaire de son symétrique du service adjacent. Les centres hospitaliers modernes sont assez caractéristiques : sur un terrain généralement plat et vide, s'étalent des bâtiments tous semblables, construits habituellement chacun dans une symétrie parfaite afin de mieux permettre leur cloisonnement interne. Dans ces lieux, le coefficient *diacritique* tend vers le zéro car dès l'émergence de la différence, celle-ci se trouve coincée, prisonnière de la ségrégation spatiale et temporelle. Nous assistons à la réduction profonde du champ signifiant, lequel est noyé dans un univers uniformisé, où depuis longtemps les règles et les notes de service ont remplacé la Loi.

Dans le second type de groupe, nous assistons à une réappropriation de la toute puissance narcissique. Cette recherche du Moi Idéal devient vite incompatible avec l'émergence d'une Demande qui risque de mettre en péril cette position du grand Autre omnipotent. Cette appropriation du territoire tend à exclure tout ce qui pourrait dévoiler le manque constitutif du Sujet. On tombe ainsi dans une gestion des ateliers où, par principe, les malades mentaux sont considérés comme incapables de prendre des responsabilités dans leur fonctionnement, et reçoivent en compensation des *dons* de cet organisateur tout puissant. L'atelier vise une production matérielle, et la chaîne en amont et en aval de cette production n'est plus l'affaire des patients. On peut en arriver à vouloir "rentabiliser" la production de l'atelier en risquant d'oublier sa seule justification : créer un espace où une demande, une identification structurante, un "dire" puissent émerger. Sur l'autre versant nous pouvons assister au glissement vers le "tout thérapeutique" (art-thérapie, musico-thérapie, etc), postulat de base qui s'accommode très bien de la non-vie institutionnelle. Or, ce n'est que dans un second temps que l'on est en mesure d'entrevoir ce qui a pu être thérapeutique.

Notre propos se gardera bien d'affirmer que ces deux situations caricaturales se retrouvent systématiquement. La vigilance des soignants, la conscience de leur rôle thérapeutique, l'importance des réunions institutionnelles où l'on peut discuter des problèmes personnels rencontrés avec tel ou tel patient, où l'on peut mettre un arrêt aux rumeurs et à l'escalade persécutive entre les équipes sont autant de garanties pour éviter un dérapage trop envahissant dans l'Imaginaire, dans l'inertie des *hypothèses de base*. Ce dont il s'agit, c'est de faire apparaître le Tiers, qu'il soit symbolisé par l'éthique, l'analyse personnelle du soignant, ou la confrontation à l'Autre au cours des réunions.

En dernière instance, derrière ce tiers symbolique dont nous parlons, se dessine la Loi, la "castration". Et nous savons que l'effort perpétuel de l'être humain, ce qui détermine en fin de compte toute la nosographie psychiatrique, est justement l'évitement de cette castration, ce *roc originnaire* sur lequel Freud termine son oeuvre.

Le problème à résoudre dans un collectif qui veut garder sa fonction thérapeutique, est la mise en place d'institutions capables de tenir en échec les efforts inconscients, mais permanents, de chacun de ses membres pour s'arranger à sa manière avec la castration redoutée.

C'est pourquoi la psychothérapie institutionnelle insiste tant sur la circulation généralisée, et tend à promouvoir le maximum d'opérateurs capables de s'opposer aux tendances isolationnistes des individus.

C'est pour lutter contre l'institutionnalisation des "nous" que sont proposés les roulements des horaires afin de mettre fin à la stéréotypie des équipes.

Par opposition à la *territorialisation* asilaire, la mise en place de clubs thérapeutiques a rapport avec une fonction castratrice en tant que la castration est une coupure symbolique dans une masse imaginaire.

"C'est seulement sur l'espace oedipien que les identifications imaginaires formulées, réitérées ou bouleversées à chaque rencontre avec les autres arrêtent leurs poursuites infinies. La représentation infinie de tout le possible se heurte alors, non pas tant à la 'réalité', mais à la Loi".

Le soignant doit pouvoir lui-même renvoyer à d'autres signifiants, à d'autres instances. Il doit lui-même reconnaître ces instances, se présenter comme sujet castré, celui qui a aliéné sa liberté dans un contrat, le contrat oedipien.

La mise en place d'une telle éthique institutionnelle rejoint alors ce que Bion nous a enseigné sur la métamorphose des groupes régressifs en *groupes de travail*, lieux d'échange où peut s'élaborer une dissolution des hypothèses de base grâce à laquelle chacun se reconstitue progressivement comme personne.

Mais si dans l'intra-hospitalier la violence pavillonnaire ou les corvées quotidiennes (lever, repas, coucher) ne peuvent nous laisser oublier que nous avons affaire à des groupes - qu'ils soient organisés ou non -, l'extra-hospitalier crée une nouvelle situation qui peut conduire à limiter les interventions soignantes au seul niveau individuel immédiatement visible.

Extra-hospitalier et Groupes.

L'idéologie courante de l'extra-hospitalier actuel exigerait de limiter les lieux de rencontre des patients psychotiques aux "temps forts", de manière à éviter ce que certains nomment le "sitting chronicisant". Les prises en charges individuelles appréhendées comme base quasi-exclusive du suivi se multiplient sous forme d'entretiens au DHM (dispensaire d'hygiène mentale) ou de VAD (visite à domicile), et les groupes, pour les patients répondant aux indications, tendent tous à se structurer en *groupes de travail* fermés. Mais l'absence de lieu de rencontre informelle dans l'extra-hospitalier est l'exact symétrique de l'absence de construction d'un espace symbolique dans l'intra-hospitalier ; et le choix des groupes "fermés" vient en miroir avec le manque de circulation entre les différentes instances du secteur pour ce qui concerne la vie quotidienne des patients.

Les psychotiques passent donc souvent du magma souterrain de l'intra- au nulle part de l'extra-hospitalier, car c'est déjà faire preuve d'un certain stade de restructuration psychique que d'avoir pu garder des relations sociales à l'extérieur, dans cette cité trop vite idéalisée.

Flottant dans l'imaginaire "enfantin" - dans le sens de coupé de l'épreuve de la réalité - et appauvri par la non-inscription, le discours des jeunes schizophrènes cherchant un hébergement pour quitter l'hôpital est à ce titre saisissant. Ils n'entrevoient généralement comme occupation que de faire refaire leurs papiers - la proportion de patients les ayant perdu avant de se faire hospitaliser devrait pourtant nous alerter comme symptôme de leur désarrimage psychotique -, puis de chercher du travail en ces temps où, psychotiques et sans formation, ils ont si peu de chances. Soit l'équipe thérapeutique adhère à ce discours et se persuade de l'autonomisation rêvée, soit elle propose un hôpital de jour - de plus en plus obligatoirement à temps partiel - qui naturellement paraît d'abord incongru à un patient qui ne fréquente que très rarement l'ergothérapie intra-hospitalière. A la question : "Que faites-vous à l'hôpital ?", les réponses relèvent de la dénégation : "les gens y sont trop malades, il faut que je sorte de la psychiatrie", cette assertion devenant le refus d'une partie de soi. Si le soignant a lui-même projeté sur l'intra-hospitalier ses angoisses archaïques réveillées par le contact de la psychose, il risque d'arrêter son écoute à la victoire de la "partie saine" sur la "partie malade" du patient, pourtant si pauvrement élaborée.

Ce qui devrait attirer notre attention, car cela semble revenir à une sorte de forclusion signifiante dans le discours fondateur des pratiques psychiatriques habituelles, c'est l'oubli d'une "fonction signifiante" inscrite dans la loi : pour favoriser la réintroduction des patients psychotiques dans le monde de l'échange, la naissance du secteur psychiatrique a comme parti-pris la gestion de la santé mentale d'un même espace géographique par une même équipe. Nous sommes donc pris dans des groupes, formalisés ou non, de soignants et soignés, intra- et extra-hospitaliers. De plus, ces groupes sont dans plus de 80% des cas le quasi-exclusif espace social de nos patients psychotiques en dehors de leur famille, elle-même d'autant plus pathogène si elle reste omniprésente. Mais on assiste, en tout cas dans la région parisienne, à une évolution paradoxale : plus on ouvre les structures extra-hospitalières, moins le sentiment des équipes gérant ces structures est de faire partie du dispositif collectif d'un secteur.

Que cet espace social, espace relationnel, soit travaillé en fonction de la typologie de Bion ou au niveau de la "transversalité" définie par Félix Guattari, cela a un effet direct sur la Demande en tant qu'elle véhicule un désir qui se méconnaît à travers l'articulation d'une chaîne signifiante. Ainsi l'absence de liens institutionnalisés entre les différentes parties d'un secteur résultant du clivage théorique des équipes viendra renforcer le clivage intrapsychique des individus appelés à circuler dans cet espace.

L'exemple des sociétés d'entraide est à cet égard assez démonstratif. A l'origine, ce sont des associations à but non-lucratif, régies par la loi de 1901, qui devaient permettre la gestion des activités non directement soignantes. Qu'en reste-t-il trente ans après ? Les administrations hospitalières réduisent d'année en année leur subvention, au mieux en ne rattrapant pas l'indice de l'inflation, et préfèrent maintenir des comptes de régie pour la majorité des activités (régies cuisines, régies voyages thérapeutiques, régie extra-hospitalière, etc). Ces régies, avec leur fonctionnement plus ou moins arbitraire, favorisent les positions régressives des individus et des groupes ; pour toute dépense, on doit demander la permission à l'Autre, ce "Big Brother" qui fait la pluie et le beau temps ; il en résulte la pérennisation d'un certain type de Demande : "...sont privilégiées les Demandes orales et anales (comme l'explique Lacan : *Demande à l'Autre et Demandes de l'Autre*). Cette pyramide de systèmes de dépendance étouffe des configurations dans lesquelles entrent les objets partiels fondamentaux tels que le regard et la voix, objet dont l'importance n'est pas à souligner au niveau de la psychose. Il en résulte une dialectique restreinte qui fausse le métabolisme signifiant et fait glisser les systèmes fantasmatiques dans des stéréotypies régressives (sado-masochiques, exhibition, etc) "

Les soignants eux-mêmes, le plus souvent, ignorent les acquis que l'administration a dû consentir à ces sociétés d'entraide. On les voit, ici mimant une "pseudo-psychothérapie institutionnelle", demander une subvention - qui sera bien sûr d'un montant ridicule - pour un "club thérapeutique" bien distinct de la société d'entraide, là constituer une autre association pour l'extra-hospitalier ou les appartements associatifs, et partout (ou presque) oublier que l'argent mis à la disposition des sociétés d'entraide est aussi un outil pour faire circuler la parole d'un atelier à l'autre, de l'intra- à l'extra-hospitalier ; la gestion centrale de cet argent devrait naturellement conduire à l'ouverture d'un atelier qui viendrait alors "accrocher" ces patients dont le niveau culturel conduit le plus souvent à snober l'ergothérapie, et leur permettre ainsi de s'inscrire dans le collectif tout en l'enrichissant.

Devant tout désir de clivage émanant d'un groupe de soignants ou de soignés, nous devons nous interroger sur les mécanismes sous-jacents à ce désir en-deçà des explications rationnelles apportées comme justification. Mais devant la limitation de lieux de rencontre dans l'extra-hospitalier, et encore plus souvent l'absence de lien entre les groupes intra- et extra-hospitaliers, c'est le problème de l'espace institutionnel qui est posé.

De Gisela Pankow, au "corps institutionnel".

Gisela Pankow commence son livre *l'homme et sa psychose* ainsi : "*Dans le Monument pour une ville détruite, destiné à la ville de Rotterdam, Ossip Zadkine a réalisé en 1952-1953 un personnage déchiré qui lève les bras au ciel, en signe de détresse et d'imploration. Ce geste qui se déploie dans l'espace exprime l'espoir. Mais le corps de ce personnage de bronze est profondément mutilé : du haut de la poitrine jusqu'aux jambes, qui tout en chancelant soutiennent encore le corps, il n'y a plus ni chair ni os. Peut-on suggérer la destruction d'une ville plus profondément que par la destruction intérieure d'un corps ?*"

Cette métaphore inaugurale nous paraît pouvoir être transitive : la dislocation de l'espace social et intime ne vient-elle pas signer la dissociation psychotique ?

Pankow définit ainsi l'originalité de son travail : "*Pour Freud, le malade psychotique ne pourrait accéder à une psychothérapie analytique parce qu'il n'y a plus de dialectique entre lui et les autres. J'ai pu montrer ailleurs qu'il existe encore une dialectique chez le*

psychotique, mais une dialectique qui concerne la corrélation des parties et de la totalité. Cette dialectique, je l'ai traduite pour le travail psychothérapeutique, par l'image du corps que je définis par deux fonctions fondamentales. Ainsi "**la première fonction de l'image du corps** concerne uniquement sa structure spatiale, en tant que cette structure exprime un lien dynamique entre les parties et la totalité" alors que "**la deuxième fonction de l'image du corps** ne concerne pas la structure en tant que forme, mais en tant que contenu et sens." La dissociation schizophrénique et le "corps morcelé du névrosé" signent une destruction de cette première fonction ; mais à la différence du schizophrène où une partie du corps vient prendre la place de la totalité, le corps du névrosé maintiendra son unité quitte à sacrifier des parties. Pour ce qui concerne les psychotiques avec délire chronique non-schizophrénique, la première fonction de l'image du corps reste intacte, mais la deuxième est détruite ; ce sont les fonctions propres des parties du corps qui vacillent. La technique analytique de Pankow (essentiellement à base de modelage) s'attachera à offrir un espace de transfert dans lequel seront reconstruites ces fonctions structurales de l'image du corps afin d'ouvrir dans un second temps vers un travail psychanalytique sur l'histoire du sujet, laquelle ne peut être appréhendée par le patient tant que le monde spatial n'est pas réparé.

Le "corps institutionnel" peut présenter des constellations signifiantes - en tant que c'est "un signifiant qui représente un sujet pour un autre signifiant" - espaces potentiels d'autant de "greffes de transfert" dont parle Pankow.

La **fonction "club"** permet qu'à travers des investissements concrets dans des activités matérielles, l'organisation et la centralisation des ateliers offre à chaque patient mais aussi chaque infirmier ou autre personne travaillant dans le collectif, un pôle d'intérêt, une mobilisation de son désir. Par sa souplesse, cette fonction club permet d'accueillir les nouveaux venus dans leur singularité en leur laissant le loisir de créer une activité dont le groupe n'avait pas jusque là ressenti le besoin, ou d'en élargir d'autres. Le "club" fonde "l'économique" du collectif. Il enrichit le tissu social qui permettra aux patients de "commercer" avec leur semblables et les soignants : cela peut commencer par l'action la plus simple comme acheter des cigarettes ou un jus de fruit au bar, voire demander à son voisin de chambre de le faire pour soi si certains seuils sont encore trop menaçants. Mais cela peut aussi aider certains patients à retrouver un statut social que leur maladie leur avait fait perdre, en leur offrant la possibilité de créer, de prendre des responsabilités, de choisir un rôle.

Pour ces patients atteints dans leurs fonctions structurantes de l'image du corps, l'espace institutionnel nécessite des "praticables" pris dans la matière même du collectif, praticables permettant de travailler les liens entre les parties et le tout. Si l'on parle de réinsertion professionnelle, une fonction club, dans cette dimension devrait conduire, de nos jours surtout dans une ville comme Paris, à l'ouverture d'ateliers informatiques (traitement de texte ou comptabilité), cette dimension de réinsertion professionnelle n'étant que l'**en plus** d'un projet de soin. En effet tout ce réseau d'activités concrètes s'adresse à des sujets dans un espace de soin, espace de transfert. L'exemple que choisit Danièle Roulot dans son article *Greffe de transfert, bouture de fantasme* au sujet de la "feuille de jour" à la clinique de Laborde répond (nous semble-t-il) à cette problématique régulièrement mal posée entre soin et réinsertion ; cette "feuille" est rédigée par un groupe paritaire soignants-soignés, groupe ouvert, tenant sa permanence chaque soir entre 16 et 17h30 au bureau du Club ; elle a une histoire (elle a fait suite à plus d'un an de feuille hebdomadaire), est un espace d'accueil (on sait que chaque jour à cette heure il y aura quelqu'un) et remplit cette "fonction" de lien ; elle a également conduit, après moult réunions et assemblées paritaires, à l'achat d'un ordinateur qui, lui-même, est devenu un objet institutionnalisé (il se partage entre l'équipe de la feuille de jour, le journal, et

l'atelier comptabilité du club, et est un espace potentiel pour une activité traitement de texte qui pourrait faire rentrer des finances au Club, même si les programmes de jeu vidéo ont généralement plus de succès). Mais Danièle Roulot nous rappelle la dimension essentielle de cette "feuille de jour" : *"Je pense à une scène qui s'est passée il y a quelques années, où une rencontre sportive qu'on avait organisée avec d'autres services hospitaliers avait déclenché un état de fureur extraordinaire chez un schizophrène. Je crois que maintenant, avec la feuille de jour, ça ne se produirait plus, au sens où, même si on ne l'a pas lue soi-même, on sait que "ça" y est : l'intrusion, du fait de la Feuille, est en quelque sorte d'emblée intégrée"*.

Les psychotiques ont besoin, pour pouvoir s'ancrer assez solidement dans la temporalité, d'un espace au sens à déchiffrer, donc qui soit déchiffrable. En effet l'accession à un moi unifié se fait dans et par le discours de l'Autre, le corps de l'autre ; c'est pourquoi la dissociation affecte le langage, le corps, le transfert. L'espace intime devient à l'image de la béance archaïque : inhabité, il peut également être inhabitable.

De la même manière que c'est à travers les relations multiréférentielles dans le collectif soignant que la restructuration contra dissociative peut être maintenue au mieux, cet "Un" béquillé sur ces constellations transférentielles habitera un espace en s'appuyant sur l'intériorisation de l'espace collectif, l'espace sectoriel que nous proposons. Cet espace, il nous faut donc le faire exister, l'habiter nous-mêmes pour que chaque psychotique dans sa singularité y construise, y inscrive un imaginaire structurant. Mais pour qu'il puisse avoir accès à une certaine unité, il nous faut que ces "tenant lieu" d'espaces transitionnels multiples renvoient eux-mêmes à une structuration symbolisante.

Car si, pour les névrosés l'espace psychique semble être accessible dans son unité, c'est au niveau du corps que la béance structurale de la psychose nécessite un dispositif de réparation. Le "corps institutionnel", se doit lui-même de présenter ces passages entre les différents lieux d'inscription, lieux transférentiels dans la réalité quotidienne. Les clubs thérapeutiques se voulaient à l'origine l'outil "légal" - au sens d'inscrits dans la loi de 1901- permettant de matérialiser dans la réalité "l'unité du corps institutionnel", les passerelles entre les différentes activités. Un journal commun est rédigé par un groupe de l'intra- et de l'extra-hospitalier, un casier à serviettes dont l'idée a surgi autour d'une discussion sur l'espace du repas dans le foyer où nous travaillons a été commandé à l'atelier menuiserie de l'intrahospitalier : tels sont quelques exemples où nous tentons de maintenir la circulation entre les différents lieux de soin du secteur, où nous essayons de préserver "l'Unité du corps institutionnel" face aux tendances isolationnistes de la psychose en présentant des objets de l'intrahospitalier pouvant être investis comme "bons objets".

C'est pourquoi on est en droit de s'étonner des résistances des équipes soignantes à ce que les relations entre les lieux, les temps et les fonctions institutionnels soient matérialisées de façon à permettre à chaque patient de s'y inscrire selon son rythme.

La politique de secteur et l'entrée massive dans les années 70 de la théorie psychanalytique ouvrait un champ nouveau dans la "machine" psychiatrique à l'histoire si chargée et se situant au confluent de tant de domaines fondamentaux, parfois antagonistes de la vie sociale (économique, juridique, médical, familial, religieux, etc). La Loi, instance tierce qui justifie notre investissement désirant - donc soignant - nous offre un îlot de liberté : des espaces, des équipes, un secteur afin d'aider les malades mentaux à, au moins, mieux vivre leur quotidien.

Pour permettre ces fragiles greffes de transfert dans le collectif, et se donner la chance de pouvoir les travailler, le "corps institutionnel" devrait ouvrir à la dimension - déjà, par là-même, sous-jacente dès les premières rencontres - de la dialectique des parties avec le tout. Mais la tradition des équipes soignantes tend à considérer qu'en dehors des entretiens personnalisés (individuels ou en groupe), les synthèses et autres réunions institutionnelles sont les seuls outils collectifs capables de produire du "sens" dans l'histoire du sujet souffrant ; de là découle ce qui était nommé plus haut la "forclusion" d'un signifiant institutionnel référent à la loi : le secteur associatif, si faible soit-il, mis à la disposition du collectif psychiatrique dans son ensemble pour permettre que l'unité du corps institutionnel, et donc ses limites, soient inscrites dans les constellations signifiantes du Collectif.

Une des conséquences les plus visibles de cette appréhension analytique où la dimension "économique" de la vie quotidienne est volontairement ignorée se remarque au niveau de l'entretien psychothérapeutique. Chaque service, chaque secteur a ses traditions, mais on peut remarquer deux grandes orientations.

- Les services où faire un entretien en individuel est devenu LA transgression, - ceci s'accompagnant souvent dans l'intra-hospitalier de l'absence de rendez-vous réguliers. Mais si "l'entre-séance" résiste tant à s'inscrire symboliquement dans les prises en charge, c'est qu'il n'est ni travaillé au niveau du réel institutionnel, ni donc émergeable dans les productions fantasmatiques.

- Les dispensaires d'hygiène mentale (DHM) où, au contraire, "l'entretien" est investi par les soignants comme L'Espace de désaliénation revendiqué par les infirmiers sur le modèle des prises en charge médicales ou surtout psychologiques. On en arrive ainsi à rencontrer des patients n'ayant comme seule activité hebdomadaire qu'une suite de consultations en individuel avec des soignants différents, cette liste étant d'autant plus longue qu'ils ne peuvent répondre aux "indications" des institutions collectives mises en place par l'équipe sectorielle : non adapté aux différents groupes, pas de "projet" assez élaboré, crainte compulsive de la chronicisation dans la psychiatrie chez l'équipe soignante, etc.

Le refus de se servir des outils thérapeutiques que le collectif nous propose n'est pas sans effets. La liste des entretiens en individuel au dispensaire ou la multiplication des VAD (visites à domicile) ne devient-elle pas le stigmate du narcissisme soignant refusant de s'interroger sur les effets d'aliénation du dispositif de soin ?

C'est à travers l'errance désirante des nouveaux venus que pourrait se déchiffrer la nature des futurs rapports soignants-soignés. On assiste souvent à l'ennui du soignant qui attend d'être comblé par Sa file active d'entretiens (rédempteurs pour le soignant assurément) ou de VAD. C'est à ce niveau que, sans qu'on le veuille vraiment, prise en charge individuelle et dispositif collectif de l'accueil rivalisent. Il n'y a pas de modèle de prise en charge qui serait LE bon ; la possibilité d'entretiens collectifs où chacun a sa position dans la constellation transférentielle, et le droit pour un infirmier de recevoir un patient dans un bureau sont le minimum qu'un collectif puisse offrir pour qu'une parole vraie y ait droit de cité. Mais le temps soignant n'étant pas extensible à l'infini, dégager du temps pour construire ce que nous avons appelé le "corps institutionnel" nécessite de faire des choix dans la nature des prises en charge.

Mais pour pouvoir donner de son corps, de son temps, afin de construire cet espace d'accueil restructurant, cela demande que soient interrogées toutes les panoplies imaginaires. On peut faire confiance à l'Etat : il reprend toujours dix fois ce qu'il a pu donner. Les tracasseries

administratives, les abus hiérarchiques ont dégoûté plus d'une bonne volonté. Mais il nous faut constamment réajuster la théorie analytique elle-même, non pas en tant que théorie mais en tant que pratique psychiatrique telle qu'elle s'est vulgarisée.

Prendre comme "Décision" de mettre en mouvement cet espace à naître, et penser stratégiquement les interventions nécessaires - interventions quasi chirurgicales dans leur dimension décisives quant à la vie ou la mort institutionnelle - nécessite de donner de son **temps** pour organiser ces scènes institutionnelles d'où pourraient advenir des effets de sens dans ces corps et histoires en dérive.

Et il reste à penser ce que pourrait être un "espace habitable" dans une ville comme Paris, qui puisse métaphoriser ces fonctions de la dialectique entre les parties et le tout, et éviter de tomber dans les guerres territoriales.

Le paysage psychiatrique parisien présente en effet la panoplie de toutes les configurations de clivage - inconscient ou mili-tant - des structures de secteur :

- Ici, l'opposition habituelle entre le système associatif et l'institution psychiatrique a conduit à la séparation pure et simple de tout l'extra-hospitalier associatif de son secteur d'origine. Il est désormais hors secteur, associatif, composé d'un foyer et d'un hôpital de jour. Ironie, les origines sectorielles persistent à s'afficher par le partage obligatoire des locaux avec le DHM du secteur originellement tuteur !

- là, le "centre de crise" avec durée d'hospitalisation limitée à huit jours est adjacent à une porte de l'hôpital de jour. Par choix institutionnel de bien différencier les lieux, cette porte est hermétiquement condamnée.

- là encore, l'hôpital de jour intra-hospitalier reçoit dans ses locaux le "Club" du secteur, mais les portes de communication avec les pavillons sont closes et les équipes bien différentes

- partout naissent les projets d'appartements thérapeutiques ou associatifs (se loger devient impossible avec une pension d'invalidité) même quand il n'y a aucune structure d'accueil extra-hospitalière (et encore moins intra-hospitalière si l'on en est "sorti") autre qu'un DHM et le CPOA (Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil).

- depuis quelques années ouvrent des CATTP (Centre d'Accueil et de Thérapie à Temps Partiel). Ils sont généralement extérieurs aux autres locaux du secteur, organisés par une équipe réduite, donc ouverts à temps partiel - déjà après deux ou trois ans de fonctionnement, certains sont vécus comme espaces de chroniques aux indications restreintes - et rarement les activités qui y sont proposées sont institutionnalisées avec les activités proposées dans les autres structures du secteur dans un souci de compréhensions pour les patients dissociés.

C'est pour ainsi dire à contre courant de ce qui est la Norme que nous essayons dans notre secteur de mettre en place un espace thérapeutique tel qu'il est conceptualisé dans cet article. Le foyer (aux heures d'ouverture 17-9 heure le lendemain) partage ses locaux avec le Centre de jour aux horaires symétriques (mais régi par la théorie des groupes fermés sans passerelle entre eux autre que la synthèse soignante), et le DHM. Ce foyer de neuf places reçoit chaque soir plusieurs invités à sa table. Mais ceux-ci, passifs, restent isolés de l'heure du goûter (17 heure) à celle du repas (19 heure) sauf le vendredi où se tient l'atelier "journal" et actuellement le jeudi où, autour d'une stagiaire un groupe pâtisserie-aniversaires les accueille.

Cela a pris un an pour que ce journal reparaisse mensuellement, conjointement pris en charge par un groupe de l'intra-hospitalier et ce groupe du vendredi mais la qualité de notre "Petit écho" va en s'améliorant. Une longue interview de soignantes responsables de l'appartement associatif qui a ouvert à la porte de Paris début 91 a centré le n°4, suivi dans le n°5, de celle de la responsable de la société d'entraide du secteur. L'équipe des "journalistes" se rode et s'étoffe, surprenant les soignants qui l'animent. Une activité diffuse au DHM-foyer voit un nombre croissant de patients demander à apprendre le traitement de texte prenant prétexte d'articles, de recettes (celles des derniers repas ou desserts "thérapeutiques"), ou de curriculum vitae. En somme, un nombre croissant d'objets institutionnalisés permet à cette activité informatique de fonctionner de manière informelle par la simple dynamique des *"relations complémentaires"*.

Un bar dans la salle à manger située au rez-de-chaussée de l'immeuble a été commandé à l'administration depuis bientôt un an. Les travaux commencent actuellement. Il devrait le ferment d'un espace d'accueil autre que des plaintes, devant être géré par un groupe paritaire, constitué dans un premier temps des pensionnaires du foyer et de leurs invités ; l'équipe se réunira au moins une fois par semaine dans un groupe de gestion, "groupe de travail" (au sens de Bion) pour les soignants y intervenant. Le but immédiat recherché est de pouvoir offrir une multiplicité de fonctions pour que les invités du foyer ou d'autres patients isolé passant au dispensaire puissent rester dans cette salle en contribuant à ce qu'elle soit habitée - on tache ainsi d'éviter la pente des "salles aux pas perdus".

Plusieurs "groupes de contrôle" fonctionnent avec régularité en parallèle des synthèses. L'un rassemble les ASI (agents spécialisées d'intérieur) afin qu'elles puissent garder leur position soignante malgré leur statut a priori purement administratif ; un nouvel ouvrira certainement plus spécifiquement autour des prises en charge du bar. Nous cherchons la réunion institutionnelle la plus adaptée à recevoir les retours thérapeutiques des investissements sur cet espace d'accueil.

Grâce à l'étoffeement régulier des réseaux d'échange les accueils à temps partiel sont facilités ; les indications pour le foyer peuvent se travailler sans avoir à attendre une date pour une place disponible (avec neuf lits et une durée non limitée a priori, elles sont peu fréquentes). Joseph par exemple, un patient cultivant depuis des années les ruptures de prises en charge dès sa sortie de l'hôpital a même pu bénéficier d'un court séjour de cinq semaines au foyer, une place ayant déjà été réservée avant sa demande ; le temps de greffes transférentielles, d'une inscription dans un hôpital de jour, d'un statut de vendeur du "Petit écho", et la sauce tient, si l'on peut dire (il vient prendre ses repas du soir au foyer). Ce bar décuplera les possibilités, accélèrera des sorties car celles-ci ne signeront plus la rupture plus ou moins obligatoire. Mais il n'est pas donné que l'ouverture de ce bar ne vienne pas casser l'ambiance familiale du goûter sans pour autant présenter une scène d'accueil différente mais vivante, où du désir circule. Les heures d'ouverture initiales seront de 16h à 18h 30. Mais une réelle dynamique institutionnelle ne peut pas se décider à l'avance. Et un CATTP est en voie d'ouverture à cinq cent mètres du DHM-foyer (si l'administration consent à payer le loyer) ; quels liens organiques se tisseront entre les populations fréquentant ces différents lieux sectoriels ? Nous n'en savons rien mais un désir de continuer à cultiver les passerelles institutionnelles paritaires semble assez fort. Bref, du travail nous attend sur cet espace institutionnel ; les cures s'en trouveront complexifiées mais enrichies, et les colonnes de ce journal vous présenteront dans un des prochains numéros la suite, cette fois plus clinique, de notre entreprise.