

Youcef **Boudjemai**

Dans un CHRS

Une expérience sociale de « dépsychiatisation »

Longtemps, la réinsertion des malades mentaux ne concernait qu'une minorité d'acteurs du champ psychiatrique.

La création dans le nord de la France de l'AMPS (Association médico-psycho-sociale) en 1977, qui donnera naissance, en 1983 dans la métropole lilloise, à un établissement social de type CHRS (Centre d'hébergement et de réinsertion sociale) non médicalisé, dénommé Agora. Celui-ci accueillera exclusivement des adultes sortant de

> Y. Boudjemai es consultant fomateur dans le secteur social et médico-social ;
Président d'ARF/EESTS Nord-Pas-de-Calais. Mail : youcef**boudjemai**@gmail.com

l'hôpital psychiatrique et témoignera de l'intérêt de cette question de réinsertion pour des travailleurs sociaux. L'orientation de cette association fut fortement influencée par le mouvement désaliéniste qui contribua à la politique de sectorisation et par les courants de critique de la psychiatrie, voire l'antipsychiatrie. La tentative des militants de l'AMPS aura été d'opérer un point d'articulation entre le politique, le social et le médical, un lieu d'exercice, de pratique de la dialectique concourant à ces trois niveaux de la réalité sociale, sans laquelle l'insertion des malades risquerait de n'être qu'une simple délégation, par l'hôpital, de la gestion sociale de la folie à des travailleurs sociaux. Du côté des travailleurs sociaux qui animaient Agora, l'enjeu résidait, en dehors de toute exemplarité et de tout héroïsme, dans la volonté de catalyser de nouveaux types de pratiques impliquant les malades mentaux et leur environnement. Toutefois, l'itinéraire d'Agora aura été une expérience de travail inter-référentielle : une grande partie du travail de ces professionnels fut de gérer les interférences, en particulier avec la psychiatrie. C'est le récit « agorien » de cette aventure durant sa période de gestion par l'AMPS (1983-1989) que propose ce texte en assumant ses lacunes, ses approximations et ses partis pris. Loin d'être isolée, une telle expérience constitue néanmoins une modeste contribution au patrimoine collectif du travail social.

Le « procès de la folie »

L'aventure a démarré d'un secteur psychiatrique de la métropole lilloise regroupant 6 villes de la banlieue. En 1977, Jean Luc Roelandt y fut nommé chef de service du secteur de la psychiatrie adulte accueillant plus de 300 malades mentaux chroniques, parmi lesquels une soixantaine d'« agités » provenant de toute la région et de la prison de Loos-lez-Lille, parqués dans le pavillon de force régional. La sectorisation y est balbutiante. La pratique en rupture avec l'institution asilaire issue du XIXe siècle se met modestement en place : mixité, ouverture des portes, retrait de la blouse blanche, accueil des parents, contrat thérapeutique... Ces changements n'ont pas manqué de produire des tensions et des clivages dans l'équipe soignante et l'hôpital. Quant à la réinsertion sociale des malades mentaux, elle demeure un problème crucial. La forte réticence des structures sociales et médico-sociales existantes à l'accueil des patients psychiatisés fut vécue comme une véritable impasse par l'équipe soignante du secteur. C'est dans la perspective d'un dépassement de cette situation que se crée l'AMPS. Ce cadre associatif, indépendant de l'hôpital, rassemblait des personnes d'horizons divers (soignants, élus, enseignants, travailleurs sociaux...) engagés dans la lutte contre l'exclusion sociale des psychiatisés par une volonté commune de changer le système asilaire et de développer la sectorisation psychiatrique. Les premières actions de l'AMPS portaient sur la sensibilisa-

Dans un CHRS / 3

tion de la population aux problèmes de santé mentale et à l'importance de l'intégration des personnes souffrant de problèmes de santé mentale dans la ville. Dès lors que toute institution produit sa propre aliénation, sa catégorie d'enfermement et sa singulière exclusion, le champ territorial de la folie n'est pas uniquement circonscrit aux murs de l'asile. La ville et certaines conditions de vie étendent la sphère de la folie. Faire le « procès de la folie », selon le mot d'ordre de l'association, c'est faire éclater ces contradictions. Parmi les moyens à mettre en œuvre pour la réalisation de cet objectif, était préconisée la création de structures éclatées et ouvertes, légères, décentralisées en lien avec la population et ses représentants.

C'est dans ce contexte que l'AMPS donnera naissance, en 1983, à l'Agora (en référence au mot grec désignant un lieu ouvert, scène du politique et de la démocratie), un CHRS, non médicalisé, ayant pour mission l'accueil exclusif des malades mentaux du 21^e secteur de l'hôpital d'Armentières. À cette époque, vivaient dans une des unités du secteur, une quarantaine de personnes hospitalisées depuis dix à trente ans, qui n'avaient plus de pathologie très marquée, seulement un traitement plus ou moins léger qu'elles auraient pu suivre à l'extérieur. L'hôpital psychiatrique était vécu par eux comme une sorte de foyer. Certains services s'organisaient d'ailleurs sur le même modèle qu'un foyer d'hébergement : les « malades » n'y rentraient que pour manger, se laver, regarder la télévision, prendre leur traitement et dormir. Néanmoins, le retour à une vie active n'était pas envisageable pour la majorité des équipes soignantes, attachées à une conception de la maladie mentale comme état immuable. L'activité étant synonyme de travail, cela revenait à penser que si ces personnes ne pouvaient pas travailler, elles étaient dans un état inactif et de dépendance médicale et sociale à l'hôpital. C'est dire que la chronicité ne se limitait donc pas à l'installation durable d'une maladie dans une institution fermée sur elle-même; elle n'était pas seulement inscrite dans le corps du patient, dans la nature de sa maladie qui rend illusoire toute perspective de guérison. La chronicité était fortement liée aux pratiques institutionnelles par lesquelles elle se confond totalement avec la vie quotidienne de la personne concernée.

La singularité de l'AMPS résidait dans la rupture avec le modèle associatif de secteur psychiatrique, lequel restait alors sous l'égide exclusive des professionnels de la santé mentale. La réinsertion n'y était appréhendée que par le prisme du médical. La présence de travailleurs sociaux, en particulier l'autre figure emblématique de ce mouvement, Jacques Bossard, éducateur de formation, formateur et premier directeur d'Agora, aura contribué à une approche institutionnaliste de la réinsertion, laquelle ne peut se faire qu'au prix de l'engagement de l'ensemble des acteurs spécialisés et non spécialisés. Le cadre associatif de l'AMPS, par la particularité de sa composition, sera donc un moyen institutionnel, administratif et juridique qui permettra

à cette conviction d'exister au-delà du clivage entre la psychiatrie et le social, le social et le politique, le privé et le public, le discours et la pratique, la science et l'idéologie. Les statuts de l'AMPS indiquaient comment le conseil d'administration entendait tenir ce pari en systématisant la présence de droit commun de représentants des six municipalités du secteur, à côté des membres de l'équipe soignante et de l'administration hospitalière. Pour éviter que l'association ne soit l'instrument d'une gestion psychiatrique, une majorité de sièges fut réservée à des personnes physiques appelées à n'engager qu'elles-mêmes et à ne s'autoriser que d'elles-mêmes. Telle est la place qu'occupèrent notamment les travailleurs sociaux.

La question de l'affiliation

L'AMPS s'inscrivait dans l'héritage de ce groupe de psychiatres qui, dans le contexte de l'après-guerre, dénonça l'univers concentrationnaire dans les asiles, révélant ainsi leur caractère totalitaire. Pour ce courant désaliéniste, c'est l'institution qui donne sens à la maladie. Or, les institutions sont aussi inadaptées que les malades mentaux. Ce sont elles qui doivent être réformées. Il fallait commencer par « soigner » l'hôpital. C'était la base de la psychothérapie institutionnelle. Soigner les soignants, ouvrir les portes, supprimer les clés, abattre les murs, créer des lieux de vie, les inventer, les moduler. Néanmoins, l'important ne réside pas dans la recherche d'une institution idéale, mais dans ce processus permanent de changement qu'est l'institutionnalisation. Il s'agissait à la fois d'humaniser les conditions de la pratique psychiatrique existante et déplacer l'ensemble du dispositif institutionnel pour aller au-devant des véritables besoins de la population, ligne qui mettait l'accent sur l'extra-hospitalier et qui conduira à la naissance de la politique de secteur psychiatrique, faisant de la sectorisation la politique officielle de la santé mentale. En référence à certaines expériences françaises, italiennes, anglaises et américaines de l'époque, il s'agissait désormais de « dépsychiatriser la folie » en créant des conditions pour que les pratiques partent des « psychiatisés ». Ce ne sont plus les « murs de l'asile » qui sont interrogés, mais également les murs du professionnalisme. Les malades mentaux n'existent pas par eux-mêmes, mais à l'intérieur de rapports sociaux au sein desquels ils sont « parlés ». C'est leur parole qu'il faut également libérer. Mai 1968 amplifia ce mouvement au sein des hôpitaux. Les conflits institutionnels qui y naquirent bouleversèrent plus ou moins les équilibres antérieurs par une remise en question du cadre traditionnel de la psychiatrie, de sa bureaucratisation comme de la technocratie du secteur. Ce mouvement social a produit des publications théoriques, militantes, des collectifs, des pratiques, voire des mythes sur des alternatives à la psychiatrie dont l'axe commun résidait dans la volonté de poser les problèmes de la psychiatrie du point de vue de la lutte des psychiatisés, de

leur action au sein même des institutions et de leur lien avec les autres mouvements sociaux. L'impact qu'ont eu ces expériences a contribué à ébranler les certitudes et les évidences des pratiques professionnelles, tant des soignants que des travailleurs sociaux.

À côté des appartenances idéologiques des professionnels de la psychiatrie, membres de l'AMPS, les travailleurs sociaux d'Agora possédaient leur propre système de référence. Il était multiple, avec toutefois une dominante du mouvement institutionnaliste, tant de la première période s'intéressant aux enjeux internes, au cadre institutionnel (hôpital, école...), que de la seconde période visant à sortir de ce cadre en s'attaquant à ses principes cliniques et pédagogiques ; et pour lequel il ne s'agit plus de transformer les institutions de l'intérieur afin de les rendre thérapeutiques ou éducatives. On interroge les institutions à partir de l'extérieur, en espérant un lien avec le changement social. Toutefois, c'est dans l'analyse institutionnelle que la majorité de l'équipe d'Agora trouve le socle de ses pratiques. Il faut penser l'institution, en termes dialectiques en tant qu'elle est le produit de la lutte permanente entre l'institué (l'ordre établi, les valeurs, les modes de représentations et d'organisation considérés comme normaux) et l'instituant (la capacité d'innovation et en général la pratique politique comme signifiant de la pratique sociale), et le processus actif de l'institutionnalisation comme moment de dépassement de ce rapport. Le mode d'action institutionnel se situe alors dans la pratique sociale qui caractérise le travail des membres de l'institution à l'intérieur de celle-ci. L'implication a servi de concept fédérateur par lequel chacun était engagé dans une démarche permanente de clarification de la nature des relations qu'il entretient avec le dispositif institutionnel. Que l'intériorisation de l'institution soit d'ordre affectif, idéologique ou organisationnel, le but était de rester un sujet actif en évitant l'assujettissement.

Mais ce système de référence se gardait de toute idéologie au sens péjoratif du terme, à savoir des discours qui ne deviennent jamais des réalités ou servent à masquer celles-ci. Si modèle il y avait, il n'excluait cependant pas l'existence revendiquée de diverses manières de faire vivre le modèle au travers des origines sociales, professionnelles, des choix idéologiques de chaque professionnel.

Au début des années 1980, les pratiques psychiatriques traditionnelles dominaient encore largement. Aussi, le « procès de la folie » inscrit dans le projet de l'AMPS n'était pas le procès simple de l'enfermement, pas plus que le procès simple de l'effacement hypocrite de la folie dans le social. C'était l'interrogation active et pragmatique. Ce procès tentera de se concrétiser au travers de la pratique des travailleurs sociaux d'Agora. Il s'agit de ne pas en rester à un niveau idéologique, ne pas se contenter d'une démarche de dénonciation, mais d'être fondamentalement un mouvement qui part

d'une expérimentation sur le terrain social lui-même. Montrer que l'on pouvait gérer la folie, de façon moins violente, moins autoritaire, que l'hôpital psychiatrique. Ramener le problème de la folie sur le terrain, en dehors de l'hôpital, passer d'un contexte technique à l'espace social, du cadre séparé et « neutre » de la spécialisation à celui des problèmes politiques concrets et de la vie de tous les jours. Cette posture ne se voulait pas spécialiste d'un savoir pratique en matière de troubles mentaux. Il s'agissait de presque tout inventer en portant une attention particulière aux dérives objectivistes et subjectivistes à la mode d'alors.

L'invention de nouvelles interventions Dans cette perspective,

les pratiques d'Agora devaient rompre avec des rapports de dépendance, visant un social articulé au psychiatrique et coordonné par ses soins. Cette orientation, correspondant à la nécessité d'inscrire les personnes accueillies dans un cadre de droit commun relevant des modalités d'admission à l'aide sociale, allait se traduire par certains partis pris structurant le mode d'intervention des travailleurs sociaux d'Agora.

1. Un statut de bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement et à la réinsertion sociale dans le cadre d'un CHRS, plutôt que foyer occupationnel. Cette option permettait ainsi d'éviter une dépendance des adultes accueillis à une orientation relevant alors de la COTOREP (Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel), qui les invalidait dans le statut de déficient intellectuel en qualité de bénéficiaires de l'AAH (Allocation d'adulte handicapé). Dans cette optique, une habilitation fut accordée pour 26 places en hébergement éclaté et 7 en CAVA (Centre d'adaptation à la vie active)

2. Une limite temporelle dans l'hébergement et l'accompagnement social afin d'éviter de reproduire une nouvelle forme de chronicisation qui laisse cours à des mécanismes sociaux induisant la reproduction perpétuelle de la situation de prise en charge. Rares furent les demandes de renouvellement de la prise en charge dépassant la limite des deux ans autorisés. Pour le service de contrôle et de tarification de la DDASS (Direction départementale de l'action sanitaire et sociale), ces demandes devaient rester exceptionnelles, au risque d'une transformation du CHRS en foyer pour adultes handicapés.

3. Un accueil conditionné par l'accord du patient. Il convenait de restituer à la personne en situation d'assisté sa place de sujet agissant, de faire participer les gens à leur projet de réinsertion afin de leur permettre de passer d'une relation de tutelle à une relation contractuelle. D'autant que la demande de l'équipe soignante n'était pas forcément celle du patient et que par ailleurs les tuteurs n'étaient guère impliqués dans la régularisation

de la situation administrative et financière du patient en vue de sa sortie de l'hôpital.

4. Un accompagnement des adultes visant à réunir les conditions d'une levée de la mesure de tutelle faisant d'eux des sujets représentés, parlés, exclus du jeu social, et frappés plus violemment selon la condition de classe. La réinsertion sociale s'exprime d'abord dans la récupération de droits ordinaires dont les personnes ont été dépouillées par un statut de malade.

5. Un accès des personnes à un logement en qualité de locataires ou colataires dans les différentes communes du secteur, constitue l'un des axes prioritaires du travail de réinsertion. La collaboration étroite avec les bailleurs sociaux a rendu possible une véritable politique alternative à la concentration des personnes sur un même territoire, ce qui aurait reproduit une nouvelle forme de ségrégation.

6. Des soins psychiatriques exclusivement dispensés au sein des structures médicales territoriales du secteur. L'équipe psychiatrique reste en charge du suivi médical des résidants (consultations régulières avec le psychiatre en charge, traitement pris, entretiens infirmiers et calendriers d'activités thérapeutiques, ré-hospitalisation) en dehors de toute intervention dans la structure d'Agora et les appartements des personnes. Il revient à ces dernières, avec l'aide conjointe des équipes sociales et médicales, de s'approprier les lieux dispensant les soins nécessaires à sa santé mentale. Cette « distinctivité », des espaces privés et publics, contribue au processus de désinstitutionnalisation par lequel la personne se réapproprie son statut de citoyen.

7. Un refus de l'ergothérapie, au profit du choix d'un atelier de production dans le cadre d'un CAVA au sein duquel nous tentions de faire exister deux logiques complémentaires. L'une portant sur la lutte contre le chômage pour des personnes éloignées de l'emploi pour de multiples raisons, l'autre visant des personnes disqualifiées socialement et pour qui une activité économique aussi marginale soit elle représente une étape dans la requalification sociale. À côté de cette production marchande donnant lieu à une rémunération financière, le CAVA a ensuite développé un accompagnement vers la formation et l'emploi en lien avec les différents partenaires concernés : ANPE, centres de formation, associations intermédiaires, entreprises. D'août 1983 à décembre 1989, l'équipe de travailleurs sociaux d'Agora a contribué à la sortie définitive de 126 adultes sur les 300 hospitalisés dans le secteur concerné de l'hôpital départemental du Nord d'Armentières, soit 42% de son effectif. Ces adultes ont été accueillis dans 54 appartements loués individuellement ou en colocation dans 5 des communes rattachées au secteur psychiatrique. Les adultes accueillis étaient majoritairement des patients âgés, au passé institutionnel important, sans liens affectifs ou de famille, et dans l'impossibilité de renouer avec une socialisation et une activité productrice régulière. Leur vie était tout entière organisée à l'intérieur

de l'hôpital, faisant de l'asile leur « demeure » définitive, dans une forme de réclusion qui neutralise toute dimension sociale autre que celle se déroulant dans le cadre de l'asile. D'autres, plus jeunes, possédaient plus ou moins un minimum de capacités autonomes, mais restaient dépendants de l'hôpital.

Un travail social **au risque de la folie** Ces pratiques tentaient

d'agir sur les mécanismes institutionnels qui ont chronicisé la personne, qui l'ont identifiée à sa maladie, en mettant celle-ci entre parenthèses dans un double sens : en redécouvrant la personne humaine au-delà des codes prédéterminés qui l'emprisonnent et en se refusant à interpréter la folie, la maladie mentale à l'origine de la psychiatrisation. L'équipe d'Agora estimait qu'avant d'être désignée ou reconnue comme folle, la personne se trouve avant tout dans une souffrance particulière qu'il est difficile précisément de définir. La maladie était reconnue dans sa réalité spécifique de souffrance, de drame personnel et familial vécu, mais niée comme catégorie adéquate à nommer cette réalité et à en rendre compte. La folie que dissimule la maladie mentale était davantage perçue comme une tentative pour déstructurer en soi et autour de soi les formes aliénées d'une existence obligeant de se reconnaître de force dans une identité imposée de l'extérieur comme vraie et, pour se restructurer autour d'une manière d'être moins aliénée. Cette souffrance est l'expression d'une lutte entre des exigences contradictoires. Elle se joue entre le refus du système de rapports aliénés et la question de l'identité. L'enjeu était de réintroduire les malades mentaux comme acteurs dans le jeu social, leur donner la parole et les inscrire dans les échanges sociaux. Favoriser les conditions d'énonciation d'une parole sociale suppose l'acquisition de l'identité sociale de celui qui l'énonce et de sa reconnaissance par l'autre.

Rencontrer la folie, à travers ces pratiques, n'était guère une expérience sereine, mais plutôt dramatique, bouleversante. Les relations et les actions mises en place y furent interrogées en permanence par la maladie mentale elle-même, révélant ainsi que le travail avec d'anciens « psychiatrisés » met à mal les conceptions antérieures du travail social et les représentations de ses traditionnels « usagers ». Cette rupture du cadre référentiel habituel intervenait dans une situation institutionnelle où les travailleurs sociaux d'Agora n'étaient pas détenteurs d'un langage légitime, d'autant que la nouveauté de ce travail rendait difficile un langage assuré. Mais cette réalité révélait surtout avec acuité que les travailleurs sociaux, de manière générale, ne possèdent pas un vocabulaire descriptif contrôlé qui leur appartienne en propre et n'ont guère de statut, de protocole d'observation qui les protègent de cette proximité interrogatrice, à la différence ici, des professionnels médicaux qui côtoyaient la maladie mentale. Du coup, l'équipe d'Agora

empruntait çà et là des éléments descriptifs pour parler, écrire et témoigner de leurs rapports avec les personnes accueillies, de cette réalité nouvelle, différente, difficile.

Le choix de se définir en dehors, voire contre la dépendance hospitalière avait des conséquences qu'il fallait assumer. Entre la mission confiée par l'AMPS et la « commande » médicale, le malentendu s'était peu à peu installé avec l'équipe soignante du secteur. Avec la mise en place des pratiques « agoriennes », l'idéologie militante partagée au départ, dans le cadre de l'AMPS, a cédé la place à des rapports de dépendance, à la fois économique et symbolique au corps médical. Les équipes soignantes attendaient « au tournant » les professionnels d'Agora. Considérant que le travail psychiatrique de base avait été fait pour la population envoyée à Agora, le travail de réinsertion sociale devait donc être relativement court. Si le travail ne donnait pas satisfaction au bout de deux ans, la collaboration ne méritait pas d'être poursuivie. Cette position supposait que la sortie de l'hôpital efface l'idéologie de la « maladie mentale » : celle-ci est déconnectée des contradictions sociales qui s'expriment en elle. Et l'institution psychiatrique se réduit au seul établissement de soins, à son espace et à son personnel. Or, l'institution psychiatrique n'est aucunement réductible à un lieu d'enfermement. Elle est présente dans le tissu social et dans nos têtes.

L'enjeu de l'expérience « agorienne » était en quelque

Le contexte socio-historique

sorte de savoir s'il s'agissait de réinsérer d'anciens psychiatisés ou par là, de manière plus ambitieuse, d'envisager une autre présence de la folie dans la cité, qui permettrait de poser le problème de la folie autrement que par l'exclusion sociale, sachant que les deux objectifs ne s'excluaient pas. L'un se nourrissant de l'autre. Désindividualiser le trouble mental c'est aussi le renvoyer aux contradictions sociales dont il est porteur. Pour autant, la dépsychiatisation n'équivaut pas *ipso facto* à une réelle désinstitutionnalisation : elle peut tout autant s'identifier à une opération de ré-institutionnalisation, dans un espace non psychiatrique certes, mais peut être aussi ségré-gatif. D'où le souci permanent de l'équipe d'Agora de s'interroger sur les éventuels effets de renforcement de l'institutionnalisation de la maladie mentale, de l'apparition d'une nouvelle prise en charge technique et spécialisée de la maladie mentale générant un nouvel enfermement (plus doux?) des personnes sorties de l'hôpital psychiatrique. Le travail d'Agora a consisté à inventer d'autres modes d'action, en luttant contre l'institutionnalisation dans ses modalités habituelles, allant de soi. Sachant que la forme de cette nouvelle pratique ne pouvait être fournie ni par l'institution psychiatrique, ni par la DDASS.

Il n'en demeure pas moins que ces années de travail commun au sein de

/ 10

l'AMPS, entre équipe soignante et travailleurs sociaux, ont permis peu à peu de tisser le maillage qui constitue à présent le secteur de psychiatrie de Lille-Est.

Toutefois, une telle expérience n'a été rendue possible que par un certain nombre de conditions : des conditions socio-historiques dégagant des espaces de liberté possible et favorisant une singularité collective, autour du désir d'un travail social d'invention à l'endroit de ces zones de tensions et de contradiction qui lui donnent sens.

Trente ans après, Agora poursuit son travail dans le cadre associatif. La structure demeure non médicalisée et dirigée par un travailleur social. Cette permanence de la forme historique est sans doute le signe d'un héritage assumé ●