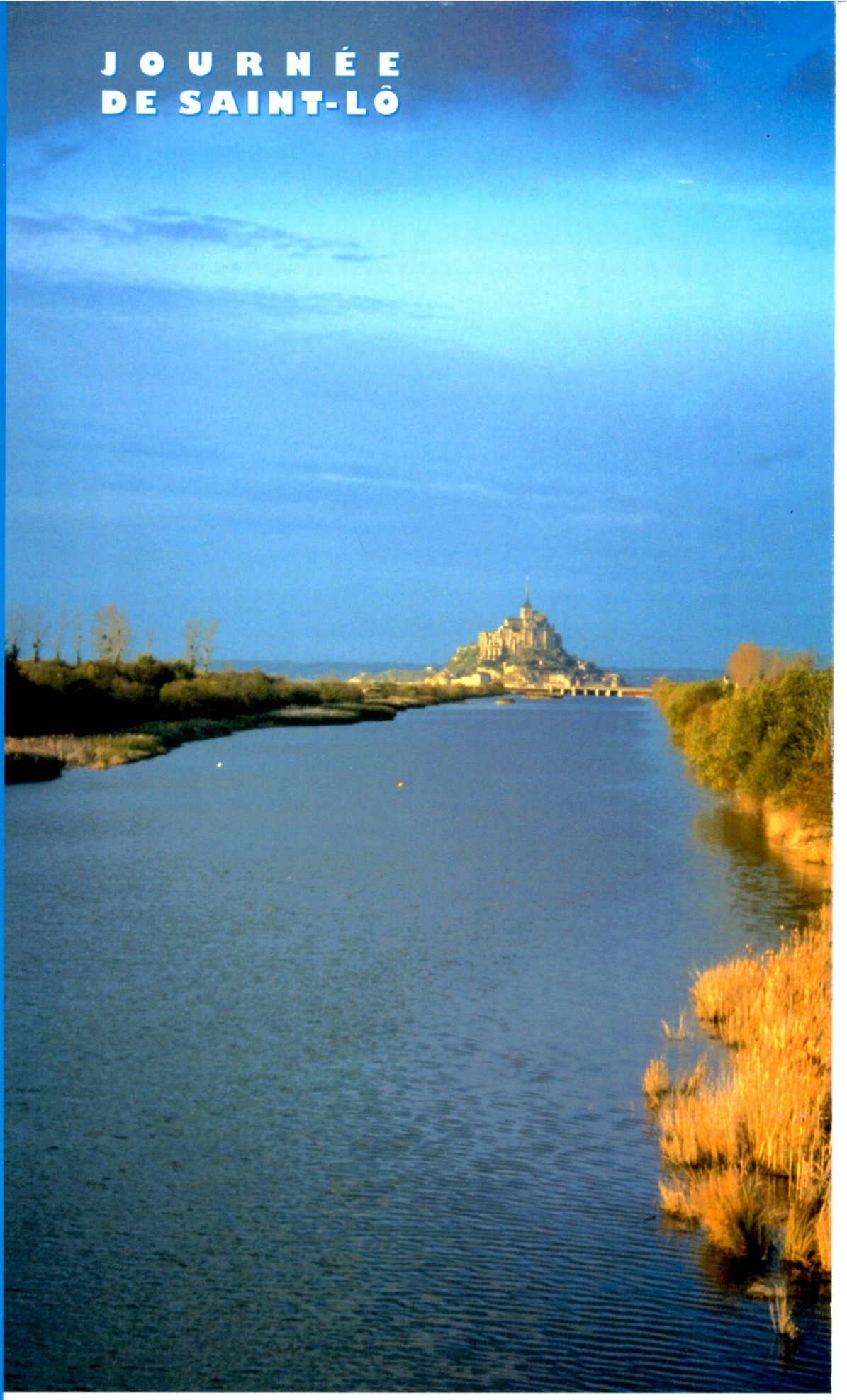
PRATIQUE & RECHERCHES

En Santé Mentale

N°31

ISSN 1157-5135

JOURNÉE DE SAINT-LÔ



REVUE DE L'ASSOCIATION CROIX-MARINE DE BASSE-NORMANDIE

4,50 €

il s'est lui-même construit.
Il résulte de cette hypothèse de travail plusieurs conséquences logiques importantes:
• déjà qu'il n'est plus concevable de supporter seul, dans une relation psychothérapique classique à deux, le transfert psychotique. L'analyse classique suppose une langue commune où le code est acquis pour les deux parties. Avec une personne psychotique, le code n'existe pas. Le langage ne suffit pas à porter, vectoriser les mouvements pulsionnels et les affects. Il s'agit, pour accueillir les multiples investissements transférentiels éclatés du sujet, de lui proposer une sorte de « petit monde à plusieurs ». Le travail d'équipe prend là tout son sens.

• Ce transfert est diffracté dans les différents lieux et sur les différentes personnes de l'établissement. Il va s'instituer en fonction des statuts (l'infirmier, l'éducateur, l'animateur d'atelier d'expression, le psychiatre...), mais aussi en fonction des personnes elles-mêmes, c'est-à-dire en fonction d'un certain accordage affectif qui va, ou ne va pas, se mettre en place et se développer. Le travail psychique personnel prend là aussi tout son sens, c'est-à-dire cette disponibilité psychique, cette attention à l'autre, accueillante et non jugeante de ce qu'il est, de sa pathologie en terme de diagnostic ou de pronostic.
• Dans le travail de groupe des soignants, il devient alors essentiel de repérer et de rassembler, par exemple à l'aide des réunions, ces investissements transférentiels hétérogènes. Il est d'ailleurs fréquent, dans les réunions de travail clinique du foyer, d'entendre plusieurs personnes parler différemment du même patient; certains sont inquiets, préoccupés de son état psychique, de ses comportements, de ses bizarreries; d'autres, au contraire, le perçoivent dans un relatif bien-être, se perçoivent eux-mêmes dans un certain accordage affectif. Ceci ne traduit nullement une erreur d'appréciation, mais reflète le caractère hétérogène et dissocié du transfert; ces différents « sons de cloche » sont plutôt de bons indices cliniques comme quoi le transfert est en train de se déplier dans l'espace institutionnel et que l'on commence à repérer, dans ce champ institutionnel, les lignes de clivage psychotique.
La prise en charge thérapeutique va tenir compte et s'appuyer sur ces investissements transférentiels; il va se constituer ce que Tosquelles et Oury ont appelé une constellation transférentielle.
Le déploiement du traitement psychothérapeutique va s'actualiser dans les deux dimensions: spatiale et temporelle.

Sur le plan spatial, il s'agit de considérer que l'espace fonctionne comme un champ de projections possibles du corps dissocié. À partir de cette hypothèse, nous allons créer collectivement et proposer à la personne psychotique des espaces différenciés dans leur spatialité même et aussi dans leur fonction, pour permettre de recevoir ses projections, ses dépôts transférentiels, et permettre d'éventuels greffes de transfert. Espaces de vie quotidienne, espaces d'activités d'expression, espaces axés autour d'une activité précise comme la cafétéria la Loco, espaces pour être ensemble et parler, espaces d'organisation institutionnelle comme la réunion « quoi de neuf? », ou celle du comité d'accueil où se retrouvent pensionnaires et éducateurs pour préparer les accueils de futurs pensionnaires ou de visiteurs extérieurs...
Il ne s'agit pas là d'additionner, les uns à côté des autres, différents lieux. Ces différents espaces permettent de créer des rapports au monde différents avec de possibles rencontres humaines, socialisantes. En même temps, le sujet est au contact le plus proche, de quelque chose qui fasse lien, qui fasse loi, qui soit en quelque sorte un fil commun qui traverse ces différents espaces. Ce fil, c'est le collectif, au sens de ce qui fait loi et référence commune, aussi bien pour les soignants que pour les soignés. Une sorte de tissu social commun.
Cela implique que ces lieux soient articulés entre eux, c'est-à-dire qu'il puisse exister une circulation des informations, mais surtout une circulation de parole, afin que ce qui s'est greffé transférentiellement dans un espace puisse être repris et inscrit dans la vie psychique de chacun.
Autrement dit, ces lieux vont être des lieux de possibles inscriptions signifiantes. Ils vont permettre au sujet psychotique dans un premier temps de s'appuyer, de s'adosser à l'appareil psychique collectif, puis de tenter, de reprendre certaines expériences psychiques qui, jusqu'alors avaient échoué.
Jean Oury et Ginette Michaud insistent beaucoup dans leur travail sur cette question de la mise en place de praticables: ces espaces mis en place pour que ce qui fait faille dans la structure du sujet, — faillite d'une inscription symbolique — puisse être réparé par une inscription imaginaire opératoire. C'est en quelque sorte, un espace d'illusion nécessaire, transitionnel au sens de Winnicott, qui donne son cadre à l'imaginaire, mais aussi qui constitue le lieu où la répétition du même laisse entrevoir le différent, c'est-à-dire introduit au registre du symbolique.
Mais, sans la dimension de la temporalité, le travail thérapeutique dans ces espaces ne peut tenir et s'inscrire. Rappelons combien le processus schizophrénique perturbe, déstructure le rapport du sujet au temps. Nous connaissons tous ce rapport au besoin impérieux et immédiat de la personne psychotique; aussi son extrême difficulté à inscrire les faits, les événements dans le temps. Cette inscription dans le temps, nous allons la matérialiser en quelque sorte au travers de la continuité du soin qui supplée progressivement à la continuité d'exister qui fait précisément défaut chez le sujet psychotique. Le temps va être pensé comme une trame d'inscription, un peu comme avec un métier à tisser.
Il est donc nécessaire, dans la prise en charge thérapeutique, que nous disposions de suffisamment de temps et que nous donnions au temps cette dimension de possible inscription psychique, ce que très souvent, dans le transfert, le psychotique ne nous laisse pas entrevoir. Oury dirait qu'il s'agit d'être là, non pas dans l'espoir qu'il se passe quelque chose, mais bien dans une position d'attente. Pierre Delion insiste lui aussi beaucoup sur cette notion avec les enfants autistes et psychotiques, ce qu'il appelle une fonction phorique pérennisante. Il faut que cela tienne dans le temps pour que l'enfant fasse et refasse suffisamment d'expériences psychiques.
Au-delà de cette nécessité de tenir dans le temps qui nous entraîne souvent vers plusieurs années d'accompagnement, nous voyons se profiler le spectre de la chronicité. La chronicité bien sûr liée à l'évolution même de la psychose schizophrénique et contre laquelle il faudra lutter; contre laquelle parfois nous ne pourrons rien faire, peut-être seulement passer la main à une autre équipe. Mais il s'agit aussi de la chronicité de l'institution; celle qui au fur et à mesure des années de pratiques, des conflits institutionnels, des histoires de chacun et de tous, collectivement, provoque ces effets de sédimentation ou de pourrissement institutionnel dont parle Oury.
C'est peut-être là aussi où la psychothérapie institutionnelle amène une dimension que d'autres approches thérapeutiques n'intègrent pas forcément. C'est la question de la double aliénation du sujet qu'il soit soignant ou soigné.
Il y a la dimension d'aliénation psychopathologique de tout un chacun; celle dont Freud parle lorsqu'il découvre que nos faits, nos paroles, nos actions sont surdéterminés par l'inconscient, par nos désirs inconscients. Cette aliénation psychopathologique est présente chez chacun d'entre nous dès notre entrée dans l'ordre du langage et est liée à la problématique du désir inconscient.
Mais il ne s'agit pas de méconnaître un autre type d'aliénation; celle qui se déploie dans l'organisation sociale, souvent structurée sur le mode hiérarchique statutaire. Cette aliénation qui crée tous ces phénomènes que l'on semble découvrir aujourd'hui sous les termes de harcèlement, d'emprise... cette hiérarchie statutaire est bien sûr indispensable à l'organisation et au cadre de travail. Mais il faut savoir aussi qu'elle engendre toute une surdétermination dont il va falloir tenir compte surtout lorsque l'on s'occupe de personnes psychotiques, au risque sinon de leur proposer des espaces et des relations transférentielles totalement contaminés par des conflits hiérarchiques non traités.
La psychothérapie institutionnelle propose d'interroger ces deux registres d'aliénation: l'aliénation individuelle et l'aliénation sociale. Elle propose de faire exister une dialectique entre ces deux aliénations, c'est-à-dire d'une part la possibilité de travailler sur le transfert et le contre-transfert, et d'autre part qu'il y ait une analyse institutionnelle.

En conclusion, l'institution qui accueille des personnes psychotiques doit être un véritable abri psychique. Il est tout à fait essentiel que le psychotique puisse trouver là un lieu de sécurité psychique, de tranquillité. Un lieu aussi d'expériences humaines où chacun va trouver ou retrouver par la possibilité de créer et de modifier l'institution même, une mobilité inventive, des désirs, des investissements nouveaux alors que leur pathologie schizophrénique les fige et les conduit à une destructuration progressive de la vie psychique.

La psychothérapie institutionnelle au C.M.P. Quelle filiation ?

Par Joseph Lecler, cadre de santé

La psychothérapie institutionnelle est au goût du jour, si l'on en juge, le nombre de documents d'étude qui circulent à ce sujet en l'occurrence sur le réseau Internet ainsi que les séminaires et les journées de travail comme celle d'aujourd'hui, qui tentent de repositionner cette période féconde en théories et en pratiques comme mouvement fondateur de la psychiatrie contemporaine.

Après une longue période d'oubli et surtout de dénigrement, le retour de la psychothérapie institutionnelle sur le devant de la scène à de quoi surprendre !

La psychiatrie serait-elle moribonde au point de retrouver sa mémoire et renouer aujourd'hui avec la totalité de son histoire. Peut-être devons-nous y voire une tentative de réconciliation avec un passé de militantisme, une forme de résistance à une disparition de la clinique psychiatrie.

En quoi, la psychothérapie institutionnelle peut-elle se poser au C.M.P.

La période de gestation de la psychiatrie correspond à l'enfermement. Une période asilaire, de ghettoïsation dans laquelle, vagabonds, vieillards et les « fous » vivent le traitement moral et meurent tous confondus, loin du regard d'une société bien pensante. Ce sont les réactions aux régimes fascisants et totalitaires auxquelles s'ajoute l'expérience de la déportation qui provoquent l'avènement de la psychiatrie.
Cette psychiatrie naissante se réfère aux droits de l'homme et reconnaît dans le fou et le malade mental un sujet comme les autres et mérite toute l'attention et les soins les mieux appropriés à son état. Après ses premiers balbutiements, la psychothérapie institutionnelle se formalise. Les soins institutionnels sont étayés par la psychanalyse qui leur donne sens en faisant appel au fonctionnement mental groupal : Une pratique de soins qui se cristallise autour d'une liberté à penser que les professionnels d'alors s'engagent à défendre en développant des outils de « désaliénation ».

La richesse de ce mouvement repose sur l'extrême porosité qui s'établit entre la psychiatrie et les événements socio-politiques. Elle a parfois conduit les pratiques de la psychothérapie institutionnelle à quelques excentricités (indifférenciation des rôles et des fonctions qui répondent à des idéologies égalitaires), mais elles ne sont pas légion. Elles démontrent à elles seules cette extraordinaire perméabilité de la psychiatrie, de son ouverture au monde, du bouillonnement culturel de ses professionnels et de sa capacité à conceptualiser des thérapeutiques accessibles et non ségrégatives, signes forts d'un engagement politique : un militantisme réactif c'est-à-dire à double sens.

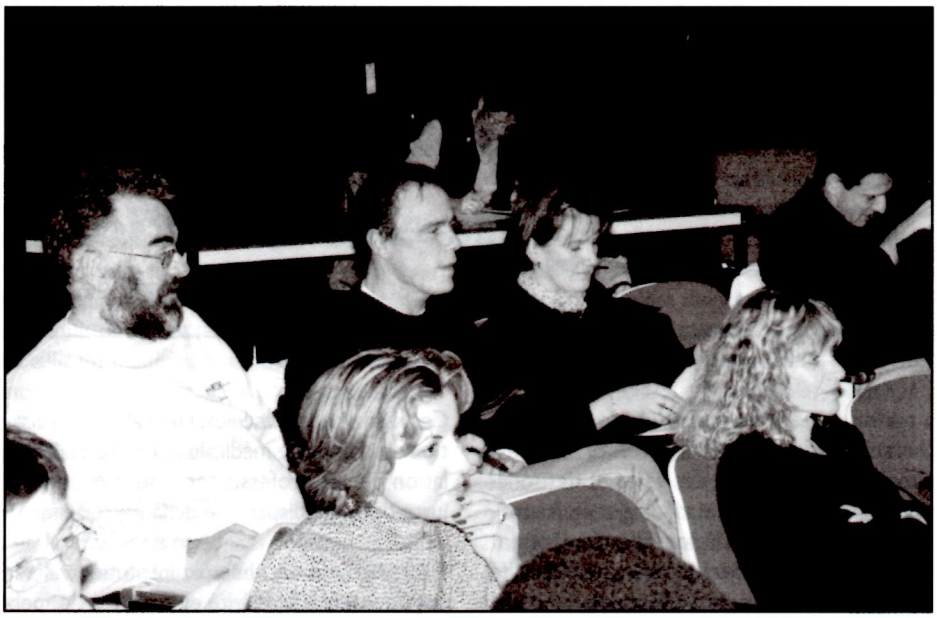
Si la perméabilité est toujours présente aujourd'hui, elle n'est plus féconde. L'engagement politique s'est singulièrement affaibli pour laisser la place à un militantisme à sens unique. Aujourd'hui sous emprise, la psychiatrie subit les conséquences d'une reconnaissance exclusivement médicale (année 69). Devenue la 4e discipline médicale après la MCO, elle en supporte aujourd'hui les mêmes contraintes et ceci sans discernement, tant dans l'organisation, l'identification et son traitement symptomatique. Dorénavant, la psychiatrie est identifiée comme une discipline unitaire (qui toucherait un organe, une fonction) alors que largement transversale (psyché, socio, culturel). La maladie mentale n'est ni plus ni moins devenue une maladie du cerveau dont la préhension neurophysiologique appelle aujourd'hui une réponse le plus souvent pharmacologique ou comportementaliste. Cette dimension organiciste nie en grande partie l'essence même de l'expérience humaine dans son histoire, sa pensée, et transforme l'homme en objet : ne serait ce pas-là l'aliénation première de la folie.

Le respect de la singularité explique non seulement la complexité des soins en psychiatrie, mais également cette dimension de l'imprévisible dans lequel s'engage les malades, usagers et professionnels. Cette conception du soin avec la culture sous-jacente de l'incertitude, se situe de toute évidence aux antipodes d'une médecine, persuadée de savoir, d'éviter la souffrance et de guérir.
Cette différence, jusqu'alors préservée, souffre désormais d'une aseptisation progressive et durable de la sémiologie clinique psychiatrique à laquelle s'ajoute une raréfaction des psychiatres et l'extinction des infirmiers en psychiatrie.

Ces deux tendances liées, l'une à la normalisation de la branche médicale et l'autre à la régulation de ses professionnels, font craindre à juste titre une disparition de la psychiatrie.

Piliers de la psychothérapie institutionnelle, la singularité, la subjectivité et la liberté des personnes sont à ce jour, abandonnés doucement à une planification et une organisation des soins dans laquelle la psychiatrie, me semble-t-il, perd son âme. Pourtant, la société savante est convaincue de travailler pour l'épanouissement et l'optimisation des compétences des individus. Malheureusement, dans cette démarche, la rationalisation méticuleuse du faire et de l'être des professionnels conduit à s'assurer par ceux qui la mènent, à vouloir maîtriser toutes les situations en neutralisant la subjectivité de ceux qui maintenant les exécuteront.
Cette négation de la subjectivité est dénoncée par une partie des professionnels de la psychiatrie. La subjectivité est en substance, l'essence même de ce qui est travaillé dans une relation entre l'individu en souffrance et le ou les professionnels à savoir ; donner du sens pour la personne, sur les distorsions entre un réel conventionnel et objectif avec une réalité individuelle, qu'elle vit au jour le jour, donc, singulière, changeante et souvent imprévisible.

La psychiatrie s'attache à *« comprendre les comportements individuels et collectifs à partir de trois catégories fondamentales : la subjectivité, la symbolique, la signification »*. La subjectivité est donc, le plus souvent, une épreuve douloureuse dans laquelle s'affirme la propre expérience de l'homme, consciente ou inconsciente, visible ou invisible. Une forme d'interrogation sur le sens de sa vie, pour soi et pour les autres. Ici commence le contre sens. En effet, dans notre société qui prône l'égalité, uniformise les comportements, et « sous couvert de répondre aux besoins des consommateurs » s'attaque à la pensée individuelle sur un principe de résorption, la santé est bien entendu, un état de bien-être qui exige la satisfaction totale des individus et l'élimination de la douleur par la suppression des symptômes.
Notre société laisse finalement peu de place à une psychiatrie dont l'objet est de donner sens au symptôme et oblige les individus à se confronter à l'épreuve de la signification, rapidement insupportable dans une logique sociale



narcissique où chacun se refuse à parler de culpabilité, de mort ou encore de désir, et dans laquelle, s'estimant libre, il végète avec sa douleur sans pouvoir la souffrir: Un retour, en quelque sorte à l'enfermement, où l'individu est totalement aliéné à un système normalisant qui fait fi de la différence, donc du sujet.
En psychiatrie, la nécessité de prendre en compte les données culturelles de chaque personne en soins conduit à affirmer qu'elle n'est pas une science exacte. N'en déplaise à *« ceux pour qui il n'y a de science qu'en référence à une épistémologie positive-réaliste »*, et qui exonèrent ainsi la société supposée parfaite de toute responsabilité dans la genèse des affections mentales. Cette recherche de conformité, d'attitude normative, de mesure et de contrôle imposées par la société, n'est pas sans impact sur l'attitude et le comportement des professionnels de la psychiatrie qui sentent leur spécificité, après sa caricature, dévalorisée et enfin; vidée de son sens.

Après une jeunesse pleine d'avenir avec la psychothérapie institutionnelle, une époque de maturité avec la sectorisation, la psychiatrie a signé son indépendance en oubliant la psychothérapie institutionnelle, prouvé son autonomie en clamant l'antipsychiatrie, et l'âge aidant s'est laissée porter par la facilité en répondant aux sirènes de la bio, neuro, physiologie. L'économie avec ses contraintes sur les soins cherche finalement à donner la dernière estocade à une psychiatrie dont les professionnels; médecins, infirmiers psychiatriques, psychologues, cherchent certainement plus qu'hier, à défendre une capacité à penser et offrir ainsi un espace thérapeutique qui soit *un cadre à un apprentissage de la liberté*: la désaliénation commence par soi-même.

Après avoir vu que la perméabilité, forte à la psychothérapie institutionnelle est toujours présente en psychiatrie et donc en C.M.P., mais que cette perméabilité n'est pas réactive faute d'un engagement politique général: Que reste-il à ce jour de la psychothérapie institutionnelle dans notre pratique soignante au Centre Médico Psychologique: figure d'une certaine idée de la « désinstitutionnalisation » en avant poste de la psychiatrie dans la communauté.

Le sujet étant suffisamment large et le temps qui nous est imparti particulièrement court, nous n'aborderons ici qu'un nombre limité de caractéristiques de l'activité apparemment libérale du C.M.P. mais profondément marquée par la psychothérapie institutionnelle.

L'institutionnel

Il est généralement associé à un lieu, et à un cadre figé et contraignant. Dans le quadrillage de l'espace social, l'institution psychiatrique persiste dans l'imaginaire social comme une institution d'isolement des déviants: une institution totalitaire; *un lieu de résidence et de travail dont la vie est minutieusement réglée.*

L'assimilation de l'institutionnalisation avec l'aliénation, témoigne de la confusion qui persiste entre une représentation physique exclusivement contraignante de l'institution avec une fonction contenante symbolique. L'institution assure un rôle de continuité et de permanence, elle est un produit de la société et entretenu par elle.
Si l'institution existe c'est bien parce qu'elle remplit une fonction auprès de cette société, tant sur le plan collectif qu'individuel.

Indépendamment du lieu, c'est la fonction contenante de l'institution qui nous intéresse dans le sens où elle a une valeur symbolique: une fonction qui s'articule entre l'anthropologie et la psychanalyse. L'anthropologie avec les repères symboliques partagés par des individus et des groupes, des espaces et des temps intermédiaires qui viennent marquer tous les mouvements de la vie. La psychanalyse, avec la formation psychique constitutive à un travail de symbolisation des objets intermédiaires et les espaces transitionnels marquants l'évolution de la personnalité. En deçà du lieu, c'est donc un temps instauré et approprié à une écoute dont la nature tente à donner ou redonner du sens, dans une remise en jeu avec les professionnels des processus psychiques.

Refuser toute idée d'institution va à l'encontre de notre travail soignant et il est vraiment naïf de croire qu'une structure comme le C.M.P. soit dés-institutionnalisée. Hors des murs de l'hôpital, le C.M.P. reste un espace institué et instituant dans la mesure ou, lieu de soins il convie les soignants et les consultants à se rencontrer dans une relation duelle. La responsabilité soignante visée par la psychothérapie institutionnelle, n'est plus ici collective mais singulière. Or, les infirmiers, plus habitués à travailler en collectif et conscients des limites de leurs compétences, voient dans cette position libérale comme dans l'éclatement institutionnel, un risque majeur de perdre plus leur intégrité mentale qu'une identité infirmière. Aussi, le C.M.P. s'organise-t-il autour de rituels institutionnels pour donner aux contenus des entretiens et des prises en charge un éclairage pluri- disciplinaire mais avant tout les rassurer et les protéger.

L'infirmier référent

Interlocuteur privilégié de la personne soignée et de la famille, il l'est également vis-à-vis de l'équipe infirmière et de l'équipe interdisciplinaire. Pour donner corps à une prise en charge en constellation, l'infirmier se mobilise près du soigné comme des soignants pour coordonner les diverses interventions et préserver le sens de la démarche de soins. Ce repère dans un travail collectif reste d'actualité dans le travail en C.M.P..

Plus autonome dans sa fonction soignante puisqu'il se trouve souvent le seul interlocuteur de l'usager, il en est de fait le référent. Conséquence de cette autonomie, Il sollicite avec insistance l'équipe et plus précisément le psychologue analyste pour l'aider à évaluer la consistance et l'évolution de la démarche de soins engagée entre lui et la personne. De cette manière, Il cherche un éclairage clinique que la psychanalyse apporte en étayant une relation subjective qui se vit entre le soignant et le soigné. Cette notion de référence dépasse régulièrement le cadre du C.M.P. quand il s'agit de travailler sur une démarche de soins qui chemine au sein d'autres structures et fait appel à des thérapeutiques différentes. Cette polyphonie thérapeutique

témoigne d'un collectif avec un C.M.P. intégré dans une fonction contenante élargie. Démarche thérapeutique qui intéresse plus précisément la prise en charge des psychotiques telle que l'envisageait la psychothérapie institutionnelle.

L'équipe

L'équipe en C.M.P. ne répond pas à un modèle précis. Les C.M.P. peuvent être uniquement des lieux de consultations médicales et psychologiques. Toute fois, l'accueil, les entretiens d'aide, les thérapies corporelles ou familiales d'une part et la baisse de la démographie médicale d'autre part, nous conduisent le plus souvent à rencontrer à temps complet ou par vacation des médecins et psychologues ainsi que des infirmiers, assistantes sociales et autres professionnels selon le secteur d'activité (psychomotriciens, art-thérapeutes).
Des créneaux horaires variables, des présences intermittentes, des effectifs réduits changent la configuration de l'équipe traditionnelle des heures fastes de la psychothérapie institutionnelle et transforment le paysage habituel de l'équipe soignante. En C.M.P., l'équipe ne vit pas en direct le quotidien des usagers. L'activité de type collective a glissé vers des activités résolument orientées vers le libéral: les consultations, l'accueil, les entretiens. Les infirmiers travaillent fréquemment par délégation médicale et cette responsabilité paradoxalement recherchée mais non voulue, leur pèse. Ils en déplorent régulièrement un sentiment de solitude, d'isolement et se plaignent d'une équipe qui ne se retrouve que très rarement au complet, ensemble... Comme avant!

Pour l'essentiel, médecins et psychologues assument seuls leurs consultations. Leurs fonctions et leurs compétences dans un rôle qui leur est destiné: la consultation et la psychothérapie, pourraient les dispenser en ce lieu, d'un travail d'équipe. Leur besoin de l'équipe consisterait à être informé sur ce qui se passe sur la structure et à solliciter une aide qui se traduit le plus souvent par une prise en charge complémentaire (pare-exitation ou contingence) ce qui explique le nombre non négligeable de soins mixtes. Quelles que soient les différences qui marquent les motivations ou les intérêts des professionnels à un travail d'équipe, elles prouvent néanmoins que l'équipe, référence institutionnelle existe bel et bien.
Au C.M.P., l'équipe s'est manifestement transformée. Elle n'est plus véritablement formalisée c'est indéniable et même inévitable en regard d'une population soignante en diminution ou éclatée sur de multiples structures. Cependant l'équipe demeure dans sa capacité à travailler en interdisciplinarité. Je parle ici d'un esprit d'équipe, cette potentialité dont disposent les professionnels à mettre en place des actions d'équipe dans la mesure où ils ont une confiance mutuelle dans les compétences des uns et des autres et une capacité à les coordonner pour une même finalité: cette finalité étant entretenue au cours des réunions.

Les réunions

Au cours des séjours à l'hôpital, l'institution est et a été, un tout hétérogène puisqu'elle est constituée dans la permanence, de malades et de personnels. Les relations qui en résultent et les enjeux qui s'y jouent, obligent les soignants à se retrouver pour préserver une organisation de la vie collective avec les règles de vie instituées de l'hôpital. Dans une logique soignante, ces rencontres depuis la psychothérapie institutionnelle, sont également indispensables actuellement au C.M.P. pour une prise de conscience de l'équipe sur la réalité individuelle des patients, dans le jeu relationnel mis en scène au cours des entretiens. Réunir l'ensemble des personnels (intérêt de l'interdisciplinarité) qui portent en eux des représentations professionnelles et sociales diverses demeure une nécessité pour observer, entendre et comprendre avec l'aide de la psychanalyse ce qui se trame dans le colloque singulier soignant/soigné, pour donner du sens au collectif et par contre coup à l'individuel, ceci bien sûr pour soigner, mais aussi pour se protéger d'une destruction possible par le jeu des malades. Les conséquences de la pathologie sont en effet un risque de dissociation pour le malade mais aussi pour l'institution.

Aujourd'hui en C.M.P., la fonction contenante de l'institution s'est mentalisée avec la disparition des murs de l'hôpital. L'équipe s'est transformée dans la mesure où le travail, nous l'avons vu, se situe dans une perspective libérale. Néanmoins, l'aptitude à travailler ensemble dans un espace proche du virtuel exige de la mobilisation et, principalement pour les infirmiers, de l'assurance. Des caractéristiques qui ne peuvent être confortées que dans des réunions. Ces temps de rencontre et de travail visent à donner de la synthèse à une organisation qui tend au morcellement. Ceci afin de préserver l'union des professionnels, donner de la consistance à l'équipe et en substance maintenir l'identité soignante. Un temps qui donne aux soignants le sentiment de gagner en efficacité en restituant l'individuel dans un tout: la cohérence des soins. Temps enfin qui légitime par ce rituel de la réunion; la continuité de l'institution psychiatrique dans laquelle se perpétuent la référence médicale et la hiérarchie des pouvoirs.

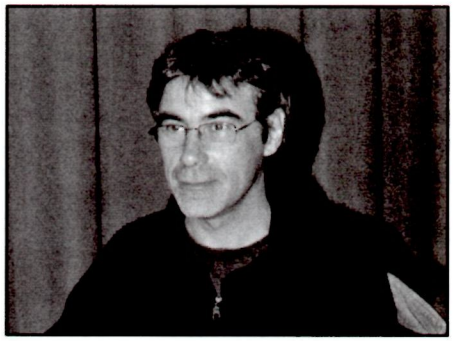
L'infirmier

La fonction infirmière et sa reconnaissance en psychiatrie souffrent toujours du poids de son passé. Recrutés comme gardes parmi d'anciens malades puis « dans les basses classes sociales », les infirmiers ont longtemps été les boucs émissaires des médecins aliénistes. Malgré un diplôme de compétence infirmière dont la spécialité psychiatrique est désormais tombée aux oubliettes, l'infirmier en psychiatrie est toujours l'obligé du médecin qui en quelque sorte a bien voulu aujourd'hui, par nécessité lui, concéder une place mais pas véritablement d'autonomie. C'est avec la psychothérapie institutionnelle que l'infirmier certes avec difficulté, a pu se trouver des perspectives soignantes et plus exactement avec Racamier qui développe le traitement bi-focal de la maladie mentale avec d'une part la psychothérapie et d'autre part les soins institutionnels qui sont alors du domaine de l'infirmier.
Aujourd'hui, la plupart des usagers vivent chez eux. Les soins institutionnels au C.M.P. se sont donc modifiés. Accueil et écoute, entretiens d'aide et accompagnement à domicile, sont autant de rencontres et d'échanges pendant lesquelles l'usager auprès de l'infirmier, peut évoquer les difficultés et la souffrance qu'il vit au quotidien. Les temps de parole sont ici institutionnalisés dans le rythme et la durée. Ils permettent ainsi des transformations dans la vie quotidienne des usagers. Pour élargir son champ d'action, l'infirmier se forme et enrichit son expérience en diversifiant sa pratique avec différentes modalités de soins. Formé à la relaxation, à la thérapie systémique familiale, la thérapie de couple, actif dans la réflexion clinique et analytique, l'infirmier se donne des moyens pour se faire reconnaître comme professionnel à part entière. Une quête d'autonomie dans un domaine d'activité et de compétences distinctes des autres disciplines de l'équipe soignante et non pas une autonomie déléguée par nécessité au vu de la baisse des médecins psychiatres et de l'augmentation des demandes de soins.

L'éclatement de l'institution et la libéralisation des soins d'une part, l'emprise économique et les enjeux technocratiques d'autre part ont transformé une certaine image des soins en psychiatrie, notamment avec le C.M.P. ou la psychiatrie côtoie de façon intime, souffrance sociale et exclusion.
Avec le C.M.P. nous assistons à une externalisation du soin hospitalier: continuité et proximité des soins dans la communauté. La dématérialisation de l'institution et l'individuation des soins correspond à une maturité de l'ensemble des professionnels de la psychiatrie. Cette évolution est une étape dans ce qui se trouve être aussi son histoire. Une histoire marquée de l'empreinte de la psychothérapie institutionnelle laquelle nous permet tant bien que mal de préserver un espace de soins à caractère humain.

La septième instance

Par Patrice Philippe, éducateur,
foyer Léone Richet à Bellengreville



La psychothérapie institutionnelle considère l'espace institutionnel et son agencement comme un outil thérapeutique à part entière.
C'est en 1975, que le foyer ouvre ses portes, une seule structure, un seul lieu de vie. Puis rapidement, l'évolution va vers la mise en place de deux lieux, deux structures jumelles, l'une à Bellengreville, l'autre à Mutrécy en campagne proche de Caen. Au fil du temps, différents avatars nous conduisirent à la forme actuelle de l'institution où l'on peut différencier six parties, six organes de fonction et d'espace.
C'est à travers la structuration de ces espaces que des générations de pensionnaires tentèrent leur propre aventure thérapeutique.

- Du chaos vers un espace idéal.
- De la psychose vers la sortie.

Tout commence par le processus d'admission: constitution du dossier, consultation, visite d'admission sur 3 jours. Cette visite est close par un bilan avec le candidat pensionnaire. Pour définir les axes et projet de travail. Une commission prononcera l'admission. Dès lors, le pensionnaire sera admis interne au foyer de Bellengreville, ancien corps de ferme réhabilité, doté d'un verger. C'est le lieu de vie communautaire des 12 pensionnaires qui y habitent accompagnés de 2 éducateurs (en roulement 24 heures/24 et 365 jours par an). C'est ici que commence pour le pensionnaire son cheminement dans le temps et l'espace de soins à travers les actes de la vie quotidienne et ceux propres à l'institution. Le pensionnaire sera bien souvent amené à se déplacer, prendre le bus, partir, revenir vers ce lieu d'arrimage.

Véronique, grande fugueuse, spécialiste de la fuite en avant issue d'un lourd passé abandonnique, a réussi à prendre racine ici. Elle disait: « laissez-moi » on entendait: « retenez-moi ou je fais un malheur », elle voulait tester l'abandon, nous avons tenu le cap, alors nous n'étions plus une galère parmi d'autres. À présent, elle vit externe dans son appartement à Caen.

Alors, prendre le bus pour se rendre à Caen pour quoi faire?
Passer par un centre, « la plate forme » au 121, rue d'Auge, pour rebondir vers un extérieur, les activités d'expression: du yoga à la peinture en passant par la radio, la musique ou le théâtre.
La « plate-forme » est le siège de l'administration, lieu d'accueil en ville, ouvert dans la journée pour les pensionnaires internes ou externes. Lieu d'élaboration, c'est à la plate-forme que les projets s'organisent, que les réunions se déroulent, que les bilans se font, que les psychothérapies se travaillent.
Attenante à la plate-forme, la cafétéria « la Loco » gérée par l'association Welcome, dont le but est de soulager l'assistanat par la prise de responsabilités. Ici, on ne fait pas semblant, on sert des repas le midi à une clientèle extérieure. Chacun des pensionnaires tôt ou tard pourra s'y inscrire pour « travailler » dans diverses fonctions de la cuisine au service en passant par le bar et le ménage.
Vous l'avez compris, interne, le pensionnaire tendra vers plus d'autonomie au fil de sa réhabilitation. Une petite structure (4 lits), le « 125 » (125, rue d'Auge), nouvelle mutation institutionnelle encore en pleine élaboration, pourra servir de tremplin vers la vie en ville, en société.
Devenu externe, le pensionnaire aura trouvé son appartement qu'il devra gérer comme on gère sa vie et ses aléas. Pour ce faire, la plate-forme et son équipe lui serviront de structure d'appui, d'accueil et d'organisation pour se tirer vers la sortie avec ou sans travail, célibataire ou en couple, avec ou sans suivi d'autres services.

Eric, quand il n'en pouvait plus prenait le bus, le train, il sillonnait la ville ou fuyait vers Paris. L'angoisse était trop forte, c'était sa manière à lui de s'en occuper. Il nous faisait perdre la boussole et c'était pire encore avec l'argent. Comment signifier la limite qui sécurise, il était resté enfermé dans son histoire: père introuvable, mère décédée dans un accident de bus. Toujours est-il qu'à l'heure actuelle Eric est sorti du foyer, il est hospitalisé dans le service où séjourna sa mère, avec un sérieux projet de travail. Constat d'impuissance ou mise en élaboration d'un système de soins.
On peut voir se profiler des enfermements, des symptômes puis des mises en actes, des circulations qu'il est important de considérer. Qu'est-ce qui derrière l'aménagement de Véronique dans son appartement prend valeur thérapeutique, ouvrant et refermant ses deux grosses malles dont elle ne s'est jamais séparée, elle invite son ancien tuteur pour une rencontre au foyer.
Plaçons l'élaboration comme septième instance du foyer. Pensionnaires et équipes élaborent en permanence l'institution et c'est dans ce travail que la psychose peut être battue en brèche.

La démarche-qualité au service de l'institution : un pari fou ?

Réflexions après-coup sur les enjeux et la méthode

Par le Docteur Patrick Alary, psychiatre des hôpitaux,
CHS du Bon-Sauveur, Saint-Lô

Souvent, un philosophe se déclare pour la vérité, sans la connaître. Il voit une opinion qui, jusqu'à lui, a été abandonnée et il l'adopte non parce qu'elle lui paraît meilleure mais dans l'espérance de devenir le chef d'une secte. En effet, la nouveauté d'un système a presque toujours été suffisante pour en assurer le succès. »
Condillac[1].

« La société paie les services qu'elle voit. »
Stendhal, Vie de Henry Brulard.

1. Émergence du Sujet

En psychiatrie, le propre de notre activité est l'émergence d'un Sujet, sujet de soi-même observé par lui-même mais aussi par les autres, acteur et décideur de sa vie, existant socialement et psychiquement. Le dispositif de soins vise donc à faire émerger, à promouvoir et à soutenir la complexité du Sujet, la clinique du Sujet, la diversité des approches cliniques et thérapeutiques, la reconnaissance et le soutien de la différence, de la singularité, de l'ineffable[2].
La réflexion institutionnelle permet d'associer nos patients aux projets de soins pour favoriser l'émergence de positions subjectives et citoyennes, questionner sans cesse les modalités, les procédures et les dispositifs de soins, le rôle de chacun des intervenants de l'équipe face au patient, l'analyse des tensions et des conflits internes à chaque unité ou au secteur, les modalités de résolution de ceux-ci et réfléchir à la place du dispositif sectoriel dans la cité.
Il est nécessaire de maintenir les conditions d'un colloque singulier soignant-soigné, naturellement pour le médecin, mais aussi pour tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire, afin de donner au patient les meilleures opportunités pour traiter son problème. Le travail institutionnel s'essaie à dépasser les clivages institutionnels, toujours préjudiciables au patient, à analyser les tensions[3] liées à la diversité des expressions pathologiques, limiter la violence, qu'elle soit d'origine pathologique ou secondaire à la contrainte qu'entraîne le déni parfois massif des troubles ou à ces mêmes tensions nées au sein de l'institution. Ici, on rappellera l'importance de l'analyse des contre-transferts institutionnels puisque, comme le rappelait Tosquelles, *« l'institution n'est pas une chose mais, d'une certaine façon, langage. »*
Le milieu psychiatrique, à l'image de la société, est un lieu de contradictions qu'il faut gérer au profit de tous. Il faut également permettre à tous les acteurs du secteur de créer les meilleures conditions possibles à leur exercice professionnel et favoriser l'interdisciplinarité, la complémentarité tout en respectant les différences, qu'elles soient professionnelles, personnelles, hiérarchiques ou liées à la grande diversité des formations de chacun. Sur ce dernier plan, c'est le développement du respect et de la reconnaissance mutuelle qui est privilégiée et non une « hiérarchie des pouvoirs » bâtie sur une pseudo « hiérarchie des savoirs ». Sur ce plan la référence psychanalytique est fort utile[4].
Enfin, il s'agit de permettre que l'ensemble des *« relations individuelles soient articulées dans un ensemble cohérent d'où peuvent se dégager des idées nouvelles sur ce que le patient vit et exprime avec chacun des intervenants. Le groupe thérapeutique est donc l'unité responsable pour l'ensemble de l'histoire thérapeutique qui peut se développer sur de nombreuses années, réseau centré sur le patient plutôt que sur la relation privilégiée avec un seul thérapeute. (L'institution n'est pas un lieu idéal considéré comme une fin, elle est un lieu d'accueil temporaire. (Elle sera psychothérapeutique dans la mesure où les drames de la vie mentale du sujet vont s'y rejouer avec les soignants qui l'accueillent, soignants préparés à y répondre par une attitude réfléchie et en principe plus ouverte que dans le milieu habituel[5]. »*
Mais un Sujet, une institution ne vivent pas hors du temps et de l'espace. Ils s'inscrivent dans un discours, filet qui les structure, les organise et les fait agir : *« C'est à un double titre que les hommes sont tributaires de leurs conditions d'existence : ils en dépendent directement par ses incidences économiques et sociales, indirectement par l'intermédiaire de la structure idéologique de la société[6]. »*
Or, que constatons-nous aujourd'hui : *« la fin de l'insensé, plus d'aventures collectives, plus de citoyens, mais des individus blafards et détrompés, prêts à répondre encore à une utopie à condition qu'elle vienne du dehors et qu'ils ne se donnent pas la peine de la concevoir[7] ».* La tentation de l'individu, du bonheur et de l'hédonisme sacrifie *« le confort à l'aventure, le bonheur à l'efficacité[8] ».*
L'individu, consommateur et usager, n'admet plus la légitimité d'idées contradictoires, la coexistence de positions antinomiques.
Faire émerger un Sujet, c'est refuser de réduire la personne à un simple consommateur, fût-ce de soins, et le médecin et son équipe à de simples prestataires de services, fussent-ils de qualité.
« Un minimum d'inconscience est nécessaire si l'on veut se maintenir dans l'histoire… Une civilisation n'existe et ne s'affirme que par des provocations… Si l'idéal du bien-vivre l'accapare, l'obsède, la sollicite uniquement, c'est qu'elle n'est plus qu'un nom pour une totalité d'individus, une société plutôt qu'une volonté historique[9] ».

2. Notions de qualité

La démarche qualité est un *« moyen pour garantir et prouver l'obtention d'un service de qualité. Une démarche qualité implique participation, communication, documentation et vérification. Elle permet d'être conscient de ses atouts et de ses faiblesses, de conserver la trace de ses problèmes, de mettre en place des solutions durables et testées, de démontrer sa capacité à agir et la valeur de ses services… en visant toujours la satisfaction des clients et l'appropriation de la démarche par tous les membres de l'entreprise ».*
Il s'agit ici, bien sûr, d'une référence explicite à la qualité en milieu industriel mais l'expérience montre que c'est bien aux mêmes concepts que l'on s'adresse en matière de santé et c'est là l'une des premières difficultés : la démarche, encadrée par l 'accréditation, risque d'aboutir à *« une régulation purement comptable des prestations médicales qui conduit à la réduction des soins ou à leur report[10] ».*
Or, que devrait être la qualité en matière médicale et hospitalière, singulièrement en psychiatrie ?
La qualité, c'est tout ce qui contribue à créer des conditions propres à épanouir davantage l'individu et ces conditions elles-mêmes[11]. En toute logique, c'est la qualité de l'évolution de

l'état de santé du patient qui devrait nous renseigner le plus correctement sur la qualité des soins prodigués. Mais se posera toujours la question de l'évaluation de cet état de santé: doit-on évaluer les symptômes? Est-ce l'évolution économique du fonctionnement psychique qui constitue le bon critère ou l'évolution de la qualité de vie au regard de la souffrance psychique? Ne risque-t-on pas de ne retenir que des critères plus matériels comme le coût moyen de la prise en charge ou le nombre d'intervenants pour obtenir un résultat qui reste encore à apprécier?

Surtout, et c'est probablement l'une de nos plus grandes inquiétudes, *« à quoi peuvent servir les programmes de gestion de la qualité de soins quand nous ne sommes pas suffisamment nombreux pour assurer le quotidien, l'urgent*[12]*? »*

Contraints de réaliser de plus en plus de tâches administratives, de fournir des données codées, CIM, DSM et bientôt Résumés Standardisés de Sortie, nous nous éloignons de fait de l'activité clinique sans que tout ce temps ne soit pris en compte dans les « statistiques ». Aujourd'hui, et non sans crainte pour l'avenir, nous voyons s'accroître nos missions, de manière inversement proportionnelle à la courbe des praticiens. Nous intervenons ainsi de plus en plus dans des domaines dans lesquels nous n'avons reçu aucune formation, gestion, administration, management, réglementation... au détriment de ceux que nous avons choisis, auxquels nous avons été formés et dans lesquels nous sommes censés être « performants » puisque notre monde est celui de la performance.

Nous sommes aussi appelés, mais il est vrai que nous y avons prêté la main, à intervenir dans le domaine de la prévention, du « réseau », avec les ambiguïtés de ces concepts et de leurs applications qu'il convient, là aussi, de formaliser. Allons nous devenir des pompiers ou des travailleurs sociaux dont les actes seraient ainsi plus faciles à évaluer et à contrôler?

Bref, si ces nouvelles missions, éloignées du registre du soin, entrent dans nos domaines d'intervention, de quel temps disposerons-nous pour les accomplir en plus de nos tâches actuelles et seront-elles prises en compte dans les « évaluations des pratiques de soins »?

Lorsque l'on introduit dans une ancienne théorie un nouvel élément pour lequel elle ne s'applique pas, il se manifeste un phénomène curieux: l'apparition de paradoxes. La science moderne en est remplie.

Et le moindre des paradoxes n'est pas que tout le temps consacré à la mise en place de la démarche et à son déroulement éloigne en fait les soignants, en grand nombre, des patients ce qui ne va pas dans le sens de la qualité des soins, surtout à l'heure des 35 heures qui réduisent considérablement les temps institutionnels, *« essentiels pour prendre du recul, pour officialiser, faire circuler l'information, pour dire l'indicible, rendre sensé l'insensé, pour freiner le temps événementiel ou mobiliser le temps arrêté*[13] *».*

Quelles conséquences sur la qualité des soins?

En psychiatrie, la parole a une place centrale. Comme les Indiens, nous passons beaucoup de temps en palabres et en silences. Ces temps sont essentiels, structurants, tant du point de vue individuel que de l'institution. Ils permettent l'émergence de positions subjectives et intersubjectives qui conditionnent le soin.

Mais l'émergence de cette parole suppose un cadre. Quelle que soit la qualité des prestations proposées, il faudra, pour qu'émerge un Sujet du manque, un décalage par rapport à un idéal supposé, les normes, ainsi qu'un refus et une distance par rapport à la toute puissance d'une hypothétique perfection thérapeutique.

3. Normes, normalité, normativité

L'illusion de la norme est antinomique d'une démarche subjective, par essence singulière et différente. Elle fait plutôt référence à la masse, à l'indifférencié.

La science est ici convoquée à notre secours. Mais, parfois, l'utilisation de la science dérive vers le scientisme qui nourrit l'irrationnel et l'illusion, porte ouverte à la magie et à la gnose. En science, comme en psychiatrie, tout commence par l'observation. Mais on sait que le phénomène observé n'est pas indifférent à son observateur... et que différents observateurs ne feront pas la même observation. Et que dire des phénomènes qui s'observent rarement, comme c'est le cas de certains phénomènes astronomiques, ou qui ne se reproduisent guère, comme c'est le cas en psychologie. D'où la nécessité d'expérimenter, de répéter et de changer son point de vue pour prendre en compte de nouvelles données.

Il nous faut apprendre à « faire avec » le nouveau. C'est d'ailleurs ce à quoi nous invitait Gaston Bachelard dans la Philosophie du non[14]: *« Toute philosophie qui pose ses principes comme intangibles, ses vérités premières comme totales et achevées (se fait gloire de sa fermeture. Avant tout, il faut prendre conscience que l'expérience nouvelle dit non à l'expérience ancienne, sans cela, de toute évidence, il ne s'agit pas d'une expérience nouvelle. »*

Mais il ne faut pas confondre la carte et le territoire: la théorie est la meilleure représentation possible de la réalité à un moment donné. Elle ne s'applique donc que dans des limites données.

Jean-Marie Fessner[15], directeur d'hôpital, dénonce les dangers d'une utilisation mécanique d'outils qui entraînerait une représentation faussée de la réalité. *« De plus en plus souvent, nombre de décisions sont prises moins à partir des faits que de leurs modes de représentation. L'évaluation permanente de ces derniers relève de l'impératif éthique tout comme l'évaluation de la justesse des normes. »* Le risque, de ce point de vue, n'est pas mince car, disait Tocqueville, *« une idée fausse mais simple, claire et précise, a plus de chances de réussite qu'une idée complexe. »*

4. Savoir et illusion

Cette illusion d'un savoir également partagé par tous, médecins, soignants et patients, conduit à certaines dérives plaçant le patient en position quasi prométhéenne. Ce mouvement est le corollaire de la désacralisation de la médecine, de la disparition de l'idée de mort, obscène pour nos sociétés, et de la création d'une nouvelle croyance: parce qu'il est malade, le patient est le mieux à même de juger ce qui est « bon » pour lui et, quand il ne l'est pas, il peut s'en remettre à l'expert, parfois par l'intermédiaire du juge. Ce recours au juge, conséquence logique de la réalité du droit, rend le préjudice non seulement possible mais vraisemblable.

Ainsi, le psychiatre pourrait n'être plus qu'un technicien intervenant dans le champ social, prestataire de service, sans back-ground « humaniste », philosophie ou littérature, mais pourvu d'un solide bagage « scientifique ».

Le patient-client est divinisé, enfin, et peut soutenir le mythe, remplacer celui qui savait. Il peut alors exiger des résultats et non plus seulement la mise en œuvre des moyens les plus appropriés au regard des connaissances actuelles et se bercer de l'illusion que, parce qu'un nouveau grand-prêtre, l'expert visiteur, lui a garanti l'existence de protocoles et de procédures conformes, dont l'élaboration éloigne un peu plus celui qui les rédige, il est assuré de guérir.

La société, dans sa quête d'un idéal de maîtrise qui lui laisse croire à son immortalité, remplace Œdipe par Narcisse, la souffrance psychique par la maladie mentale puis par des catégories de symptômes à réduire, l'efficacité, la rapidité et l'absence recherchée d'échec ouvrant la voie au nouveau culte, le culte de soi qui substitue au Sujet Supposé Savoir le Sujet Supposé Avoir.

5. Droits et devoirs

Il faut ici renvoyer à l'article de Guy Vallancien dans le Monde du 23 janvier dernier.

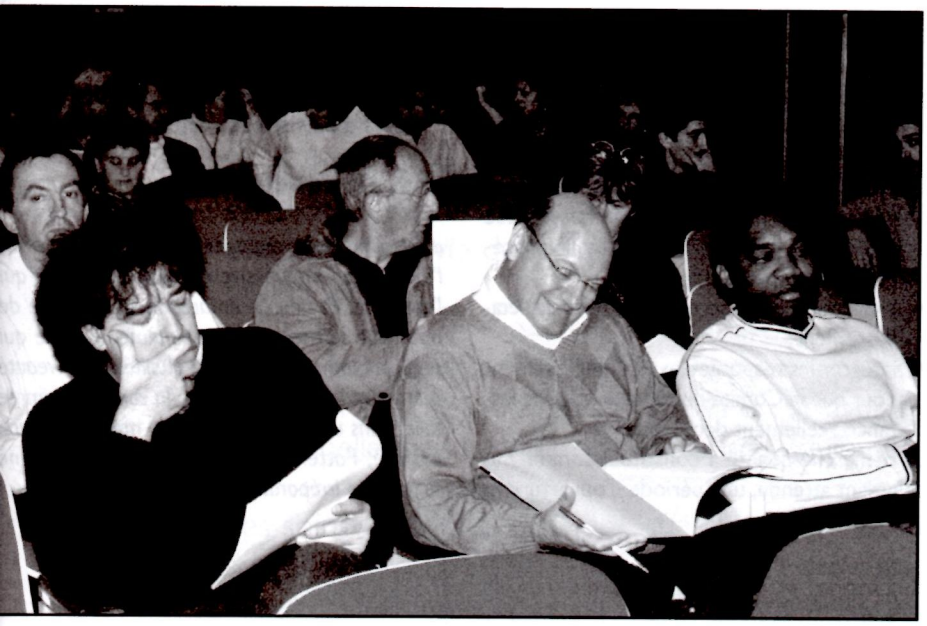
Il y rappelle ce simple constat: la santé, *« état de bien-être physique, psychique et social de la personne humaine »* est, pour un individu donné, un état instable dont la dimension personnelle prime sur la dimension socio-économique. Ainsi, la norme de santé n'existe pas.

Nul besoin donc, de revendiquer une conformité psychologique et sociale, une égalité face à la maladie, un « droit à la santé », revendication illusoire fondée sur le faux concept de bonne santé. En revanche, nous devons, collectivement, respecter un devoir qui *« exige une attitude personnelle et collective responsable: le devoir de solidarité ».*

« Cessons donc de croire que cotiser à la Sécurité Sociale donne le droit à dépenser pour soi-même ce que l'on a épargné pour la collectivité ».

La position du client est une position de toute puissance. Or, rappelle Hegel, *« l'homme a des devoirs dans la mesure où il a des droits, et des droits dans la mesure où il a des devoirs. »* Il faut prendre garde à la démotivation qu'induirait le

fait de n'être confronté qu'à la stricte application de procédures, déterminées par d'autres, donnant le sentiment, dès lors que l'on se trouve en situation professionnelle, de n'avoir que des obligations face à des personnes qui n'auraient que des droits. Il faut le répéter: la nécessaire reconnaissance de l'autre, implicite de la relation thérapeutique, passe par un certain nombre de règles dont le patient va progressivement prendre la mesure. Pour le rendre à nouveau maître de lui-même, singulier et différent, il faut aussi le soumettre à des exigences, sans quoi il tombera sous la tyrannie de sa demande qui est le fondement de la répétition, qu'il s'agisse du symptôme ou du passage à l'acte.



est une limite à mettre aux droits des patients, 'est celle de la libre jouissance qui est insupportable, car elle ne conduit, au fond, qu'à la mort, symbolique ou réelle, comme nous le appelle le Dom Juan de Molière.
Après avoir surabondamment octroyé des roits, au nom du culte de l'individu, il est mportant de construire collectivement les ontours des devoirs, ceux des politiques, des médecins, des organismes de tutelle mais aussi es malades.
a qualité est aussi à ce prix.

6. La tentation de l'homéostasie

'expérience en cours au CHS de Saint-Lô ontre que cette tentation est très forte mais u'au prix de nos exigences institutionnelles, n peut raisonnablement y résister.
e dispositif « qualité » viserait-il autre chose u'une homéostasie du système soignant, oméostasie obsessionnelle évitant toute onfrontation pulsionnelle dans l'espace qui ous intéresse, les mouvements subjectifs et la ngularité de la différence?
appelons, pour mieux les repérer, quelques symptômes obsessionnels[16]: idée obsédante (manie de la perfection, de la vérification, tendance à la répétition), compulsion, rite conjuratoire (suite d'obligations, d'interdictions et de réglementations, ritualisation), soumission à l'autorité, angoisse devant la séparation et le manque...
Si le but est de créer des processus aseptisés, uniformes plus qu'homogènes, on comprendra que la réticence se transformera alors vite en résistance. Ce terme est entendu ici dans son acception psychanalytique du terme, c'est-à-dire en obstacle au déroulement du processus lui-même, cette résistance s'opposant à l'émergence collective des problèmes effectifs qu'il faudrait régler, tuant dans l'œuf la démarche et son ambition qui sont d'améliorer le dispositif de soins.
Le propre du fonctionnement obsessionnel est l'annulation du désir. Il conduit à des conduites d'évitement, au souci vétilleux du détail, à l'illusion de la complétude, d'un objet désérotisé, à l'investissement libidinal de la pensée et des concepts.
« Le risque est inhérent à la condition de l'homme. L'existence est fragile, toujours sous la menace, aisément meurtrie par la maladie, l'accident ou les événements. L'homme est voué à une part d'incertitude[17]*... »*
Faut-il, pour obtenir de la qualité, viser une homéostasie quasi-obsessionnelle, 0 risque, 0 défaut, 0 erreur... 0 désir?
Et, derrière cette volonté de maîtrise, tapies, la toute puissance et l'autoréférence qui sont les bases de la paranoïa.
Faudra-t-il donc produire une psychiatrie aseptisée, dépourvue de scories psychiques, sans référence au désir ou à la mort, hypothétiquement parfaite et sanctionnée quand ce n'est pas le cas, au service d'un maître tout puissant sans visage, bref une psychiatrie sans humanité?
Dans ces conditions, au centre du dispositif, ce ne serait plus le patient mais un client-usager préoccupé de performance et de rentabilité. Et la démarche apparaîtrait alors purement gestionnaire sous le masque d'une idéologie dont la qualité serait la face apparente.
Que seront alors devenus le désir et la mort?

7. Idéal Thérapeutique, thérapeutique idéale

La triangulation réintroduit un tiers plus ou moins symbolique selon le temps logique de l'évolution du patient. Si la démarche-qualité, et les procédures ou protocoles qui s'y attachent, ne permet pas cette triangulation, alors, elle ne conduira pas à une amélioration de la qualité des soins mais à une transposition du taylorisme, c'est-à-dire à la production de pneus ou de yaourts « de qualité » qui n'évite pas le risque d'accident automobile ou bactérien[18].
C'est la logique du toujours plus dans un système managérial, pour reprendre l'expression de Vincent de Gauléjac[19], où « l'individu est sans cesse conduit et sollicité à se dépasser lui-même, à faire toujours mieux, toujours plus vite, surtout quand l'institution érige en devoir sacré la satisfaction du client ».
Les contraintes budgétaires sont mises, par le dispositif proposé par les ordonnances de 1996, dans une position véritablement surmoïque. Du coup, ces contraintes agissent comme un repoussoir, situant la démarche-qualité du côté de la Thérapeutique Idéale, rejetant celui de l'Idéal Thérapeutique, que nous privilégierons toujours, ne serait-ce qu'à titre de représentation narcissiquement supportable dans la mesure où elle nous rattache à la communauté du soin[20].
Bien sûr, nous ne pouvons pas ignorer les contraintes gestionnaires. Chacun d'entre nous, s'il regarde chaque mois sa feuille de paye, mesurera le tribut à payer à la raison.
Les Grecs, grands pourvoyeurs de représentations de l'inconscient collectif, ont inventé Procuste, « celui qui étire ». Ce brigand de l'Attique arrêtait les voyageurs et les étendait sur des lits de fer en leur faisant subir d'horribles mutilations. Personne n'était jamais à la bonne taille et, de ce fait, était voué à la mort.
Procuste nous propose une métaphore: si nous sommes toujours en décalage avec une hypothétique norme constamment réélaborée puisque référée à un savoir lui-même mouvant, personne ne sera jamais dans la norme. Il faudra donc étirer ou raccourcir le processus de soins du côté de la Thérapeutique Idéale, c'est-à-dire le vouer à la mort.
Pour vivre, il faut accepter d'être en constant décalage avec l'Idéal Thérapeutique sans méconnaître les impératifs surmoïques, ne serait-ce qu'au nom des devoirs rappelés par Hegel.

8. Et nous, et nous, et nous...

De longue date, le Centre Hospitalier Spécialisé du Bon Sauveur de Saint-Lô s'est préoccupé de la qualité de l'accueil et des soins délivrés aux

patients que ses équipes prennent en charge. Il existe également une tradition du dialogue avec les personnels au travers de nombreuses instances institutionnelles ou structurelles. De ces réflexions et de ces dialogues sont nés un état d'esprit, des capacités d'écoute et d'innovation, une volonté de relation avec les partenaires du réseau médical, économique et social. La réflexion institutionnelle propre à chaque secteur d'activité a été également l'occasion d'associer, de manières diverses, les patients et les familles aux processus de soins mis en œuvre pour et avec eux, y compris, chaque fois que cela est possible, quand la contrainte impose au patient la mise en place de ses soins.

Les ordonnances de 1996 ont imposé une politique générale et concertée en matière de qualité, selon des critères précis. Le concept de qualité, *« ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire les besoins exprimés ou implicites des clients »* selon la norme ISO 8402, et d'assurance de la qualité, *« ensemble des caractéristiques mises en œuvre dans le cadre du système qualité et démontrées en tant que besoin, pour donner la confiance appropriée en ce qu'une entité satisfera aux exigences pour la qualité »* a suscité des discussions au sein de l'établissement.

Mais celui-ci a pris en compte depuis lors la nécessité d'une réflexion globale, pluri-professionnelle, transsectorielle et interstructurelle. À quinze jours de la visite des experts visiteurs de l'ANAES, nous pouvons considérer que la mise en place de la démarche-qualité s'est déroulée dans de bonnes conditions au CHS de Saint-Lô et que le cap institutionnel a été gardé.

Les écueils, on l'a dit, ne manquent pas et ils n'ont pas tous été complètement évités mais, dans l'ensemble, aucun n'a naufragé la démarche. Cette démarche s'est inscrite dans une certaine philosophie de l'homme et du soin que l'on pourrait illustrer par cette citation qui concluait la phase de présentation de la démarche au sein de l'établissement: *« la vie de l'homme est sujette à tant de sortes de maux, d'infortunes et de travers qu'il serait presque toujours consumé d'ennui et de déplaisir si personne n'était sensible à ses peines et ne prenait soin de les adoucir: la providence a pourvu à son soulagement d'une manière admirable par les différentes liaisons qu'elle a établies entre les hommes*[21]*... ».*

Un Comité de pilotage a été créé sur la base d'impératifs déjà validés par l'élaboration antérieure des deux Projets d'Établissement:

- disposer d'une instance permettant de conduire la démarche, de déterminer les modalités de sensibilisation et de formation des équipes, de réalisation de la synthèse finale et de lancer définitivement la procédure d'auto-évaluation;
- impliquer tous les secteurs d'activité de l'établissement;
- intégrer les responsables de l'établissement pour que le Comité de pilotage soit une instance réellement décisionnaire.

La démarche-qualité a constitué, comme initialement attendu, une période d'ouverture et de dialogue, un travail collectif d'échanges, une occasion d'information et de transparence, une mise en valeur de ce qui fonctionne, un temps de réflexion et de critique positive. Deux principaux problèmes ont été rencontrés par les équipes: le temps consacré à l'ensemble du travail et la logistique.

Certains points positifs doivent être soulignés:

- La disponibilité des membres des différents groupes a été rendue possible par la mobilisation de l'ensemble de leurs collègues afin que leurs absences ne pénalisent pas les patients et les structures d'activité.
- Tous se sont plus à souligner le sérieux du travail et l'excellente ambiance de ce travail où la convivialité a été primordiale.
- C'est, pour cette première lourde expérience intersectorielle, un gage d'inscription des actions dans la durée et la base d'une réflexion désormais institutionnelle nourrie par les réflexions propres aux divers secteurs d'activité et structures de soins.

9. En conclusion...

« Rien ne peut changer notre vie si ce n'est l'insinuation progressive en nous des forces qui l'annulent. Et rien de naturel ne saurait faire de nous autre chose que nous-même. Tout ce qui préfigure la mort ajoute une qualité de nouveauté à la vie et l'amplifie. La santé la conserve comme telle, dans une stérile identité, la maladie est une activité, l'attente hostile et passionnée d'une fulguration irréparable[22] *».*

1- *Condillac, Essai sur l'origine des connaissances humaines, éditions Galilée, Auvers sur Oise, 1973*
2- *P. Alary, A propos de la démarche-qualité: principes de réalité(S) et complément orthopédique..., L'information psychiatrique, Volume 76, n° 9, novembre 2000, pp 1063-1068*
3- *Ronald Searles, l'effort pour rendre l'autre fou, éditions Gallimard NRF, connaissance de l'inconscient, Paris, 1977, pp 155-184*
4- *P. Alary « Sapere, propos sur l'ignorance », intervention au colloque des Cartels Constituants de l'Analyse Freudienne « de l'analyste, pratique et éthique freudiennes », Caen, 11 et 12 juin 1988 et « L'insistance de la lettre », in « l'écriture du savoir », actes du colloque de Bagnoles de l'Orne, Cahiers Diderot n° 3, 7 avril 1990*
5- *J. Azoulay: Psychothérapies institutionnelles in Psychanalyse et psychothérapies, Flammarion Médecines-Sciences, Paris, 1996*
6- *W. Reich, La psychologie de masse du fascisme, Paris, Payot, PBP, 1977, 341 pages*
7- *E. M. Cioran, la tentation d'exister, Tel Gallimard, Paris, 1956, 247 pages*
8- *E. M. Cioran, opus dixit*
9- *E. M. Cioran, opus dixit*
10- *G. Vallancien, Le droit à la santé n'existe pas, Le monde, 23 janvier 2001*
11- *Grand Larousse Universel, tome XII, Paris, Larousse, 1984, 735 pages, 8633-34*
12- *M. Desseilles, A. Menten, T. Bauvir, J.-L. Cottin, « Entre réalité thérapeutique et idéal économique, quel avenir pour les personnes en hôpital de jour », Revue des hôpitaux de jour psychiatriques et des thérapies institutionnelles, n° 1, Saint-Lô, 1999, p. 29-36*
13- *F. Delvigne, Comment fonctionnes-tu mon cher collègue? Thérapie familiale, Genève, 2000, vol. 21., n° 2, pp155-165*
14- *G. Bachelard, La philosophie du non, Paris, PUF, Quadrige, 1988, 145 pages, p. 7,9*
15- *J.-M. Fessner, La réforme de l'hospitalisation, n° 7, novembre 1997*
16- *H. Ey, P. Bernard, C. Brisset, Manuel de psychiatrie, 4e édition, Masson, Paris, 1974*
17- *D. Le Breton, Approche anthropologique des prises de risque, L'information psychiatrique, n° 6, juin 1998, pp 579-585*
18- *P. Alary, La tentation de Procuste, Actualités en psychiatrie, vol. 17, n° 7 septembre 2000, pp 249-255*
19- *N. Aubert, V. de Gauléjac, Le coût de l'excellence, Seuil, Paris, 1991*
20- *P. Alary, A propos de la démarche qualité: opus dixit*
21- *Jacques Esprit, La fausseté des vertus humaines, Aubier, Paris, 1996*
22- *E. M. Cioran, Précis de décomposition, Tel Gallimard, Paris, 1949, 255 pages*

Le moment organisateur permet d'aborder la place de la psychanalyse dans le soin des psychotiques dans l'institution

Par Claude Deutsch, Directeur du foyer Léone Richet à Bellengreville

Alors bien sûr, mon argument est celui-ci: pour parler de la place de la psychanalyse dans la prise en charge des psychotiques en institution, il n'est pas suffisant de parler de la place d'un (ou du) psychanalyste dans l'institution, ni de faire une référence historique figée à la psychothérapie institutionnelle.

Il est nécessaire de réunir le maximum de conditions pour que l'institution puisse être un espace de dire. Cette nécessité s'impose comme l'asepsie en chirurgie, comme dirait mon maître Oury. Ce n'est pas suffisant pour garantir la fonction thérapeutique de l'institution. il n'y a pas d'appellation contrôlée, de label. C'est de cette recherche du lieu idéal qu'est marqué l'échec de Marc Leclerc et Claude David à Nantes.

Pour moi, voir les choses sous cet angle, cela permet de s'écarter du sujet, à savoir comment s'articule, se joue et se dénoue le transfert du sujet en institution.

J'ai avancé la notion de moments organisateurs pour le sujet en travail et pour l'équipe soignante, moments organisateurs qui sont à penser en rapport avec le *« stade du miroir »* et le moment où *« l'enfant se surprend lui-même »* de Winnicott. C'est là qu'il se passe quelque chose qui fait prendre sens, qui est de l'ordre de l'interprétation. *Wo es war, soll Ich werden.*

J'ai défendu la thèse que l'élaboration du roman familial joue, dans le traitement des psychotiques en institution, l'équivalent de la névrose de transfert dans la cure psychanalytique classique et la notion de greffe de transfert, mis en lumière et en avant par Cisela Pankow, est assez bien admise aujourd'hui. L'inscription, l'adhésion dans et à l'institution sont nécessaires à l'émergence du transfert. Mais, j'ai appris à me méfier de ce fantasme du bon lieu qui suggère un recommencement imaginaire. À celui-ci, je préfère la référence à l'aire de jeux où l'expérience peut s'exercer.

Je prendrai mon premier exemple dans les situations de réunion de pensionnaires, qui permettent de voir les événements à la loupe. Dans la mesure où ce lieu est leur lieu, il arrive souvent qu'un pensionnaire apporte un problème personnel et apparemment sans lien avec ce qui est proposé, sinon — et exclusivement pour lui — de juxtaposition dans le temps, du type: *« quand est-ce que je vais chez mes parents? »* ou *« Deutsch est là pour me défendre »*. Qu'en faire? parfois, un élément plus dynamique du groupe ne *« laisse pas le temps »* et renvoie l'intéressé à une réalité peu plaisante: *« ce n'est pas le moment, ou le lieu, d'en parler »*.

Parfois le groupe est bien embarrassé parce qu'il n'a rien d'autre à proposer que ces affirmations sur les parents ou sur Deutsch.

Cette proposition « aberrante » peut alors modifier le cours de la réunion si un lien autre, qu'uniquement de juxtaposition temporelle peut être trouvé. Ainsi, le sujet est *« qu'est-ce que le groupe va faire pour le week-end de Pâques? »* la question des parents n'est pas aussi aberrante qu'elle peut paraître.

Si le sujet est toujours le même mais qu'il y a eu récemment un vol, par exemple, l'affirmation sur Deutsch prend un sens. Même s'il n'a pas eu vol, cette affirmation peut dénoter un sentiment d'insécurité.

Il devient alors intéressant de développer la question de l'insécurité en rapport avec le week-end de Pâques. Pour qui? pour le groupe? « ils » feront ce qu'ils voudront au week-end de Pâques. Pour le sujet qui a amené la question au contraire ce développement est important. Il a énoncé une phrase et elle a été entendue. Cette phrase, sans doute, l'a-t-il déjà prononcée dans de nombreux endroits au Foyer, et fort mal à propos, et il lui avait été répondu de se taire, qu'il embêtait et voilà que là, cette phrase qui l'encombrait, va devenir un moteur. Le moteur entraînera la machine de manière plus ou moins efficace suivant la personnalité de l'énonciateur, la capacité de renvoyer la balle.

Mais cette phrase aura été renvoyée sur un projet. Elle aura été récupérée et renvoyée comme agissant sur le devenir de l'intéressé ou des autres. Il y a projet en même temps qu'il y a sujet. C'est l'adhésion qui donne le droit à la parole, à la reconnaissance de cette parole, au devenir de cette parole. C'est la possibilité d'avoir un devenir qui donne un sens à la parole et la position de sujet à celui qui l'a émise.

Je tirerai l'autre exemple de l'expérience du travail d'équipe et particulièrement d'un moment récent. Le Foyer de Cluny est d'une grande fidélité à sa finalité, dans la transaction avec la personne en souffrance psychique et, en même temps, l'équipe n'est pas figée dans son organisation. Jusqu'à récemment, et après avoir vécu d'autres schémas, l'institution s'organisait suivant trois lieux et l'équipe se décomposait en trois sous-groupes: Bellengreville, lieu de vie rural de 10 à 12 pensionnaires, la Plate-forme, à la fois lieu de référence de jour pour tous et lieu d'accueil des pensionnaires externes et le petit Foyer de Bastion, lieu de vie urbain pour 4 pensionnaires seulement.

Pour des raisons historiques, Bastion est situé dans le même immeuble que la Plate-forme. Il y a deux ans, la sous-équipe de Bastion déclarait forfait. La présence permanente d'un éducateur ou d'un infirmier dans un espace limité et un groupe restreint, renforçait la fonction paranoïsante de celui-ci.

« La parole (la leur comme celle des pensionnaires) dit l'un deux, rebondit sur les murs comme une balle de ping-pong. »

Il nous fallait ouvrir l'huis clos. Un autre collectif, gardant des attaches à Bellengreville, se proposait pour la relève. Le projet était d'introduire de l'absence et, en même temps, de trouver une identité entre internat et externat.

Ceci donna lieu à un débat de deux ans à l'intérieur de l'équipe et sur le fond et sur la forme. Le paradoxe d'un lieu de vie sans présence éducative de nuit était-il trop subversif ou trop incohérent?

La tâche du directeur fut de gérer le débat au lieu de trouver des solutions. Et l'absence de solution, la confrontation au manque furent parfois douloureuses. C'est aussi ce qui permit qu'il y ait de l'élaboration, que ça s'organise. La question, en effet, prit rapidement un tour très concret. Il apparaît que, si un accord verbal pouvait intervenir, cet accord volait en éclats lorsqu'il engageait réellement les personnes. Le projet restait celui d'un groupe de volontaires et ne passait pas au stade de loi institutionnelle.

En cas d'absence d'un membre du groupe, personne n'acceptait de le remplacer. Évident symptôme, l'absence imprévisible constante et répétée de l'un, puis plusieurs d'entre eux, rendait compte de la souffrance.

Il y eut de ma part refus d'interdire la mise en place du projet, seule alternative proposée au forfait de la sous-équipe précédente, il y eut ensuite refus de résoudre la crise en désignant des volontaires. Et il y eut travail d'élaboration qui permit une nouvelle organisation qui paraît satisfaisante actuellement. Maintenant, une sous-équipe Caen étoffée prend en charge tant la Plate-forme que Bastion.

Qu'est-ce que cette histoire d'emploi du temps d'éducateurs ou d'infirmiers a à voir avec le traitement de la psychose? il semble important pour le psychotique que l'événement advienne pour que puisse s'amorcer une prise en compte du symbolique. Ici, nous voyons une équipe, au plus profond d'elle-même, ignorante de son propre devenir. Elle est bien sûre d'abandonner la toute puissance. Et puis, elle parvient à élaborer quelque chose de sa propre forme, de sa propre identité, de sa propre image. Quelque chose qu'elle trouve elle-même, qui ne lui est pas dictée par l'autorité. C'est bien sûr un comportement qu'elle reproduira inconsciemment auprès des pensionnaires.

On a beaucoup parlé de l'espace de parole que cela crée et Oury, de son côté, cite souvent l'exemple de chaises qui viennent à manquer dans l'institution et qu'il ne faut pas remplacer comme ça.

Aujourd'hui, j'ai voulu, à la lumière de ces deux exemples, mettre l'accent sur le moment organisateur.

sommaire n° 31

1 ..... Éditorial

Journée de Saint-Lô, 13 novembre 2001 : la psychothérapie institutionnelle

2 ..... Le psychiatre-analyste en institution ou la psychothérapie institutionnelle
Docteur Jacques Azoulay, psychiatre

4 ..... Histoire d'une institution : l'expérience de «Sésame», point d'accueil et d'écoute
Chantal Bersou, psychologue

6 ..... Quelle empreinte de la psychothérapie institutionnelle au CMP *ou* que reste-t-il de nos amours ?
J. Filmont, psychologue, fondation du Bon-Sauveur à Picauville

7 ..... Le temps, l'espace, l'institution
Pascal Crete, psychiatre, foyer Léone Richet à Bellengreville

9 ..... La psychothérapie institutionnelle au C.M.P. quelle filiation ?
Joseph Lecler, cadre de santé

12 ..... La septième instance
Patrice Philippe, éducateur, foyer Léone Richet à Bellengreville

13 ..... La démarche-qualité au service de l'institution : un pari fou ? Réflexions après-coup sur les enjeux et la méthode
Docteur Patrick Alary, psychiatre des hôpitaux, CHS du Bon-Sauveur, Saint-Lô

17 ..... Le moment organisateur permet d'aborder la place de la psychanalyse dans le soin des psychotiques dans l'institution
Claude Deutsch, Directeur du foyer Léone Richet à Bellengreville

PRATIQUE ET RECHERCHES

REVUE DE L'ASSOCIATION CROIX-MARINE BASSE-NORMANDIE

Fondation du Bon-Sauveur, 50360 PICAUVILLE
Tél. 02 33 21 84 00 (poste 8466) - Fax 02 33 21 85 14

Directeur de la publication :	Jean-François GOLSE	Composition et impression :	LOCOMOTIVE 02 33 07 54 09 COURCY
Responsable de la rédaction :	Philippe LAMOTTE		
Secrétaire de rédaction :	Maryse CORBET		
Secrétaire adjointe :	Marie-Line LAMARE-HAMELIN	Photos :	P. LAMOTTE PICAUVILLE
Comité de rédaction :	J.- N. LETELLIER J. ANDERSON, M. PITON, G. BOITTIAUX, B. NOUHAUD T. JEGARD	Secrétariat :	02 33 21 84 66
		Dépôt légal :	4e trimestre 2001

En couverture :
le Mont-Saint-Michel
Photo : Philippe Lamotte

éditorial

Journée passionnante que celle consacrée à la psychothérapie institutionnelle le 13 novembre 2001 à Saint-Lô avec comme interlocuteur privilégié de cette journée le docteur Azoulay, longtemps psychiatre du célèbre (psychiatriquement parlant) XIII^{ème} arrondissement de Paris, maintenant en retraite mais ayant gardé comme il nous l'a expliqué une activité clinique pluri-hebdomadaire.

Le docteur Azoulay a l'immense mérite de réussir à allier profondeur théorique et simplicité d'expression dans une réflexion en permanence articulée avec les situations cliniques de la vie quotidienne des patients et des soignants, situations auxquelles il donne sens.

A la « destructivité de la psychose » pour reprendre une des expressions qui lui sont chères, il oppose pourrait-on dire la « constructivité » de l'élaboration, élaboration personnelle mais aussi élaboration d'une équipe ou plutôt en équipe.

Les soins en fait, au delà des quelques connaissances (on n'ose pas dire certitude) scientifiques relèvent pour une bonne part des capacités à penser et à penser ensemble (ce qui ne veut pas dire penser la même chose), de la créativité personnelle, de la créativité du groupe; bref tout ceci reste un art.

Il est urgent en ces temps de technicisation et de protocolisation de se réapproprier ce mouvement (ce n'est pas un savoir figé) de la psychothérapie institutionnelle qui nous invite sans cesse à penser et soutient nos capacités à penser.

Docteur J.-F. GOLSE

Le psychiatre-analyste en institution ou la psychothérapie institutionnelle

Par le Docteur Jacques Azoulay, psychiatre

Historique

La notion de psychothérapie institutionnelle est apparue en France dans l'immédiat après-guerre, à travers la nécessité de transformer les anciens Asiles d'Aliénés, dénommés Hôpitaux Psychiatriques en 1938, en instruments de soins authentiques.
La démarche est inaugurée par Tosquelles, Balvet, Bonnafé pendant la guerre. Daumezon et Koeklin officialisent le terme en 1952, désignant des expériences de plus en plus variées, voire divergentes. Un dénominateur commun subsiste: la référence à la Psychanalyse et aux thérapies de groupe, et pour certains, l'importance donnée aux aspects sociologiques, voire politiques.
Le mouvement se poursuit pour répondre aux nécessités du traitement des psychoses graves, et en particulier des états schizophréniques. Mais il s'adresse aussi à un certain nombre d'états limites dans des moments critiques de leur parcours.

Les expériences de psychothérapie institutionnelle se veulent aujourd'hui plus modestes ou plus réfléchies. Mais l'importance de l'aspect institutionnel du traitement global des psychoses s'affirme, compte tenu des déceptions que les psychothérapies individuelles des états psychotiques graves ont provoquées.
Ainsi s'élabore peu à peu, dans chaque institution particulière, en s'appuyant sur des données largement convergentes, une possibilité de tirer partie dans un sens dynamique, des échanges de la vie quotidienne, dans tous les lieux où des soignants psychiatriques et des thérapeutes accueillent des malades mentaux.

L'importance des psychothérapies institutionnelles

Insistons d'abord sur le fait que dans l'ensemble du traitement des psychoses, on parle surtout aujourd'hui de désinstitutionnalisation, avec la diminution radicale des hospitalisations prolongées qui étaient jusque dans les années 1950-1960 la réponse prévalente pour les formes graves.

Depuis cette période, les tentatives de cure psychothérapique ou psychanalytique individuelle se sont multipliées, surtout aux États-Unis et en Grande-Bretagne (From-Reichman, Searles, Segal, Bion, et en France Racamier). La plupart de ces auteurs ont insisté sur l'articulation de l'échange individuel avec un étayage institutionnel. Par la suite, surtout en France, on a mis l'accent sur la compréhension psychanalytique des phénomènes qui se développent dans le champ institutionnel.

Dans l'éventail des états psychotiques, les défenses schizophréniques ou paranoïaques qui fonctionnent dans un équilibre plus ou moins viable ne nécessitent pas un tel étayage institutionnel. Néanmoins il est rare que même dans ces cas, plusieurs interlocuteurs ne doivent pas intervenir.

Plus généralement, dans beaucoup de psychoses et certains états limites, le colloque singulier ne suffit pas, et le thérapeute s'estime incapable d'affronter seul la situation thérapeutique. Ou bien le traitement ne s'engage pas, ou bien le thérapeute est débordé par la violence des décharges agies, ou par l'intensité de la souffrance du patient ou de sa famille, et souvent par le risque de suicide.

Au-delà de l'étayage, l'observation du comportement, de la projection dans les situations concrètes, dans les personnes et dans les choses, peut réanimer ce qu'on peut penser du patient et avec lui. Une activité en commun, un jeu à plusieurs, ou la nécessité d'affronter une situation plus critique, ne constituent pas seulement un moment d'interaction qui va rester ponctuel: ces situations vont donner source à récit, élaboration et connaissance, relançant l'investissement du patient par autrui en même temps que son propre sentiment d'existence. Ce qui va appeler la proposition de traitement institutionnel c'est le débordement dans le réel du fonctionnement psychique: trouble extériorisé dans le monde social, plutôt que plainte concernant la vie psychique; et aussi incurie, apragmatisme, attitude démissionnaire vis-à-vis de soi-même.

Le trouble de la symbolisation explique la tendance à la pensée concrète et à l'utilisation de la réalité pour communiquer avec autrui. À l'opposé, les actes des intervenants, les réalités du dispositif soignant, sont des messages éventuellement plus significatifs que les paroles (Sassolas).

Les principales orientations théoriques des psychothérapies institutionnelles

Le soin institutionnel de Racamier
En 1959, au groupe de Sèvres, René Diatkine s'était écarté de la Psychothérapie Institutionnelle, et avait récusé la pertinence d'une position interprétative de la part des infirmiers, (et aussi, nous le verrons, du psychiatre-analyste lui-même dans le champ institutionnel).

Racamier, à partir de son expérience du foyer-hôpital de jour de La Velotte à Besançon, oppose le soin à la psychothérapie individuelle proprement dite. Mais le soin a des potentialités psychothérapiques, dans la mesure où il s'appuie sur une intelligence psychanalytique de ce qui s'engage avec le patient dans la vie quotidienne: « sans une base de soins, il n'y a pas de psychothérapie possible avec la plupart des psychotiques. »

Le soin institutionnel intervient dans un champ somato-psychosocial, et passe par des objets concrets.

L'institution doit porter témoignage de l'existence même du patient. Elle favorise la constitution d'un espace tiers, intermédiaire, qui fait le plus souvent défaut dans le fonctionnement psychotique. « Les mouvements affectifs des soignants et des thérapeutes par rapport au patient doivent être repérés, élaborés et utilisés de façon collective, comme les éléments complémentaires d'un orchestre. » Soins institutionnels et psychothérapie individuelle articulent la notion de traitement bifocal des psychoses graves (qui désigne plus généralement la collaboration d'un psychiatre et d'un analyste dans le traitement d'un même patient).

Dans cette Institution Mentale (Hochman), le soin psychiatrique est un « acte symbolique parlé. » C'est une activité intellectuelle qui cherche à réconcilier le patient avec sa pensée vécue comme une persécution interne.
L'activité de pensée du soignant évoque l'analogie avec la « capacité de rêverie de la mère » (Bion).

L'expérience de Genève
Elle a inspiré un ouvrage important: Psychose et changement (René Diatkine et collaborateurs).
Elle repose sur l'articulation d'un groupe thérapeutique et de petites institutions. Critiquant l'institution en tant que collectivité de patients, il s'agit encore d'une psychothérapie institutionnelle en tant que c'est un traitement à plusieurs. L'instrument thérapeutique de référence est un réseau de thérapeutes, dans un abord le plus possible individualisé.
On propose au patient des relations avec des personnes qu'il connaît bien. On maintient ainsi une interaction vivante dans des rencontres successives, ouvertes à des nouveautés et à des surprises. Ces relations individuelles sont articulées entre elles dans un ensemble cohérent d'où peuvent se dégager des idées nouvelles sur ce que le patient vit et exprime avec chacun des intervenants.

Réseau d'institutions diversifiées dans le XIII^{ème} arrondissement de Paris
Largement influencée par Philippe Paumelle, son fondateur, et aussi par Racamier et René Diatkine, cette première expérience de la Psychiatrie de Secteur a développé un réseau d'institutions spécifiques.
L'Équipe de secteur (médecin, assistante sociale, infirmière) suit ponctuellement ou au long cours une cohorte de malades (ce n'est donc pas ici une institution « centrée sur le client »), mais sa perspective est individualisante.
L'hospitalisation reste importante dans sa fonction d'accueil et de traitement de la crise, et aussi dans sa capacité à favoriser les conditions d'un traitement possible.

- L'hôpital de jour a également un rôle important dans sa capacité d'accueil et d'ouverture pour favoriser à plus ou moins long terme des équilibres plus viables.
- Un centre psychothérapique et psychanalytique (Jean et Evelyne Kestemberg) accueille des patients qui consultent directement. D'autres sont adressés par une des équipes psychiatriques, organisant la possibilité d'un traitement bifocal.

Essai de compréhension des échanges psychiques mis en jeu dans les psychothérapies institutionnelles

Le traitement institutionnel des états psychotiques est donc un traitement à plusieurs qui prend en compte la réalité à travers les échanges de la vie quotidienne.

La validité du point de vue psychanalytique
Tous les auteurs soulèvent le problème méthodologique de l'utilisation de concepts analytiques pour étudier les phénomènes individuels et collectifs surgissant dans l'institution. Ils reconnaissent aussi les difficultés que provoque souvent la présence d'un psychanalyste trop séparé des événements de la vie quotidienne, ou au contraire trop inscrit dans les échanges intenses ou massifs qui marquent la vie de l'institution.
Pourtant Raymond Cahn en propose une justification convaincante. Il prend en compte l'hypothèse de « la contingence des multiples éléments de réalité et de leurs infinies variantes, par rapport au poids de la nécessité, inhérente au mode de fonctionnement psychotique: quelle que soit la multiplicité des situations et des rencontres, il revêtira une allure, une dimension, un aspect spécifique selon les lignes de force qui immanquablement se dégageront plus ou moins rapidement au sein de cette multiplicité et de cette diversité du tissu institutionnel et de ses paramètres. »
C'est le regard, l'écoute, le mode de relation entre tous ses membres et vis-à-vis de tout ce qui s'y joue, qui caractérisent les expériences basées sur « l'intelligence psychanalytique » des phénomènes.
Dans cette démarche, il faut souligner le rôle essentiel de l'activité théorisante qui encadre les échanges, de l'Institution Mentale au sens de Hochman.

L'apport narcissique et les investissements objectaux

La trame narcissique est plus ou moins défaillante chez les sujets psychotiques. L'illusion d'un plaisir possible est souvent précaire ou manquante, elle peut être récupérée partiellement par une projection hallucinatoire. L'unité du sujet est constamment menacée par l'investissement objectal qui mobilise le risque de désirer.

a) L'étayage institutionnel
Dans l'institution on peut constater des investissements régressifs, de type narcissique qui se portent éventuellement sur l'instance institutionnelle prise comme un tout indifférencié, et qui prévalent sur l'investissement des personnes. C'est un aspect de ce qu'on a appelé « Transfert diffus » (M. Sweich). C'est tout le risque des installations au long cours, et l'on doit réfléchir au jeu dynamique entre l'acceptation nécessaire des positions régressives et l'accompagnement attentif des mouvements évolutifs.
Le patient se sent l'objet d'un investissement suffisamment continu, qui contient sa tendance à la fragmentation.
Parfois le début du réinvestissement du monde consiste dans une activité effectuée seule au milieu des autres, ou dans une présence en retrait, silencieuse, à la périphérie ou en orbite d'un groupe plus vivant.
L'étayage contient toute une vie pulsionnelle qui n'est pas interprétée comme telle, et qui est surtout vécue dans l'être avec, le faire avec.

b) Investissements narcissiques et objectaux
À un degré de plus, des investissements libidinaux ou agressifs peuvent se mobiliser. Ils peuvent définir une situation de rencontre vraie. Quelquefois on s'aperçoit qu'un événement passé inaperçu a fait trace: c'est un des éléments d'une histoire partagée qui se construit.
La projection des composants clivés du sujet psychotique dans l'espace psychique des thérapeutes
fonctionnant comme « hôtes », définit ce que l'on peut appeler un transfert institutionnel, selon différentes modalités d'investissement de type narcissique ou objectal. Ils ont une dimension plus objectale quand l'objet interne n'est pas uniquement et fortement persécuteur, l'espace thérapeutique prenant alors la valeur d'un espace transitionnel. Quand l'objet interne est plus globalement persécuteur, la fragmentation psychique est plus marquée (Raymond Cahn).
Souvent, on constate des fantasmes induits chez les soignants ou thérapeutes: fantasmes de vidange, ou d'invasion, ou de réduction à l'absurde. Ces fantasmes, s'ils sont insuffisamment élaborés, peuvent provoquer des réactions de fuite, ou au contraire « d'activisme psychanalytique. »
Les projections clivées chez différents thérapeutes provoquent des phénomènes de « scission institutionnelle » (Woodbury).

c) Le travail sur la répétition: levée du déni et mouvements de réunification.
Les vécus archaïques, auparavant clivés ou exclus, viennent donc s'actualiser dans l'espace thérapeutique, utilisant largement l'identification projective dans tel ou tel soignant. Le travail élaboratif de l'équipe animée par le psychiatre analyste, que son expérience prépare à repérer ces phénomènes, non sans un effort souvent douloureux, et une latence plus ou moins longue et difficile, accueille cette répétition et doit l'assumer.

On peut alors distinguer deux temps dans ce travail élaboratif:

- levée du déni par la reconnaissance et la figuration de ces répétitions mises en récit et travaillées avec le patient le moment venu;
- écart mutatif favorisé par la modification des attitudes contre-transférentielles qui permet de ne pas répondre en miroir.

Ainsi les processus de changement ne passent pas, pour l'essentiel, par l'interprétation des contenus inconscients, mais par la réponse de l'objet externe, « dans un processus impliquant la temporalité plus encore que la dimension spatiale métaphorique » (R. Cahn).

d) Les crises dans le traitement et leur valeur élaborative (J. Azoulay).

Les situations de débordement et toutes les attaques contre le cadre ont été reconnues dans toutes les expériences institutionnelles. La crise est un moment où la rupture de l'équilibre défensif entraîne des décharges pulsionnelles plus ou moins intenses. La survenue de crises dans le traitement, dans un parcours plus ou moins orageux, traduit parfois l'instauration d'un engagement plus réciproque dans le traitement quand la crise a pu être élaborée.

Au total, le travail institutionnel dans cet espace de soin vectorisé par l'intelligence psychanalytique prend la valeur d'un travail proto-psychothérapique par rapport à un deuxième niveau qui serait celui du travail psychothérapique proprement dit.

Problème des transferts

Thérapeutes et soignants

Le psychiatre-analyste fait partie de l'équipe soignante, et à ce titre, il prend en compte les éléments de réalité et de la vie quotidienne. Comme l'a souligné R. Diatkine, il ne doit pas tout ramener à la seule relation avec lui. Sa place reste néanmoins centrale, appuyée par la référence symbolique qu'il représente.

Dans l'institution, on ne sait pas d'emblée quel est le personnage le plus investi, et une référence focalisante peut nécessiter un travail de changement, d'ajustement par rapport à ce qui était prévu. L'élaboration de ces mouvements de focalisation se fait en équipe, et elle reconnaît la diversité des investissements dans leur évolution. Quand la relation thérapeutique se prolonge, il y a dans notre expérience une tendance à la focalisation sur le médecin psychiatre-analyste. Mais ce mouvement n'est pas réductible à un colloque singulier. Il renvoie métaphoriquement à l'économie d'un psychodrame, où les transferts latéraux sont pensés par rapport à leur focalisation sur le directeur de jeu.

Transferts et évolution

On peut observer différents temps transférentiels qui habituellement se chevauchent.

L'investissement narcissique d'objet: le patient mobilise par exemple chez tel ou tel soignant une séduction narcissique (Racamier), dont il est difficile de se déprendre sans l'intervention des autres membres de l'équipe.

Les premières émergences objectales passent souvent par un investissement sado-masochique, première façon d'intégrer la destructivité. L'équipe doit être expérimentée pour repérer et contenir ces mouvements agressifs sans les réduire à tout prix (médicaments à grosses doses, enfermement ou exclusion).

Les mouvements clivés de séduction d'une part, sado-masochiques d'autre part, s'adressent à différents intervenants, tendant à faire exploser l'institution. C'est dans ces moments que l'institution doit fonctionner comme un « appareil de soins », et où il ne s'agit pas de se référer à l'attitude d'un seul.

Les mouvements sado-masochiques peuvent s'installer plus durablement comme défenses perverses, que l'on peut considérer parfois comme formes de « guérison » (Racamier).

Ces évolutions dans leur diversité posent la question de la fin du traitement institutionnel, en sachant que le travail de séparation peut être long: il fait partie intégrante du processus thérapeutique.

Bibliographie

Azoulay J., « Les Psychothérapies Institutionnelles », in: Psychanalyse et Psychothérapie, D. Widlocher et A. Braconnier, Flammarion, 1996, (Bibliographie détaillée)

Souffir V., Chambrier J., Deyon D., Azoulay J., Gauthier S., « L'Appareil de Soins, une voie de recherche pour les psychanalystes dans le traitement des psychoses » in: Revue Française de Psychanalyse, 1996, vol. 60, n° 2,

Histoire d'une institution : l'expérience de «Sésame», point d'accueil et d'écoute

Par Chantal Bersou, psychologue

Commentaires par rapport à l'histoire

L'histoire de « Sésame » trouve ses origines dans cet effort de désinstitutionnalisation d'il y a une vingtaine d'années, mis en acte par le développement de structures intermédiaires, alternatives, de lieux de vie hors les murs.

Il s'agissait de repenser l'institution en termes originaux.

Cette démarche s'inscrivait dans le souci de déchronicisation et d'intégration de la personne dans son nouvel environnement.

L'évolution diachronique de cette institution montre que, comme tout système vivant, elle traverse des cycles de vie, ponctuée d'événements et de paliers à franchir, nécessitant des réaménagements au niveau des objectifs et chez les intervenants.

Ainsi donc, « L'escale » se fonde sur une séparation (le départ des infirmiers ayant travaillé à l'élaboration d'un lieu de vie hors les murs). Cet état de fait entraîne une crise créative qui aboutit à une redéfinition de la représentation de ce lieu.

Pour s'affirmer alors, « L'escale » loin de renier cette appartenance, s'affilie en partie au premier projet, en retenant l'idée de mettre des supports d'activités sur place, pour faciliter les échanges entre patients hospitalisés ou non hospitalisés, mais d'emblée aussi privilégie l'écoute et l'aide psychologique personnalisée (ceci est souligné dans les points préliminaires à la mise en place de « L'escale »).

Ce recadrage est intensifié par la fréquentation de jeunes personnes tout-venant, non répertoriées par les secteurs. Cette donnée

réoriente, réajuste les objectifs de la structure et son action se voit confirmée par la circulaire de 1992 relative à la mise en place d'actions de santé déconcentrées en direction de jeunes en difficulté d'insertion professionnelle et sociale. Un nouveau palier est atteint.

Le choix d'un nouveau nom: « L'escale » devient « Sésame », le remaniement de l'équipe lié là aussi à un départ, marque ce recadrage

Tout en n'excluant pas ses appartenances d'origine à l'institution hospitalière, « Sésame » accède à une identité propre, affirme sa différence.

La circulaire de 1996 relative à la mise en place de points d'accueil pour les jeunes âgés de 10 à 25 ans et son application amplifie cette différence et oriente « Sésame » dans un nouveau cycle de vie.

Les divers changements qui ponctuent l'évocation de ce parcours rendent bien compte d'une co-évolution Sésame-intervenants.

Pour finir, je voudrais dire un mot sur l'acte de supervision.

Différents termes sont associés à la supervision: régulation, aide à la pratique des intervenants et au superviseur: expert, contrôleur, etc. Plus précisément, le rôle de surperviseur à Sésame est d'écouter les écoutants et ceci de manière active.

Mon travail consiste donc,

- à aider les intervenants;
- à maintenir le cadre de leurs interventions et leurs objectifs, dans une constante recherche de définition, (re) définition;
- à privilégier le travail sur la demande de la personne;
- à cerner leur qualité d'affiliation à la personne;
- à repérer ce qu'ils montrent mais ce qu'ils ne disent pas forcément à la personne;
- à formuler des hypothèses de travail;
- à valider la pertinence de leur écoute.

Mais, la supervision, c'est aussi la co-construction et la co-évaluation d'un système (écoutant et tiers introduit: superviseur) qui entre en résonance avec différents niveaux, par exemple:

- le système familial de la personne dont on parle;
- le système familial ou de couple des intervenants eux-mêmes;
- le système institutionnel que Sésame représente;
- le système de la supervision.

L'évolution des situations présentées est liée à ces assemblages, à ces résonances entre deux univers apparemment disparates dont la finalité est une recherche constante de sens.

L'aide apportée aux intervenants se doit de passer d'une écoute simple qui observe à une co-participation active du superviseur qui intègre ces différents niveaux de résonance, afin de refléter aux intervenants cette perception nouvelle qui permet de laisser émerger le recadrage, la redéfinition et une relecture partagée du problème présenté.

Composition de l'équipe de « L'escale »

- 2 infirmières de santé mentale;
- 1 psychologue pour la régulation du personnel infirmier;
- 1 coordinateur, médecin-chef de service, le Dr Andersson, garant des projets de cette structure.

Le projet d'ergothérapie est abandonné par l'équipe.

Le lieu d'écoute « L'escale » ouvre le 1er juillet 1987, 80, rue Saint Blaise, en centre ville, dans un immeuble banalisé, facilement accessible.

« L'escale »: un lieu non médicalisé qui reçoit des patients suivis en santé mentale en voie de déchronicisation, afin de les aider à se maintenir dans la vie urbaine, en leur offrant:

- une aide psychologique;
- une écoute, tout en respectant les valeurs des personnes compatibles avec la réalité;
- des groupes d'échange, d'activité, axés sur le quotidien pour les amener à acquérir une « autonomie » et à investir les lieux dans la cité.

Critères de base

- anonymat;
- gratuité.

À partir de 1990, nous nous sommes progressivement rendus compte de l'apparition:

1- d'une population ayant un mal-être existentiel, réactionnel, non suivie en santé mentale;
2- d'un rajeunissement des personnes venant à « L'escale », en même temps qu'une diminution des demandes pour lesquelles cette structure a été mise en place.

Ces constats ont amené l'équipe à se questionner sur comment aborder ces demandes.

À partir d'un travail de réflexion, au sujet de cette population, l'équipe doit s'adapter, modifier la vocation de « L'escale » et démarrer une formation nécessaire pour son personnel infirmier.

La circulaire du 24 janvier 1992, relative à la mise en œuvre d'une action de santé déconcentrée en direction des jeunes en difficulté, vient renforcer l'idée du bien-fondé de notre démarche.

Âge de la population concernée: à partir de 16 ans, sans limite d'âge

L'équipe s'oriente vers des entretiens individuels.

En juin, 1994, émerge le nouveau projet: le choix d'une nouvelle dénomination « Sésame » marque cette évolution.

Le 1er décembre 1994, Sésame, structure intersectorielle devient fonctionnelle et prend la suite de « L'escale » avec comme objectifs:

- l'aide psychologique aux personnes en souffrance dans leur milieu de vie habituel avec une proposition éventuelle de médiation familiale pour aborder les conflits familiaux;
- mais aussi aux jeunes en échec scolaire, en difficulté d'insertion professionnelle et/ou sociale par la mise à disposition d'une structure proposant:
  - un accueil chaleureux dans un contexte de gratuité, de confidentialité, d'anonymat,
  - une écoute ayant un effet cathartique pour amener une dédramatisation et une décompression des tensions,
  - une information sur place concernant la santé, le réseau social, éducatif ou professionnel pouvant les aider,
  - une orientation éventuelle vers différents types de prises en charge.

Cette action de prévention, d'orientation, d'aide va être confortée par la circulaire du 14 juin 1996, relative à la mise en place de l'accueil pour les jeunes âgés de 10 à 25 ans (Sésame reçoit des personnes à partir de 10 ans mais sans limite d'âge).

« Sésame » lieu non étiqueté « psychiatrie »

l'élargissement de la tranche d'âge à partir de 10 ans, nous amène à entreprendre des démarches:

1- la mise en place d'un protocole entre le Conseil Général, les autorités judiciaires et la structure « Sésame » comme un lieu pouvant accueillir des mineurs de moins de 15 ans.
2- Rencontre avec les responsables de l'Académie pour envisager une convention entre l'Éducation Nationale et Sésame;
3- Avec les proviseurs, CPE, principaux, infirmières scolaires, assistantes sociales scolaires;
4- Avec des délégués de classe, avec les associations de parents d'élèves.

Sésame recevant à partir de 10 ans, sans limite d'âge:

- rencontre avec les partenaires sociaux d'Alençon;
- Sésame est affiliée à la Charte des Points Jeunes;
- Un groupe spécifique « soutien endeuillés » (suite à des suicides ou des morts violentes) a été récemment mis en place;
- Sésame intervient aux Urgences du Centre Hospitalier au niveau des suicides dûs à un moment douloureux.

Le personnel se compose de:

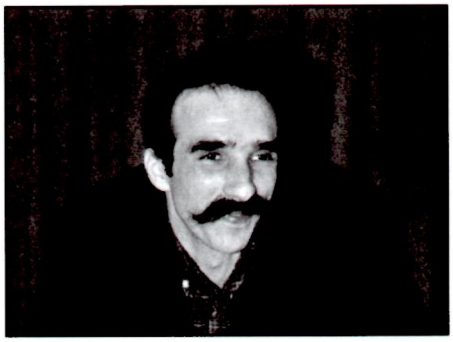
- trois écoutants dont un à temps partiel, de formation initiale d'infirmiers en santé mentale, avec des formations à la thérapie familiale systémique, dynamique de groupe, analyse transactionnelle, en approche centrée sur la personne (relation d'aide) et qui continuent à perfectionner leur savoir;
- un psychologue à raison de deux demi-journées par semaine qui assure la supervision et le travail institutionnel;
- un cadre infirmier référent;
- un médecin psychiatre garant de la qualité de l'activité et coordinateur.

Les horaires d'ouverture:

- lundi, jeudi de 14 heures à 19 heures;
- mardi, mercredi, vendredi de 10 heures à 17 heures sans interruption.
- possibilité de rendez-vous à horaires déterminés (soirée, samedi) ;
- Sésame est équipé d'un numéro de téléphone vert (appel gratuit) 0800.00.77.22, afin de permettre aux personnes les plus démunies d'entrer en contact avec le point d'accueil et d'écoute.

Quelle empreinte de la psychothérapie institutionnelle au CMP ou Que reste-t-il de nos amours ?

Par J. Filmont, psychologue, fondation du Bon-Sauveur à Picauville



En des temps reculés, il y avait des « consultations externes ». Il s'agissait là d'une place faite au dedans pour le dehors. Au-dedans de l'Institution, justement, si on veut bien pour l'heure laisser à ce terme son ambiguïté quant à sa relation aux murs, soit à la matérialité de l'établissement. Pour les professionnels concernés, essentiellement les psychiatres et les psychologues, les consultations externes, c'était la possibilité d'une relation directe exclusive avec le patient, d'un suivi dans lequel on s'occupe soi-même de ses affaires, sans les contraintes et les pesanteurs administratives et collectives. En quelque sorte une bouffée d'air pur dans l'empoisonnement institutionnel.

Pour ceux, dont je suis, qui se réfèrent à et se réclament de la psychanalyse, disons que ces vieilles « consultations externes » étaient le lieu d'une relation transférentielle plus proche de ce qui constituait un idéal, à savoir la cure-type. Formulation qui ne va pas sans rappeler que cette proximité a besoin d'être précisée — c'est la question de l'analyse dans l'institution — et que cette référence à la cure-type comme idéal n'a pas été et n'est pas sans faire problème — et c'est cette fois la question cure-type et psychothérapies d'inspiration analytique — .
Ne nous trompons cependant pas en pensant que la psychanalyse ne serait aujourd'hui qu'à situer du côté de l'extérieur de l'institution dans une référence à la cure-type comme contrat à caractère privé — qu'on ne s'autorise, patient et analyste, que de soi-même ou pas tout à fait…- puisque les pratiques de la psychothérapie institutionnelle s'étayent justement sur une compréhension psychanalytique du psychisme, puisque cette psychiatrie est celle d'une psychiatrie fécondée par la psychanalyse. Le cheval est donc depuis longtemps entré dans la ville et la question est plus celle de la distinction entre une psychanalyse en or d'un côté et une psychanalyse de l'alliage avec le cuivre institutionnel de l'autre, soit pour le dire dans des termes moins elliptiques, une opposition entre une psychanalyse que certains, avec les dangers que cela suppose, seraient tentés de nommer idéale ou pure, et une psychanalyse appliquée, au champ et aux pratiques psychiatriques, cela va presque sans dire.
Dans ce contexte là, j'écrirai, pour repérer le mouvement de la constitution des C.M.P., que ces « consultations externes » se sont tout bonnement externalisées. Qu'il s'agisse là de la réalisation d'un souhait des professionnels concernés, nul doute, puisque cela permettait de se rapprocher du modèle, mais il a fallu la convergence d'autres élans et en particulier:

- celui du projet de sectorisation avec les questions de la continuité et de la proximité des soins d'une part,
- et d'autre part, last but not least c'est certain, celui d'une évolution sociale qui amène, en lien avec ce qu'on a appelé la crise économique, à s'appuyer plus nettement sur les références d'une économie libérale et à mettre en critique les coordonnées d'une vie sociale plus collectivisée. Sans prétendre que c'est la chute du mur (de l'Institution) qui a amené la mise en place des C.M.P., rappelons tout de même qu'on a pu écrire en 1987 (H. Tonnellier *« Secteur et institution »* Information psychiatrique, octobre 1987, vol. 63, N° 8, pages 1011-1013) que *« le fonctionnement d'un dispensaire renvoie le plus souvent à une juxtaposition d'activités »* et que *« l'on s'interroge assez peu sur [la] notion de collectif dans le secteur "dans lequel" le plus souvent ce collectif soignant n'existe pas, faisant disparaître de concert une partie de la thérapeutique »*. H. Tonnellier pouvait aller jusqu'à conclure lapidairement et me semble-t-il avec amertume: *« Pourquoi avons-nous tant oublié dans le secteur ce que nous avions appris du collectif dans l'institution ? »*

Se demander s'il reste quelque chose de la psychothérapie institutionnelle au C.M.P., c'est donc chercher à savoir si quand on quitte son milieu, au nom d'une idée, aussi grande soit-elle d'ailleurs, on n'en garde pas finalement quelque chose. Notre réponse ne cesse d'être affirmative et c'est le concept d'empreinte, qui fait titre ici, qui vient, dans notre réflexion, tenter de l'articuler.
H. Tonnellier me semble poser très justement le ressort de la question qui nous occupe: c'est bien cette affaire du collectif qui constitue le nœud du problème. À l'évidence, le collectif, dans l'Institution avec ses murs, c'est ce qui saute aux yeux, ce qui ne se contourne pas. La psychothérapie institutionnelle marche sur ses deux jambes en aménageant ce collectif, en référence à la psychanalyse, pour articuler la thérapeutique. Des clubs aux réunions soignants-soignés en passant par la mise en place des infirmiers référents ou des ateliers, de l'ergothérapie, c'est par l'organisation favorable d'un collectif thérapeutique que la psychothérapie institutionnelle a pu et peut encore aujourd'hui montrer sa valeur heuristique et thérapeutique.
Au C.M.P., véritable « ex-stitution » dans le contexte que nous brossons, les conditions ne sont pas réunies pour qu'œuvre pareille dynamique et pareille efficacité. Les patients viennent seuls, généralement du milieu dit ordinaire, pour rencontrer un interlocuteur et un seul, dans une relation pas ou très peu médiatisée, si ce n'est par la parole.
Seulement voilà, le diagnostic amer de Tonnellier selon lequel dans le secteur, le *« collectif soignant n'existe pas »* mérite un examen critique approfondi. Qu'avec la sectorisation et l'autonomisation de relations thérapeutiques duelles — sur le modèle du libéral-, l'Institution s'éclate et risque de donner l'image d'une juxtaposition mal ou pas coordonnée d'activités, c'est bien évident, mais c'est justement d'un risque qu'il s'agit. Or, dans la vie d'un C.M.P., les liens ne manquent pas avec l'hôpital et ses murs:

- la dépendance administrative et matérielle du lieu et des professionnels à l'endroit de l'hôpital est patente — qu'on se pose par exemple la question des raisons du caractère gratuit des prises en charge — ,
- les personnels des C.M.P. travaillent aussi ou ont aussi travaillé dans les murs de l'établissement hospitalier,
- une proportion importante des patients suivis est aussi passée par un temps d'hospitalisation.

Et plus encore, la vie d'un C.M.P. est rythmée par des temps qu'on aurait peine à nommer autrement qu'institutionnels. Non seulement un patient s'adresse au Centre, ce qui en fait bien sûr un lieu institué, mais ce sont des réunions de synthèse qui vont déterminer, dans le cadre d'une élaboration pluridisciplinaire, les propositions qui seront faites au patient. Ces réunions, hebdomadaires, conçues sur le modèle de celles qui furent promues intra-muros par la psychothérapie institutionnelle et qui sont finalement l'occasion d'une cérémonie collective venant rappeler les origines et les sources vivantes du groupe, servent l'idée d'une confrontation des points de vue, possiblement divergents, mais dont on fait le pari qu'il peut sortir quelque chose. Ces temps institués constituent dès lors, probablement plus pour

certaines catégories professionnelles que pour d'autres, l'occasion de contenir et de transformer les éprouvés occasionnés par les rencontres avec les patients.

Pour situer ce qu'il en est des restes et des influences de la psychothérapie institutionnelle au C.M.P., il faut donc commencer par rappeler, par exemple avec J. Hochmann, que les convergences qui ont amené la formation des C.M.P. ont fait qu'*« à l'institution totale, sinon totalitaire, [a succédé] l'institution "éclatée" »* (J. Hochmann, *« un point de vue sur les rapports de la psychanalyse et de la thérapie institutionnelle aujourd'hui »*, Confrontations psychiatriques, N° 26, 1986, pages 65-76). Ce que R. Mises pouvait formuler ainsi, rejoignant l'idée d'institution mentale d'Hochmann: *« l'institution se distancie des murs comme la vie mentale se distancie du cerveau »*. (par Hochmann, op. cit., p. 73). Au C.M.P., l'institution est éclatée et mentale en ceci qu'elle offre aux productions des patients, directement ou indirectement, un tissu de compétences, d'activités, de personnes et de moments devant permettre de les contenir et de les transformer. Mais pour être éclaté et mental, le collectif est loin d'être inexistant au C.M.P. et pour l'écrire en une formule, on tend à passer de l'équipe à l'esprit d'équipe. Précisons alors qu'à notre sens, pareille évolution diversifiante et différentiante n'enlève rien à la nécessité pour certains patients et à certains moments de leur itinéraire avec les soignants d'avoir recours à des formes institutionnelles traditionnelles. Nous nous rangerons alors à cette idée d'Hochmann que *« la seule institution qui vaille est celle que nous constituons avec nos concepts et notre fantaisie et que nous mettons en œuvre dans un échange signifiant avec nos patients. »* (J. Hochmann, op. cit., page 75).

Le C.M.P., comme structure produite par la psychiatrie à un moment donné de son histoire, doit donc s'entendre comme destiné aux prises en charge individuelles, avec cette idée qu'il s'agit alors de patients pour lesquels le colloque singulier suffit même si les marques institutionnelles empêchent de se référer entièrement aux modèles libéraux. Il reste que s'en tenir là serait négliger que malgré un éclatement et une métaphorisation du collectif, le C.M.P. s'organise en référence, volontaire ou non, consciente ou inconsciente, aux efforts de nos devanciers pour organiser, à des fins spécifiquement thérapeutiques un lieu de rencontre entre des soignants et des soignés. C'est alors bien à une empreinte que peut faire penser l'influence de la psychothérapie institutionnelle sur l'organisation et les pratiques des C.M.P. puisque les possibilités d'élaboration collective pluridisciplinaire sont convocables dans le C.M.P. et mises en œuvre si nécessaire, hors les murs tant qu'on ne décide pas d'avoir recours à eux.
Restant dans le cadre d'une réflexion centrée sur l'histoire des dispositifs de soins psychiatriques, je conclurai en écrivant que le fait que la constitution des C.M.P. — structures dans lesquelles le collectif soignant s'éclate et se métaphorise — soit contemporaine d'un mouvement social beaucoup plus large allant dans le sens d'une individualisation et d'une libéralisation des relations, n'a pas finalement de quoi nous étonner puisque tous professionnels de la psychiatrie que nous soyons, nous sommes tout de même de ces grandes évolutions sociales. Un des enjeux actuels d'une psychothérapie institutionnelle menacée intra-muros par l'arrivée de modalités de soins concurrentes est bien dès lors de faire vivre les forces instituantes, même si sous les pressions historiques, les institués se déplacent et se modifient.

Le temps, l'espace, l'institution

Par Pascal Crete, psychiatre, foyer Léone Richet à Bellengreville

Dans le texte, « psychose et présence » de son ouvrage « penser l'homme et la folie », Henri Maldiney souligne que la psychose *« témoigne de ce qu'il y a d'irréductible dans l'homme. Ce que ne peuvent faire avec la même acuité ni le névrosé, ni l'homme bien portant, parce qu'ils disposent vis-à-vis d'eux-mêmes et des autres, d'un espace de jeu, qui leur permet justement de "jouer le jeu..." de l'accommodation neutralisante. »*
Vous savez combien la psychothérapie institutionnelle est attachée à ce concept, à cette fonction du jeu. La personne psychotique ne pouvant la plupart du temps accéder à cette fonction essentielle de jouer le jeu, il nous appartient de lui proposer des aires/ères de jeu possibles.
Là, se situe l'un des concepts forts et très pragmatiques du mouvement de psychothérapie institutionnelle.
Mais d'autres concepts, articulés à la clinique, nous permettent de situer la psychothérapie institutionnelle comme un outil de lecture de la clinique des psychoses — en particulier des psychoses dissociatives — et surtout comme un outil psychothérapeutique possible de ces psychoses.
Pourquoi ? parce que la psychothérapie institutionnelle tient compte, intègre dans ses différentes dimensions (de la théorie à l'organisation la plus pragmatique du quotidien) certaines singularités psychopathologiques de la psychose.
En l'occurrence:
• la notion de dissociation psychique au sens de Bleuler, réélaborée depuis par de nombreux auteurs dont G. Pankow qui la définit en ces termes: « par le terme de dissociation, je définis donc une destruction de l'image du corps telle que ses parties perdent leur lien avec le tout pour réapparaître dans le monde extérieur ». Le processus schizophrénique serait cette dissociation de l'image inconsciente du corps dont parle aussi Dolto.
• Les modalités tout à fait singulières d'entrer en relation au monde, d'entrer en relation avec l'autre de la personne psychotique, ce qui pose la question du transfert dans la psychose schizophrénique.
La personne psychotique ne va pas, comme dans la relation névrotique classique, transférer sur une seule personne. Du fait de cette dissociation psychique et des clivages pathologiques qui en résultent, il existe dans la psychose un rapport objectal particulier, partialisé pourrait-on dire, qui fait que la personne va instituer des investissements transférentiels partiels, de divers ordres sur des personnes, des choses, des espaces...
C'est le transfert dissocié, ce type de relation au monde repose essentiellement sur un mécanisme psychique d'identification projective pathologique (décrit par les kleiniens).
Hanna Segal dit de l'identification projective: *« dans l'identification projective, le sujet projette en fantasme d'importantes parties de lui-même dans l'objet, et cet objet devient alors identifié aux parties du Soi qui est ressenti comme contenant en lui. De même, les objets internes sont projetés à l'extérieur et identifiés aux parties du monde extérieur qui viennent à les représenter ».*
Autrement dit, par ce type de rapport au monde, le sujet psychotique va actualiser, dans les transferts institutionnels, les modalités selon lesquelles