



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2013

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

CONTRIBUTION À UN CERTAIN MOUVEMENT
VERS UNE PSYCHOTHÉRAPIE INSTITUTIONNELLE

Entre pérennité fragile et pérenne fragilité

Présentée et soutenue publiquement le 4 juin à 18h
au Pôle Formation de la Faculté

par Jérémie MARQUET

Jury

Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs : Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Monsieur le Professeur Pierre DELION

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Pierre VANEECLOO

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	8
PROMESSES D'UNE VIEILLE LUNE	9
<i>(dés)Institutionnalisation, Institution, Instituer</i>	11
<i>Établissement, Institution</i>	12
<i>La psychothérapie institutionnelle ?, c'est fini, terminé, mort</i>	13
<i>Un sentiment de régression plus général</i>	15
<i>Et pourtant...</i>	17
<i>...Faire retour</i>	18
REPRISES DE CONTACT : CONTEXTE & CONCEPTS	19
<i>1952, naissance du vocable</i>	21
<i>Des sources lointaines</i>	23
<i>Où l'on observe déjà le balancier de l'histoire</i>	25
<i>Des sources plus récentes</i>	27
<i>Témoignage de Lucien Bonnafé</i>	33
<i>1942, le congrès de Montpellier</i>	36
<i>L'inspiration de Saint-Alban</i>	39
<i>D'autres réalisations également inspirées</i>	42
<i>Le temps des rencontres</i>	49
<i>Persévération asilaire</i>	55
<i>Se réunir</i>	57
<i>Effet de constellation</i>	62
<i>Effet de club</i>	67
TERMINÉ, VRAIMENT ?	69
<i>La psychothérapie institutionnelle, ça n'existe pas !</i>	70
<i>L' « âge d'or » a-t-il eu lieu?</i>	71
<i>L'infiltration managériale</i>	74
<i>La (double) pente naturelle de la résignation</i>	75
<i>Limiter le repli, nommer pour comprendre</i>	78
<i>Économie restreinte, économie générale</i>	80
<i>Manque de moyens, crise dans la culture</i>	82
<i>Traverser le deuil des illusions</i>	84
<i>Nécessité d'une culture partagée, et non-occultée</i>	85
<i>Vers l'acceptation d'une fragilité pérenne</i>	89
CONCLUSION	92
BIBLIOGRAPHIE	95
ANNEXES	99

INTRODUCTION

Je peux bien l'avouer : je n'ai pas échappé à cette erreur courante, diffuse et diffusée, qui aura été de confondre l'institution – et avec elle la psychothérapie institutionnelle, ce mouvement qui la travaille – avec l'asile et les images d'enfermement à grande échelle qui y sont associées. Les quatre syllabes du mot *institution* ont d'abord sonné en moi tels les quatre murs d'enceinte d'un établissement psychiatrique cadenassé.

Au fil des différents stages, et du côtoiement du travail entre les équipes et les patients, à tisser ce lien fragile que l'on désire thérapeutique, j'ai commencé à entrevoir qu'il s'agissait là d'un mouvement dont le dynamisme insufflait toujours les orientations de certaines pratiques de secteur psychiatrique.

Mais pour peu que l'on ne soit, ni aveugle face à l'orientation générale des décisions administratives, ni sourd aux différentes déclarations dans les médias, ni enfin imperméable à l'ambiance environnante, on ne peut que ressentir l'inquiétude partagée par beaucoup au sujet de l'avenir de ce courant historique de la psychiatrie que représente la psychothérapie institutionnelle, et par là même de l'avenir de la psychiatrie, organisée telle qu'elle est encore aujourd'hui autour de son paradigme sectoriel.

Il semble pourtant possible de *contribuer* à ce mouvement en mettant en exergue ce qu'il a apporté, apporte toujours actuellement et apportera encore certainement.

Après un positionnement du problème, avec la précision nécessaire des définitions et enjeux autour de la psychothérapie institutionnelle, nous opérerons un retour à l'origine de son émergence, en nous appuyant entre autre sur un article fondateur datant de 1952. Si elle naquit sur les ruines et le désastre de la deuxième guerre mondiale, elle n'est pour autant pas sans source ni antécédent dans l'histoire de la psychiatrie. Au fil du cheminement seront énoncés quelques concepts-phares de ce mouvement. Enfin nous nous interrogerons sur les possibilités et conditions d'une pérennité de la psychothérapie institutionnelle, malgré une fragilité qui lui aura de tout temps été associée.

PROMESSES D'UNE VIEILLE LUNE

« Ce ne sont pas les conceptions, vieilles ou nouvelles qui comptent en elles-même. Ce qui compte, c'est ce qu'on peut faire concrètement. Et on peut faire toujours beaucoup plus que ce que l'on croit, dans toutes les circonstances, lorsqu'on sait sur quel chemin on peut trouver ce qu'on cherche. Il y a toujours de quoi engager le processus d'aller et retour entre la pratique et la théorie (ou praxis). C'est aussi pourquoi je parlerais plutôt d'un certain mouvement vers une psychothérapie institutionnelle que d'un type de modèle ou d'explication très défini » (François Tosquelles).¹

¹ OURY J., GUATTARI F., TOSQUELLES F., *Pratique de l'institutionnel et politique*, éd. Matrice, Vigneux, 1985, p. 120.

Promesses d'une vieille lune !... Voilà me semble-t-il, une bonne façon – puisque équivoque – de commencer mon propos. Elle illustre ma surprise et ma curiosité à l'idée déroutante qu'un mouvement dit de *psychothérapie institutionnelle* ait pu (ou puisse encore dans quelque lieu obscur) exister. Tandis que l'ambiance générale serait plutôt depuis un temps certain, et encore à l'heure actuelle, à la dénonciation de tout ce qui pourrait, peu ou prou, conduire à l'*institutionnalisation* des patients.

« Tu risques de l'institutionnaliser ! » constitue en effet la mise en garde habituelle adressée au médecin-soignant qui serait dupe des possibles effets de régression psychique, désadaptation sociale et bénéfices secondaires plus ou moins consciemment recherchés, que sa prise en charge pourrait induire chez la personne soignée.

Or en suivant la lumière de cette – apparente – *vieille lune*, on pourrait s'apercevoir que si, tels les effets *indésirables* d'un traitement médicamenteux, la prise en charge institutionnelle comportait effectivement un risque, elle ne serait pas à bannir pour autant, ni même à éviter. Et intuitivement, on perçoit que l'institution *est* un risque ; et que de risque, il pourrait en être beaucoup question : risque de la clinique relationnelle, risque de la rencontre, qui nous modifie et ne nous laisse pas tel que nous étions...

Institutionnalisation est un terme impropre, parfois remplacé par celui, guère plus facile à manier, de *chronicisation*. Ce vocable est embarrassant et bien mal entendu, car converge là un autre courant, historiquement issu de l'antipsychiatrie anglo-saxonne et italienne, militant pour la *désinstitutionnalisation*, là où d'autres auraient préféré entendre le terme de *déshospitalisation*.

Alors, désirable ou indésirable Institution, on admettra que la confusion est de mise ! Tâchons d'y voir plus clair.

(dés)Institutionnalisation, Institution, Instituer

Cette difficulté première, de devoir discerner les différents usages du syntagme, incomba à d'autres.

Ainsi Jean Ayme, qui dans son essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle, doit au préalable faire un arrêt sémantique sur le terme *institution* pour éviter les contresens :

« contrairement à l'usage anglo-saxon pour qui l'institution est l'hôpital, d'où découle la "désinstitutionnalisation", pour désigner la prise en charge des malades hors de l'hôpital, *institution* désigne en français, d'abord l'action d'instituer, puis "tout ce qui est inventé par les hommes en opposition aux faits de nature" (Littré). Nous désignons plus volontiers l'hôpital par le terme d'*établissement* et la démarche visant à le transformer et à traiter les malades dans le tissu social de "*désaliénisme*". Le mot *institution* n'a pas¹ dans notre langue de connotation péjorative. Il a au contraire des implications créatives, transformatrices, voire révolutionnaires. Saint-Just disait que plus la société crée d'institutions, plus l'homme est libre. C'est en effet la Révolution Française qui crée de *nouvelles institutions* face au système monarchique qui concentrait tous les pouvoirs en un seul homme, pouvoirs qu'il détenait de droit divin. Ces nouvelles institutions, créées par les représentants élus du peuple, chacun devra s'y soumettre, mais elles sont améliorables et révisables ».²

Référence révolutionnaire qu'on retrouve chez Deleuze³ qui voit dans la psychothérapie institutionnelle une sorte d'inspiration à la Saint-Just psychiatrique, au sens où Saint-Just définit le régime républicain par beaucoup d'institutions et peu de lois.

Tosquelles insiste sur le fait que chacun est toujours pris dans plusieurs institutions à la fois. Ginette Michaud délimite la définition des institutions à leur fonction en rapport avec les échanges qu'elles sont destinées à favoriser. Dans sa définition la plus minimale, une institution serait donc un dispositif permettant des échanges, d'un certain type et selon un certain style. Une institution peut être éphémère et ne durer que quelques heures, alors qu'une autre peut traverser le temps. Les institutions captent des intensités, produisent du

¹ « ne devrait pas avoir » oserais-je ajouter.

² AYME J., « Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle », in DELION P. (sous la dir.), *Actualité de la psychothérapie institutionnelle*, éd. Matrice, Vigneux, 1994, p. 34.

³ DELEUZE G., « Trois problèmes de groupe », préface de GUATTARI F., *Psychanalyse et transversalité, Essais d'analyse institutionnelle*, éd. François Maspero, Paris, 1974.

sensible, créent des connexions nouvelles et deviennent des "espaces du dire" (Oury). Il n'y a jamais une institution mais toujours plusieurs, à l'inverse pourrait-on dire, de l'établissement.

Établissement, Institution

Ainsi est-il également essentiel de ne pas confondre (c'est à dire distinguer sans pour autant dissocier) *instituer* avec *établir*, *l'institution* avec *l'établissement*. Ce dernier est un lieu, une organisation qui passe un contrat avec l'État .

Pour Pierre Delion, l'établissement est « ce qui est créé par la loi, relayée par l'État, pour parvenir à des objectifs concernant ses citoyens : l'hôpital et le lycée sont des établissements de santé et d'éducation, tandis que les groupes humains qui vont les faire fonctionner constituent autant d'institutions au service de leurs utilisateurs ». ¹

En cela l'établissement, comme structure contractualisant avec l'État, ne peut non plus être réduit à ce que l'on a coutume de nommer l'intra-hospitalier ou encore l'intra-muros : il en est ainsi du Secteur psychiatrique qui, pris dans l'ensemble de ses composantes, intra comme extra-hospitalières, comporte en soi un statut d'établissement, à distinguer des institutions qu'il peut mettre en œuvre en son sein, d'une « variété quasi-infinie ». ² Ce statut-là est perceptible lorsque l'on évoque, de façon plus administrative, la *sectorisation psychiatrique* et son découpage géo-démographique, tandis que la *psychiatrie de secteur*, de par la philosophie de continuité des soins et la politique de santé mentale dans la cité qu'elle sous-tend, se rapporte davantage à la fonction d'institution soignante.

De ce dernier point découle un autre, immédiat, sous la forme d'un quasi syllogisme : la psychothérapie institutionnelle ne peut se définir par une pratique strictement intra-muros, lorsque *même l'établissement*, pourtant distingué de l'institution, ne s'y cantonne pas.

¹ DELION P., « Psychanalyse et institutions : une question complexe », *Le Carnet PSY*, 2005/3 (n°98), p. 31-33.

² OURY J., « finalités conscientes et inconscientes des institutions », *Onze heures du soir à La Borde*, éd. Galilée, Paris, 1980, p. 260.

Or ce raisonnement ne s'est, semble-t-il, pas imposé à travers temps. Et il ne serait pas rare de constater que la psychothérapie institutionnelle soit restée *dans les esprits* cantonnée à l'époque de l'asile psychiatrique ; époque au cours de laquelle elle eut éclos, et dont on se serait depuis lors *a priori* affranchi.

La psychothérapie institutionnelle ?, c'est fini, terminé, mort.

Dès lors, à quoi bon cette tentative de précision et de distinction des termes ?, tant il semblerait qu'il s'agisse là non plus d'une vieille lune comme annoncé plus haut, mais bel et bien d'un astre mort ! Ou en tout cas déclaré comme tel depuis longtemps. Les propos glanés ici et là renvoient à cette sombre assertion.

À la question posée en 2001 de ce que représentait à son avis la psychothérapie institutionnelle, Hélène Chaigneau répondit ainsi : « pour les gens, c'est un mythe. Et la plupart d'entre eux pensent que la psychothérapie institutionnelle, c'est terminé. Ça aurait rendu des services puis ça aurait été remplacé par le secteur, qui serait lui-même en train de crever... ».¹

Impression confirmée par les propos de Georges Lantéri-Laura et Philippe Koechlin eux-mêmes, interrogés par Murielle Gomes² et cette formulation funeste « de quoi est morte la psychothérapie institutionnelle ? ». Aucun ne semble contester la question, et tous deux y répondent par l'explication de l'avènement du secteur.

Lucien Bonnafé, sans parler pour autant de mort de la psychothérapie institutionnelle, développe : « [la psychothérapie institutionnelle] c'était au début travailler à la fois dans et avec le système aliénant, donc travailler aussi avec l'extérieur, d'où la perspective de secteur. La perversion de l'histoire dans la descendance de tout ça, a été l'idée d'une antinomie entre extérieur et intérieur. Cette divergence a altéré tout ce qui a

¹ CHAIGNEAU H., « J'ai ouvert les portes des chambres », *La passion du secteur*, Santé mentale, juin 2001, n°59.

² GOMES M., *De l'institutionnel. Les mouvements thérapeutiques institutionnels*, thèse pour le doctorat en médecine, Lille, 1993, p. 132 et 153.

gouverné le changement en psychiatrie ».¹

Quant à Pierre Bailly-Salin, il estime que les dernières réunions de type psychothérapie institutionnelle qu'il a faites lui-même remontent à 1980. « Plus rien depuis, on est trop nombreux, c'est trop complexe, il y a un appauvrissement théorique lié au nombre. La psychothérapie institutionnelle qui a été une nécessité, qui reste une nécessité, n'a plus le même impact qu'avant ».² L'auteure elle-même conclut (en 1993) en observant que ce champ intéresse moins que par le passé, bien que soulignant l'intérêt toujours d'actualité des thérapeutiques institutionnelles...³

Jean Ayme lui, voit transparaître le « mythe de la fin de la psychothérapie institutionnelle » (car pour lui c'en est un) dès le début des années soixante-dix (!) et l'explique ainsi : « comme tout mythe, il a une fonction sociale, sans doute le maintien de la croyance en de bonnes institutions, les fameuses « alternatives », qui, par le choix même de ce terme, désignent le bouc émissaire, le CHS ».⁴

Michel Minard regrette : « ici ou là, on claironne bien haut que la psychothérapie institutionnelle est morte depuis très longtemps, que ce fut un mouvement de l'histoire de la psychiatrie française, à ce jour périmé. Quand on écrit maintenant sur la psychothérapie institutionnelle, c'est pour en parler au passé, comme d'un mouvement aujourd'hui ringard ».⁵

De même Patrick Faugeras s'insurge : « j'ai très souvent entendu la remarque, quelque peu condescendante voire méprisante, selon laquelle la psychothérapie institutionnelle serait une vieille lune qui, certes, aurait eu son importance dans le contexte d'une certaine psychiatrie mais qu'elle est aujourd'hui dépassée ».⁶

Et pourtant plus loin dans ses entretiens avec une partie de ceux qui ont côtoyé François Tosquelles, on trouve le témoignage d'Antonio Labad Alquezar, professeur de

¹ Ibid., p. 145.

² Ibid., p. 158.

³ Ibid., p. 128.

⁴ AYMÉ J., « Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle », op. cit., p. 47.

⁵ MINARD M., CASTERA A., « La psychothérapie institutionnelle est-elle morte et enterrée ? » in DELION P. (sous la dir.), *Actualité de la psychothérapie institutionnelle*, éd. Matrice, Vigneux, 1994, p. 285.

⁶ FAUGERAS P., *L'ombre portée de François Tosquelles*, éd. Érès, Ramonville Saint-Agne, 2007, p. 16.

psychiatrie à l'institut Pere Mata à Reus en Catalogne, nous rapportant les propos pessimistes de ce dernier, un mois avant sa mort en 1994 : « “Antonio, notre cycle est terminé”. Il ne voulait pas dire seulement le cycle biologique, le cycle de la vie, mais une époque. Nous savions que l'époque florissante de la psychothérapie institutionnelle commençait à décliner ». ¹

Nous voilà prévenus... Quand bien même la tonalité diffère parmi les propos suscités, oscillant entre constats amers, fatalistes et nostalgiques, et vives réactions, tour à tour malicieuses ou ironiques ; une hypothèse commune est néanmoins posée (hypothèse au sens d'une idée *possiblement* vraie), celle de la psychothérapie institutionnelle comme étant d'une autre époque, à conjuguer au passé.

Un sentiment de régression plus général

Or il est à remarquer par ailleurs et de façon plus large un sentiment généralisé de régression et de dégradation du champ psychiatrique. Ce sentiment semble parcourir les différents corps de métiers y travaillant, teintant de façon si particulière l'atmosphère des lieux. J'ai pu percevoir à de nombreuses reprises cette ambiance morose, tantôt nostalgique, tantôt amère, bien que n'ayant pas le recul suffisant pour pouvoir témoigner à titre personnel de la réalité de cette régression.

Pierre Evrard, ancien interne de Paul Balvet, fait lui le constat que dorénavant, *crise, destruction, liquidation, disparition* etc... sont des termes souvent accolés à la psychiatrie (quand ce n'est pas celui de *nauffrage*²), que de nombreux cris d'alarme sont répercutés par livres, revues et colloques, espérant qu'ils puissent être entendus.³ Il évoque une *paraplégie* de la psychiatrie, faisant ainsi référence à la métaphore des deux jambes de la psychothérapie institutionnelle, la *sociale* et la *psychopathologique*, aujourd'hui paralysées selon lui. Cette paraplégie se manifestant à travers une conception

¹ Ibid., p. 238.

² DUFAU S., *le naufrage de la psychiatrie*, éd. Albin Michel, 2006.

³ EVRARD P., « Présentation », *Psy Cause* – 44-45, 2006, p. 5.

de la psychiatrie comme « police des comportements » au détriment de « l'accueil de l'autre » dans sa singularité, à travers l'oubli de l'historicité autant des êtres que des institutions, et à travers une idéologie tout à la fois scientifique, managériale et sécuritaire.

De la même façon, Olivier Labouret nous rapporte sa réflexion de psychiatre d'exercice public, « assistant, amer et désemparé, à la détérioration des pratiques de soin psychiatrique, à la déconfiture de la technocratie gestionnaire et scientifique qui en est la cause, et surtout à la dénégation hypocrite qui les accompagne », et fustigeant « un système idéologique ne pouvant que détruire les fondements mêmes du service public de psychiatrie, transformant le médecin psychiatre en manager gestionnaire de moyens, en expert en bon comportement, en garde-fou de l'ordre moral socio-économique ».¹

Yves Buin voit dans le discours gestionnaire omnipotent une orientation vers un démantèlement du service public et associatif de psychiatrie : « il est vrai toutefois, bien que le potentiel créatif soit encore considérable, que depuis plusieurs années, nous assistons à une stagnation où se repèrent des comportements inquiétants de régression, dépression, soumission, démission ».² Il avance pour expliquer cela plusieurs raisons :

- La guerre de l'intendance, usante, désolante, celle du combat quotidien pour le maintien de l'existant.
- La crise identitaire des soignants, devenus objets de la prégnance administrative et financière.
- La crise démographique des médecins et des infirmiers et le non-renouvellement générationnel.
- La désaffection pour le service public longtemps laboratoire d'idées.
- L'effacement d'une histoire et d'une culture, celle du désaliénisme, dont toutes les possibilités n'ont pas été expérimentées et qui fut effort d'émancipation des structures de pouvoir afin de permettre le libre jeu des subjectivités.

Et l'auteur de se demander si ce démantèlement du dispositif de soin qualifié et innovant ne préludera pas, malgré (ou par ?) le champ médico-social, à de futurs grands renfermements, « dont la récurrence en Occident est connue ».

¹ LABOURET O., *La dérive idéologique de la psychiatrie*, éd. Érès, Ramonville Sainte-Agne, 2008, p. 203.

² BUIN Y., « Le compte à rebours », *Santé Mentale* n°59, juin 2001, p. 48.

Enfin que dire de Patrick Coupechoux, journaliste collaborant au *Monde Diplomatique*, et dont le livre « un monde de fous » tient une place toute particulière dans le cortège des mises en lumière du malaise dans la psychiatrie. On y retrouve le sentiment d'une période en train de s'achever (« celle au cours de laquelle on avait tenté dès après la guerre, avec plus ou moins de succès, de placer l'être humain au centre des préoccupations et de l'action publique »¹), achèvement qu'il lie à notre fonctionnement social, marqué par l'individualisme, la compétition et la gestion, et donc par l'exclusion, qui se matérialiserait selon l'alternative suivante : l'abandon ou l'enfermement.

Et pourtant...

Et pourtant l'on ne pourrait s'y résoudre, à l'instar de Maurice Despinoy qui en critiquant, dans les années 70-80, la psychothérapie institutionnelle, avoue avoir considéré comme acquis les progrès qu'elle avait permis de réaliser et souhaité une évolution qui lui apparaissait comme un prolongement nécessaire. La psychiatrie lui semblait alors *définitivement* fondée sur l'étude de la qualité des activités et des relations humaines. « Je méconnaissais la *fragilité*² de ces acquisitions. Se préoccuper de psychothérapie institutionnelle, c'était d'abord adhérer à une conception de la folie où la relation a une place fondamentale. Lorsque je vois ce qui menace la psychiatrie aujourd'hui, je suis prêt à œuvrer pour un retour de la psychothérapie institutionnelle, en constatant les effets de sa disparition ».³ On retrouve dans ces paroles le sentiment de désarroi éprouvé lorsque l'on découvre que ce que l'on croyait pérenne se trouve finalement mis à mal, fragilisé, précaire.

Et pourtant... beaucoup de voix évoquent l'imminence d'un *retour du balancier* (Koechlin⁴, Delion, Evrard...).

¹ COUPECHOUX P., *Un monde de fous*, éd. Seuil, 2006, p. 16.

² Souligné par moi.

³ FAUGERAS P., *op. cit.*, p. 53.

⁴ GOMES M., *op. cit.*, p. 153.

... *Faire retour*

Ainsi donc, si nous sommes comme le craint Yves Buin à la veille de futurs grands renfermements ; si la psychiatrie asilaire, symptôme – parmi d'autres – d'un malaise dans la civilisation, menace de *faire retour* ; alors il n'est pas vain de nous-mêmes faire retour, au moment de l'émergence du mouvement de psychothérapie institutionnelle, dans le contexte de la psychiatrie de l'époque. On pourra alors voir comment ses concepts viennent toujours faire sens dans notre pratique soignante. Ou comment en d'autres termes, et à l'inverse de celle énoncée plus haut, poser l'hypothèse de l'(ardente) actualité de la psychothérapie institutionnelle.

REPRISES DE CONTACT : CONTEXTE & CONCEPTS

« La psychothérapie institutionnelle a de profondes racines dans tout ce qui s'est passé pendant l'occupation. Les hôpitaux psychiatriques avaient gardé une structure carcérale, concentrationnaire. Des infirmiers, pendant la guerre avaient été faits prisonniers : certains avaient été dans des camps de concentration. Quand ils sont rentrés, ils avaient une conception du monde différente. J'aime bien rappeler cette origine de la psychothérapie institutionnelle. On pourrait la définir, là où elle se développe, comme un ensemble de méthodes destinées à résister à tout ce qui est concentrationnaire ou ségrégatif. » (Jean Oury)¹

« Nous n'en ferons jamais assez pour empêcher que cela revienne. » (Lucien Bonnafé)

¹ Cité dans MORNET J., *Psychothérapie Institutionnelle, histoire & actualité*, éd. Champ social, Nîmes, 2007, p. 15.

Pour reprendre contact avec ce mouvement de psychothérapie institutionnelle, pourquoi ne pas s'appuyer sur le moment où il apparaît dans le *champ lexical* de la psychiatrie, à partir d'un article souvent cité en référence comme étant l'initiateur du vocable.

1952 est une année *charnière* – selon le mot de Jean-Luc Chevalier¹ – et ce à bien des titres.

Philippe Paumelle (1923-1974), l'un des futurs fondateurs de l'ASM XIII (association de santé mentale du 13^e arrondissement de Paris) préfigurant la psychiatrie de secteur, y soutint sa thèse *Essais de traitement collectif du quartier d'agités*, alors interne de Georges Daumézon (1912-1979). Quelques années auparavant, ce dernier consacrait sa propre thèse à la formation des infirmiers (*La situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés*, 1939), lui qui fut à l'origine, avec Germaine Le Guillant, des CEMEA (centres d'entraînement aux méthodes d'éducation actives) à destination des équipes de santé mentale.

Des signes décisifs avaient été donnés, dès avant-guerre, tant dans l'introduction de thérapeutiques de chocs, modifiant le pronostic de certaines pathologies, que dans le domaine réglementaire. Ainsi la circulaire du ministre Rucart en 1937 entendait développer les dispensaires d'hygiène mental sur le modèle des dispensaires de lutte contre la tuberculose. En 1938, l'asile devenait hôpital psychiatrique, les aliénistes des psychiatres, les aliénés des malades mentaux et bientôt les gardiens des infirmiers psychiatriques.

Et la circulaire 148, en 1952, qui restituait leur nom d'épouse aux femmes internées, rendait leurs vêtements personnels aux aliénés, mettait des couverts sur les tables, rappelait les contraintes légales de l'internement et dotait les hôpitaux d'une comptabilité plus fiable et opératoire, fut un des premiers résultats concrets de cette mise en mouvement.

En 1952 également, après les thérapeutiques de choc apparues plus tôt, Laborit, Deniker, avec d'autres, mettaient en évidence les propriétés « neurolytiques » de la chlorpromazine, prémices de l'arrivée des neuroleptiques dans l'arsenal thérapeutique au décours des années suivantes.

¹ CHEVALIER J.-L., in PAUMELLE P., *Essais de traitement collectif du quartier d'agités*, éd. ENSP, Rennes, 1999, p. 5.

À cela faut il ajouter ce que rappelle Jean-Paul Arveiller¹ : c'est en novembre 1952 que fut déclarée au *Journal officiel* la Fédération des Sociétés de Croix-Marine, devenue par la suite la Fédération d'aide à la santé mentale (FASM) Croix-Marine. Elle fut créée pour « assurer l'union des divers Sociétés et Comités ayant pris pour objet d'exercer la protection ou l'entraide psychologique et sociale en faveur des handicapés et maladaptés psychiques, ainsi que de contribuer au développement pratique de l'hygiène mentale en général et de l'assistance spécialisée en particulier ».

C'est donc également à la fin de cette année que sera publié l'article dont il va être à présent question, et à partir duquel nous effectuerons une discussion à la fois linéaire, remontant le courant jusqu'à ses sources, le redescendant vers ses mises en œuvre, mais aussi en étoile, au gré de diverses digressions.

1952, naissance du vocable

Il est communément admis que la naissance du terme « psychothérapie institutionnelle » date de l'article cosigné par Georges Daumézon et Philippe Koechlin, paru en langue française dans les annales portugaises de psychiatrie², et titré : « la psychothérapie institutionnelle française contemporaine »³.

C'est à cet article et à leurs auteurs qu'est attribuée la paternité du vocable. Dès lors, l'appellation sera acceptée, reprise et diffusée... avec humour parfois : « bon ! bon ! vous avez appelé ça comme ça, mais moi j'y suis pour rien ! », ou encore « moi je ne savais même pas que ce qu'on faisait, c'était de la psychothérapie institutionnelle ! ».⁴ Les différents acteurs s'accrochant somme toute assez bien de la polysémie du terme.

Il y est fait état d'une pratique où se trouvent mêlées des notions sociologiques et psychanalytiques, une psychothérapie collective dans laquelle, au travers d'activités de

¹ ARVEILLER J.-P. (sous la dir.), « Introduction », *Pour une psychiatrie sociale. 50 ans d'action de la Croix-Marine*, éd. Érès, Ramonville Saint-Agne, 2002, p. 7.

² Ce qui en aura certainement limité la portée immédiate... en France comme au Portugal !

³ DAUMÉZON G., KOEHLIN P., « La psychothérapie institutionnelle française contemporaine », *Anais Portugueses de Psiquiatria vol IV n°4*, décembre 1952, p. 271-312.

⁴ François Tosquelles, cité respectivement par Michel Minard et Jean Oury.

groupe et de diverses réunions, tous les acteurs auront à « traiter l'hôpital », permettant aux conflits d'être (ré)investis.

Mais bien qu'à l'origine de son appellation, cet article ne prétend pas pour autant constituer le moment fondateur, ex nihilo, du courant qu'il désigne. De par l'adjectif « contemporaine », inclus dans le titre, il nous est déjà annoncé, en filigrane, l'état des lieux d'un mouvement ayant pris cours plus en amont dans l'histoire de la psychiatrie. Ses différents affluents seront d'ailleurs détaillés.

Toutefois avant d'aller plus loin, il faut ouvrir une parenthèse : on peut s'interroger sur le fait qu'un article à ce point essentiel dans l'émergence du mouvement de psychiatrie institutionnelle, n'ait pas été publié en France initialement mais au Portugal. Hélène Chaigneau (1919-2010) nous apporte quelques éléments de réponse après – selon sa propre expression – en avoir enfin demandé les raisons auprès de son ami Philippe Koechlin : « il m'a dit que c'était parce que Daumézon était en danger d'être révoqué, tellement il s'était rebellé contre l'administration, en faveur des malades ou aussi en faveur du caractère thérapeutique des comportements. Daumézon est un ancêtre très important de la "déhiérarchisation" hospitalière, contre le rapport dominant-dominé des structures de soins. (...) Daumézon était en danger et n'aurait pas pu publier en France ce qu'il a publié dans les *Annales portugaises* ». ¹ Et Hélène Chaigneau de conclure : « c'est quand même un peu fort ». Reconnu par ses pairs, et considéré par les responsables ministériels de la psychiatrie comme un des principaux porte-parole des psychiatres de secteur, Georges Daumézon a montré à plusieurs reprises courage et détermination pour la défense des grandes idées psychiatriques contemporaines. ²

Cette précision faite, penchons-nous sur la description des sources de cette *psychothérapie institutionnelle française contemporaine*.

¹ GUT A., RECA M., « Entretien avec Hélène Chaigneau », *Lettre de la schizophrénie* n°20 – septembre 2000.

² DELION P., *Accueillir et soigner la souffrance psychique de la personne. Introduction à la psychothérapie institutionnelle*, éd. Dunod (2^e), Paris, 2011, p. 56.

Des sources lointaines

Ainsi, comme en écho lointain aux pratiques psychothérapeutiques décrites par Koechlin et Daumézon, passant au-dessus d'heures plus sombres, est évoqué le *traitement moral des aliénés* promu par Pinel (1745-1826), en lien étroit avec le gouverneur des aliénés de Bicêtre, Pussin (1746-1811), auquel il attribue le mérite essentiel dans le succès de sa réforme libérale.

Une des grandes nouveautés introduites par Pinel (*Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, 1801) aura en effet été de ne plus considérer l'aliénation comme un état global, l'entendement n'étant jamais totalement aboli. Il enrichit le concept d'*alienatio mentis* de la médecine hippocratique du sens nouveau introduit par Jean-Jacques Rousseau dans le *Contrat social* (1762). « Pour le philosophe, le citoyen libre doit accepter d'aliéner une partie de sa liberté naturelle en faveur de la société, seule capable de défendre la liberté conventionnelle de l'homme. Pour l'aliéniste, l'aliéné mental a perdu, du fait de la perturbation de son entendement, la liberté morale qui permet d'établir ce contrat entre l'individu et la société. Le traitement moral préconisé par Pinel a pour objectif de rendre à l'aliéné cette liberté perdue ». ¹

D'autres aliénistes du XIX^e siècle seront cités en référence :

- Esquirol (1772-1840), qui schématise la conception psychothérapeutique en deux temps : d'abord l'isolement du sujet puis l'utilisation de passions antagonistes pour combattre les passions déviées par la maladie ;
- Bouchet (1801-1854), qui fera participer ses patients à l'achèvement des travaux d'un hôpital départemental qu'ils occuperont par la suite : « il fixe un certain nombre de principes : n'appliquer les aliénés qu'à des travaux dont l'utilité est immédiate pour eux, utilisation de tous les malades, aussi bien les payants que les indigents, étude avec ses malades des diverses difficultés et des diverses frictions qui peuvent naître au cours de cette activité » ;

¹ GARRABÉ J., « La dimension sociale de la psychiatrie française », in ARVEILLER J.-P. (sous la dir.), *Pour une psychiatrie sociale. 50 ans d'action de la Croix-Marine*, éd. Érès, Ramonville Saint-Agne, 2002, p. 55.

- également Parchappe (1800-1866), Dumesnil (1823-1890), ou encore Falret (1794-1870), cité longuement dans l'article de Koechlin et Daumézon car illustrant tout particulièrement les conceptions d'Esquirol d'isolement et d'utilisation des passions antagonistes :

« Demandons nous d'abord quels sont les principes les plus généraux pour les maladies mentales : l'isolement occupe évidemment le premier rang. Eh bien, que fait-on en isolant un aliéné, quel résultat désire-t-on produire ? On désire le soustraire aux causes de toute espèce qui ont pu donner naissance à sa maladie, à l'influence des localités, des objets et des personnes qui ont pu provoquer ou qui fomentent le délire. En un mot, on veut l'éloigner de toutes les circonstances extérieures qui peuvent réagir sur lui d'une manière défavorable. Mais si c'est là un grand pas fait pour la guérison de ces malades, est-ce là tout ce que peut la science pour les guérir ? Faut-il, une fois que le malade est soustrait aux influences extérieures, le laisser à lui-même, sans chercher à calmer son exaltation ou son excitation ou à détruire la fixité de ses préoccupations maladives ? Évidemment non. Il faut, non content d'avoir éloigné les causes qui peuvent fomentent le délire, le combattre lui-même et dans ce but l'expérience ne reconnaît pas de moyen plus efficace que de fixer l'attention des uns sur les objets les plus capables de les captiver, et de faire diversion aux idées fixes des autres, de les distraire de leurs préoccupations en mettant sans cesse sous leurs yeux des objets étrangers à leur délire et en dirigeant totalement leur attention sur toute espèce d'occupations, qu'ils soient dans l'impossibilité de penser au sujet de leur maladie ».

Par ailleurs les auteurs observent qu'à l'étranger, à la même époque, ceux des médecins qui furent les plus préoccupés d'une thérapeutique rationnelle, semblaient bien être animés des mêmes sentiments et poursuivre des pratiques analogues.

Ainsi si Tuke (1732-1822) et Conolly (1794-1866) sont surtout célèbres pour avoir supprimé les moyens de contention Outre-Manche avec les fameux préceptes *no restraint* et *open door*, ceux-là nous rappellent que ces derniers n'atteignirent un tel résultat qu'à travers une modification profonde de tout le fonctionnement de l'asile : une intensification des thérapeutiques physiques, une organisation du travail et une organisation d'activités de collaboration, véritable club où les malades et le personnel se rencontraient dans la poursuite d'activités utilitaires ou culturelles.

Où l'on observe déjà le balancier de l'histoire

Afin d'appuyer notre réflexion sur l'actualité de la psychothérapie institutionnelle, observons comment apparaissait déjà, il y a soixante ans, l'idée de mouvements de balancier dans l'histoire, encore jeune, de la psychiatrie et de ses courants de pensée.

En effet si dès l'introduction de leur article, Koechlin et Daumézon relèvent au cours des années précédentes « un renouveau d'intérêt pour les techniques de psychothérapie au sein des institutions de traitement pour malades mentaux », c'est donc bien qu'une désaffection de ce champ avait eu lieu entre-temps. Ce qu'ils développent plus loin : « il semble que dans les années qui suivirent [la période des premiers aliénistes], ces diverses tentatives, sans être totalement oubliées, furent cependant progressivement négligées », citant comme causes possibles :

- « l'augmentation considérable du nombre des malades internés, l'encombrement des asiles pervertissant gravement tout le fonctionnement originel d'établissements conçus pour la thérapeutique,
- certaines utilisations dévoyées justifiant de vives critiques,
- la vogue d'une orientation anatomique de la pensée médicale, détournant progressivement les médecins du souci de la réadaptation ».

Dès lors, toujours selon Koechlin et Daumézon, « les enseignements des vieux auteurs, fondés sur la notion des passions antagonistes, pouvaient apparaître à juste titre comme des logomachies sans grands fondements, dans la mesure où plus aucune pratique vivante ne venait en démontrer l'efficacité authentique ». Aussi bien, au début du XX^e siècle, des travaux comme ceux de Sérieux (1864-1947) sur le rôle du travail, n'éveillent qu'un écho très limité.

Et la situation dans les asiles se dégrade inexorablement. Les sévères propos de ce même Sérieux sont ainsi cités dans la thèse de Philippe Paumelle¹ :

« On peut, sans crainte d'être démenti, affirmer que dans nombre de nos asiles, les malades ne reçoivent pas les soins médicaux qu'exigerait leur affection mentale. On se préoccupe davantage, semble-t-il, de les maintenir séquestrés que de les traiter.

¹ PAUMELLE P., *Essais de traitement collectif du quartier d'agités*, éd. ENSP, Rennes, 1999, p. 33-34.

Et nous sommes ainsi arrivés, cent ans après Pinel, à ce lamentable résultat de voir les aliénés, *dont sans cesse on proclame la dignité de malades*¹, rabaissés à la triste condition de détenus (...). On sait que dans nombre d'asiles, c'est à ces fétiches absurdes qui ont comme nom : autorité, prestige, hiérarchie, qu'on sacrifie impitoyablement les intérêts les plus sacrés : ceux des malades, ceux de la science, ceux de la dignité professionnelle » (*Assistance aux aliénés*, 1903).

Mais c'est en vain que sont poussés ces cris d'alarme. Les conceptions de l'époque n'envisagent l'activité de psychothérapie que sous l'angle de l'action directe du psychiatre sur le malade.

Comme le résume Pierre Delion², le traitement moral de la folie avait dérivé vers une évolution entropique, celle de l'asile au sens le plus péjoratif du terme, progressivement acquis entre le XIX^e et le XX^e siècle. Et cela sous l'influence de deux facteurs principaux :

- le détournement des aliénistes vers la passion classificatoire et la vision mécaniciste qui contribua à chosifier la maladie mentale ;
- et l'impossible analyse du transfert/contre-transfert dans l'approche relationnelle, amenant les soignants à une passivité thérapeutique défensive.

Impossible analyse en effet, puisque ce concept de transfert ne sera élaboré qu'ultérieurement par Sigmund Freud (1856-1939), dont il est temps, à présent, d'évoquer l'apport, avec ceux de quelques autres, dans le mouvement de psychothérapie institutionnelle.

¹ Souligné par moi.

² DELION P., op. cit., p. 42.

Des sources plus récentes

- la psychanalyse

Ainsi Freud découvrant le transfert, loin de le considérer uniquement comme la mise en acte des résistances inconscientes, en fait un levier thérapeutique très puissant dans le développement, avec et pour les névrosés dont il se (pré)occupe, de sa technique psychanalytique.¹ Comment ses découvertes vont finir par nourrir le travail thérapeutique dans l'institution ?

Pour Jean Ayme, aux conditions nécessaires de transformation, de modernisation et d'amélioration de « l'appareil de soin centré sur l'accueil », vient s'ajouter la possibilité de s'occuper des malades un par un, dans le respect de leur singularité et par une écoute personnalisée. Or c'est le modèle psychanalytique qui va servir de référence. Mais il doit pour cela s'adapter aux conditions particulières du travail dans un cadre collectif où la population est composée en majorité de malades psychotiques, ceux-là précisément qui ne peuvent être pris en charge par un seul thérapeute, mais par une institution plus vaste, au-delà de la cure analytique classique. « Une psychothérapie prenant pour support la vie quotidienne et la convivialité avec les schizophrènes, c'est à cette tâche qu'il fallait s'atteler, faire preuve d'inventivité et recueillir en contre partie les effets formateurs de cette nouvelle clinique. »²

Dès lors l'analogie entre transfert et institution s'opère. Patrick Faugeras nous rappelle que c'est par souci de la psychopathologie, considérée du point de vue du transfert, que les fondateurs de la psychothérapie institutionnelle ont eu à s'occuper de l'institution, « parce qu'elle était là, insistante et de fait incontournable ».³ Pour finalement en venir à l'idée qu'à l'instar du transfert tel que Freud l'énonçait, l'institution est à *la fois* résistance et outil.

En septembre 1918 au V^e congrès international de psychanalyse se déroulant à Budapest, concluant sa conférence⁴, Freud préfigurait ce qui allait advenir quelques décennies plus tard : l'introduction de la psychanalyse dans les établissements de soin psychique et une politique ambitieuse de santé publique psychiatrique avec l'avènement

¹ Ibid. p. 43.

² AYME J., « Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle », op. cit., p. 33.

³ FAUGERAS P., *L'ombre portée de François Tosquelles*, éd. Érès, Ramonville Saint-Agne, 2007, p. 14.

⁴ cf en annexe.

de la psychiatrie de secteur, même si « peut-être faudra-t-il longtemps encore avant que l'État ne reconnaisse l'urgence de ces obligations ».

En France et dans un certain nombre de pays européens, ce n'est qu'après la deuxième guerre mondiale que l'on observe l'entrée de la psychanalyse dans les structures de soins publiques.

Jean Ayme souligne en France l'apport de Jacques Lacan, auquel sera emprunté l'outillage conceptuel qu'il met en place dès le début des années 50. Son "retour à Freud" lui permet une avancée théorique sur le traitement des psychoses. « Il nous propose ce qu'on peut appeler une "psychanalyse à trois dimensions" qui offre la possibilité de prendre en compte les aspects institutionnels. Par exemple la distinction entre privation, frustration et castration, articulée aux trois catégories de l'imaginaire, du symbolique et du réel, ou encore le tétrapode sur quoi s'appuient les quatre discours du maître, de l'hystérique, de l'universitaire et de la psychanalyse, selon la place qu'occupent respectivement S barré, "a", S1 et S2. »¹

L'image est restée de François Tosquelles, psychiatre catalan républicain qui, après avoir gagné la France pour échapper au franquisme vainqueur de la guerre civile espagnole, arrive à Saint-Alban en 1940, avec sous le bras deux ouvrages qui vont lui servir de bases de référence et qu'il fera éditer par l'imprimerie du club des malades : la thèse de Lacan (*De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*, 1932), et le livre d'un certain Hermann Simon (*Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt*², 1929).

- Hermann Simon (1867-1947) tient donc également une grande place parmi les sources d'inspiration de la psychothérapie institutionnelle. Ce médecin psychiatre allemand, influencé par Bleuler, lui-même en lien avec Freud, et à partir de son expérience à Gütersloh, distingue ce qui, dans la maladie, est dû à la pathologie de la personne et ce qui est dû à l'institution elle-même.

Ainsi, trois maux peuvent être engendrés par le milieu soignant : l'inaction, l'ambiance défavorable de l'hôpital, et le préjugé d'irresponsabilité du malade lui-même. La

¹ AYME J., op. cit., p. 39-40.

² « Une thérapeutique plus active dans l'établissement pour malades mentaux »

thérapie collective s'appuiera alors sur trois principes en réponse à l'énoncé précédent : la liberté du malade en lien avec les *no restraint* et *open door* évoqués plus haut, sa responsabilisation notamment par l'activité, et l'analyse des résistances émanant de l'institution elle-même.¹

Pour Koechlin et Daumézon, le corollaire le plus intéressant et le plus fructueux de sa « thérapeutique plus active » des maladies mentales est la nécessité de considérer l'hôpital dans son ensemble, ou le pavillon dans son ensemble, et de traiter ainsi le groupe tout entier en même temps que l'on traite les individus. Puisque la réflexion sur le milieu institutionnel est nécessaire en permanence, puisqu'il faut traiter l'institution sans arrêt, il s'agit donc pour les auteurs d'une *psychothérapie institutionnelle*.

Nous verrons par la suite que les préconisations de H. Simon auront conduit à un grand nombre de réalisations concrètes, et seront le point de départ de développements théoriques essentiels de la psychothérapie institutionnelle : notions d'*asepsie* développée par Tosquelles en parallèle avec le milieu chirurgical, de *double aliénation mentale et sociale* assénée par Oury, ou encore la notion de *pathoplastie*, inhérente au milieu institutionnel dont l'ambiance n'aurait pas suffisamment été travaillée. Ces développements permettant ainsi de distinguer la *chronicité*, due à la maladie mentale, de la *sédimentation*, imputable au lieu d'accueil de la personne malade.

Cependant de l'avis même de ceux s'en inspirant, il faudrait garder quelque distance avec certaines de ses formulations simplistes (dont par exemple « donner aux conduites adaptées une conséquence heureuse, aux conduites désadaptées une conséquence pénible »). Koechlin et Daumézon nous mettent donc en garde : « une telle caricature de la réflexologie peut conduire à des outrances dangereuses, voire même à des attitudes répressives et il semble bien que Gütersloh tomba dans cette erreur, à l'époque où, sous l'influence du nazisme, l'assistance psychiatrique allemande régressa de façon tragique ».

¹ MORNET J., *Psychothérapie Institutionnelle, histoire & actualité*, op. cit., p. 20.

- l'apport des pays anglo-saxons

Jean Ayme nous prévient : « on sait le reproche qui a été fait aux “culturalistes” d’avoir favorisé, dans une visée psychagogique, la psychologie de l’ego, affadissement de la psychanalyse. Il n’en reste pas moins que ce courant nous a apporté son expérience des phénomènes de groupes dans les structures de soins ». ¹

En voici quelques exemples parmi ses principaux représentants qui auront contribué à développer l’idée de psychothérapie collective.

Harry Stack Sullivan, animateur du courant culturaliste et de la psychologie du moi, dès 1930 mène une recherche socio-psychiatrique pour le traitement des schizophrènes. Il essaye de reformuler les problèmes de la psychiatrie dans son ensemble à partir des conceptions de dynamismes interrelationnels et de la personnalité. Il met en valeur l’importance du premier entretien et des interventions spontanées, quotidiennes, dans la rencontre avec le malade. Il étudie l’impact du style de cette rencontre sur le remaniement des configurations symptomatiques. ²

Jacob Moreno propose à Vienne, puis aux États-Unis, ses méthodes psychodramatiques. La sociologie américaine se concrétise sous son influence dans le mouvement sociométrique et ses différentes extensions : théorie de la spontanéité, théorie des relations interpersonnelles et des groupes, théorie de l’action, théorie des rôles sociaux, étude des groupes restreints. Il insiste sur l’importance d’une activation du milieu par stimulation active et in situ.

Kurt Lewin quant à lui, représentant d’une psycho-sociologie d’origine phénoménologique et gestaltiste, définit la dynamique des groupes et leurs interrelations, et classe les différents types de structures sociales : autoritaires, anarchiques, démocratiques. Il crée le terme de laboratoire social et recommande la mise en place d’auto-analyses collectives.

Dans la lignée de Sullivan, lorsqu’ils travaillent à Chestnut Lodge, où vont être posés les principes d’une psychothérapie psychanalytique intensive institutionnelle, Alfred Stanton et Morris Schwartz montrent qu’il existe une corrélation entre la dissociation du malade et la dissociation du milieu thérapeutique, démontrant ainsi que la psychothérapie analytique d’un psychotique ne peut être qu’une tâche collective. Ils seront évidemment à

¹ AYME J., op. cit., p. 39.

² OURY J., « Thérapeutique institutionnelle, Encyclopédie médico-chirurgicale, psychiatrie, 1972 », *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*, éd. Champ social (2^e), Lecques, 2001, p. 224-225.

l'origine de ce qu'on appellera par la suite l'effet Stanton et Schwartz.

Nous terminerons en citant le courant kleinien qui s'est développé en Angleterre (avec quelques noms prestigieux : Klein, Rosenfeld, Rickmann, Bion, Bick, Winnicott...), et également en Argentine, où Angel Garma introduit la pensée kleinienne. Salomon Resnik fera le lien entre ces différents lieux lui qui, formé en Argentine, rejoindra l'école psychanalytique anglaise, avant de venir travailler en France avec notamment François Tosquelles, Jean Oury, Hélène Chaigneau, Jean Ayme, Pierre Delion.

Il restera jusqu'à aujourd'hui, très intéressé par les approches de groupe dans la compréhension et le traitement de la psychose.

Ainsi que le résume Pierre Delion : « les conceptions anglo-américaines ont permis aux psychiatres français de dépasser, en l'enrichissant, la "thérapeutique plus active" dont Hermann Simon avait exposé les principes ». ¹

- les techniques d'éducation active

Enfin classiquement arrive la troisième source du mouvement de psychothérapie institutionnelle, après la psychanalyse et la psychiatrie sociale, celle de la pédagogie, issue des mouvements populaires éducatifs nés avant la guerre. Selon Joseph Mornet², leurs points communs avec la psychothérapie institutionnelle sont la dimension apportée au groupe et le lien avec la psychanalyse.

Le lien est aussi fait à la marge par Tosquelles lorsque celui-ci – autre image d'Épinal selon Jean Ayme³ – emprunte à l'instituteur de Saint-Alban, qui appliquait les techniques de Célestin Freinet, son imprimerie pour le club de malades. Ainsi Freinet avait initié une pédagogie s'appuyant sur ce qu'il appelait des « méthodes actives » permettant la formation de la personnalité de chacun tout en respectant des structures groupales : il institue, notamment, un système de coopérative scolaire et d'imprimerie qui seront, plus tard, adaptés par les hôpitaux eux-mêmes, comme nous venons de le voir.

De la classe coopérative naîtra après guerre le courant de Pédagogie Institutionnelle animé par Aïda Vasquez et Fernand Oury, organisant sa classe selon des

¹ DELION P., *Accueillir et soigner la souffrance psychique de la personne. Introduction à la psychothérapie institutionnelle*, éd. Dunod (2^e), Paris, 2011, p. 47.

² MORNET J., op. cit., p. 21.

³ AYME J., op. cit., p. 39.

principes démocratiques et la traitant comme un champ transférentiel.

Tout comme A. S. Neill à Summerhill en Angleterre, Fernand Deligny prend en charge, à la Libération, des enfants et adolescents en difficulté, d'abord sociale puis psychique. Il ne cessera plus par la suite de travailler à sa manière dans le champ de la psychiatrie, en accueillant dans les Cévennes des enfants psychotiques ou autistes.

Ces pratiques pédagogiques favorisèrent l'ouverture et la créativité des enfants, en leur donnant initiative et responsabilité, et ont eu une influence sur l'utilisation des méthodes de groupe dans la prise en charge des malades mentaux, enfants et adultes.

Mais il faut à présent revenir sur la réalité de la situation psychiatrique au cours des années précédant l'article de Koechlin et Daumézon. Si l'on devait décrire en quelques mots l'image qui nous fut transmise de ces temps-là, *encombrement* et *ségrégation* seraient certainement en bonne place. C'est un fait communément admis. Aucune nostalgie ne peut sourdre à l'évocation de la situation asilaire de l'époque.

Les auteurs nous rappellent qu'en 1938, le nombre des malades mentaux atteignait plus de 120 000. Dans les services parisiens, non seulement des lits avaient été installés au milieu de tous les dortoirs, mais un certain nombre de malades couchaient sur des matelas placés dans des couloirs. Un grand nombre de malades était envoyé traditionnellement en province, « où ils venaient encombrer des établissements déjà pleins d'un contingent de sujets dont la réadaptation et la réinsertion sociale étaient encore plus difficile du fait de l'éloignement ».

Par ailleurs, il est d'usage d'expliquer que le vécu des camps de concentration par les soignants eux-mêmes, durant la seconde guerre mondiale, leur rendit insupportable à leur retour, le maintien en l'état du fonctionnement des services de psychiatrie.

Il n'est évidemment pas question ici d'invalider ces faits, mais il ne faudrait toutefois pas omettre les lieux – au premier rang desquels figure l'hôpital de Saint-Alban en Lozère, où fut bouleversé le fonctionnement asilaire classique *au cours même* de cette sombre période et non *à la suite* de celle-ci. Et cela du fait notamment selon Koechlin et Daumézon du resserrement des liens entre médecins, malades et personnel.

En cet instant, nous souhaiterions nous attarder sur *l'expérience pathique* de cette situation, qui n'aura pas été courte, loin s'en faut.

Témoignage de Lucien Bonnafé

Au-delà des raccourcis sémantiques – certes utiles pour résumer en quelques mots une époque de la psychiatrie *a priori* révolue, il est nécessaire pour nous, soignants d'aujourd'hui, de percevoir à quel point l'état d'encombrement asilaire n'a pas existé qu'à un moment court de l'histoire. Il aura au contraire sévi sur une longue période, entrecoupée par la terrible mortalité durant les années quarante et les restrictions dues au rationnement alimentaire. La surmortalité dans les hôpitaux psychiatriques y est alors évaluée entre 40 et 45 000 décès (« ainsi se trouva tragiquement résolu, pour un temps, le problème de l'encombrement », Koechlin et Daumézon).

Retrouver un tel vécu pathique n'est pas vain. Car le risque existe d'un propos lénifiant, au moment où il s'agirait plutôt de saisir l'impasse mortifère dans laquelle se trouvaient les lieux de soins de l'époque.

Pour éviter cet écueil, nous proposons de retranscrire ici l'extrait d'un entretien¹ en 1993 avec Lucien Bonnafé (1912-2003), enregistré dans un pavillon désaffecté de l'établissement public de santé mentale de Ville-Evrard, où le taux de mortalité était passé de 6% en 1938, à 26% en 1941. Le voilà de retour sur les lieux-mêmes où il fut interne, avant de rejoindre, en 1942, Balvet auquel il succéda, Tosquelles et Chaurand, à Saint-Alban :

– Bertrand de Solliers : « Quand vous étiez jeune interne en 1940-41, quelle était l'atmosphère de ces lieux ? »

– Lucien Bonnafé : « L'atmosphère... il suffit d'y être présent pour la sentir avec une intensité extra-ordinaire. Simplement sur le plan physique : (*avec gravité*) voir ce lieu... C'était un dortoir !, dont on ne peut pas imaginer combien il pouvait y avoir de lits entassés là, c'était plein de lits ! (...)

Alors ce souvenir de l'entassement des fous dans des dortoirs comme celui-ci a une force tragique tout à fait extraordinaire, qui nous remet en mémoire toute cette horreur asilaire que nous avons consacré notre vie à combattre.

(...) oui, je crois bien que c'était ici... ou alors était-ce à la place analogue dans un pavillon voisin – ils sont tellement semblables... Je me souviens en particulier de cette image très forte et je crois bien que c'était là exactement où est

¹ MUXEL P., de SOLLIERS B., *Histoires autour de la folie*, film documentaire, DVD éd. Montparnasse, 2006.

mort, en pesant 38 kg, un homme qui en pesait plus de 100 en entrant. Là. On ne peut pas venir ici sans que cette image forte ressuscite. Ça sentait le cadavre au tour du matin...

Et alors l'oubli, entre guillemets, de ces réalités... Autant cette réalité était un des principaux moteurs de notre action, autant son oubli continue à faire le moteur de persévérer dans cette action ! Comment peut-on... Enfin, nous avons témoigné, à maintes reprises !, que la pathologie concentrationnaire, nous connaissons ! Quand ils sont revenus avec leurs pyjamas rayés du camp de concentration, amaigris comme l'homme dont je parlais là (*désignant l'endroit de la tête*) qui est mort à 38 kg... nous la connaissons ! Les patients qui dans l'inanition souvent se gonflaient d'eau, et alors on appelait ça les œdèmes de carence, ça avait un nom médical : par carence alimentaire ils se gonflaient d'eau. Et après ils se vidaient, et les hommes mouraient, au comble de la cachexie. »

– Bertrand de Solliers : « Ici il y avait une ferme avec des hectares de blé, de l'élevage, et les gens mouraient de faim ; comment vous l'expliquez ? »

– Lucien Bonnafé : « Et voilà. C'est un des aspects les plus sinistres, à la fois de la tragédie asilaire – comment un truc pareil a-t-il pu être possible ?, et deuxièmement comment cette dimension des choses est certainement celle qui a été la plus écrasée dans toutes les recherches. Personne n'a osé dire des choses pareilles. Max Lafont¹ a réussi à trouver quelques traces au Vinatier, du côté de Lyon. Et alors c'était tout à fait extraordinaire parce que le motif bureaucratique qu'il a entendu là-dedans, c'est que la ferme était départementale, donc les produits de la ferme c'étaient pas les biens des fous mais c'étaient les biens du département... enfin des insanités de ce genre. Mais quand on pose des questions de ce genre, on n'obtient que des réponses bêtes et méchantes !

Les malades mentaux vivaient strictement avec la ration ! Mais les Français ne savent pas que la ration officielle, administrée par le gouvernement français aux citoyens français ne permettait pas de vivre ! Tous les citoyens français ont vécu de suppléments, obtenus de bric et de broc ; sauf ceux qui étaient condamnés à manger la ration.

Quant à l'idée que ça se passe à côté d'une ferme productive etc... il faudrait quand même savoir que sous ce régime, sous le régime de la collaboration, on ne peut pas imaginer, c'est inconcevable aujourd'hui, quel taux d'oppression pesait sur

¹ Lucien Bonnafé fait ici référence à l'ouvrage dont il écrit la préface : LAFONT M., *L'extermination douce*, éd. AREFPPI, 1987, rééd. le bord de l'eau, 2000.

la vie, et à quel point la puissance bureaucratique a atteint un taux de surpuissance tout à fait extraordinaire !

Le système d'oppression, le système qui a comme ça tellement de points communs si étroits avec le racisme, le système de mépris des sujets différents qui ne sont pas comme les autres etc... fait que l'idée ne peut pas venir à ces gens-là de venir en aide à des sous-hommes comme les fous. Le maître à penser, fondateur et directeur de la fondation des sciences humaines, c'est Alexis Carrel. Dans son ouvrage *l'homme cet inconnu*, c'est lui qui a pour la première fois dit que pour des non-valeurs comme ça, des chambres munies de gaz appropriés permettraient de s'en débarrasser humainement. C'est écrit dans les ouvrages d'Alexis Carrel, qui est le directeur de la fondation des problèmes humains qui domine la pensée dont nous parlons. Alors que ce soit volontaire ou pas volontaire... C'est pas volontaire, ça leur coule de source ! Ils sont comme ça, ils peuvent pas avoir l'idée de s'intéresser aux fous quand même, quand on est comme ça... »

– Bertrand de Solliers : « Je reviens à vous personnellement, après guerre, quelles réflexions en avez-vous tirées de cette situation ? »

– Lucien Bonnafé : « Eh bien c'est bien simple, toute notre vie a été profondément enracinée dans cette expérience. Ça nous ne l'avons pas encaissé.

Quand je vois, à l'heure actuelle, l'emprise que peuvent avoir les idéologies de chasse à l'homme, les idéologies de mépris du sujet différent, du sujet qui n'est pas comme les autres, des sous-hommes, je dis... (*s'interrompt*) Moi je ne prédis pas l'avenir, je le travaille. Nous n'en ferons jamais assez pour empêcher que ça revienne ».

Dans la suite de l'entretien, Lucien Bonnafé sera amené à évoquer l'avènement, dans l'immédiate après-guerre, de ce qui sera appelé la « révolution psychiatrique » ; immense effort critique du système asilaire et de contre-attaque de sa barbarie, selon deux aspects, la *psychothérapie institutionnelle* et la *psychiatrie de secteur*, qu'il énonce toutes deux appartenir au même mouvement de *désaliénation* de cette révolution psychiatrique :

- La première amenant à « changer le système intérieur de gestion, d'organisation des rapports humains, des réseaux de responsabilité, de la hiérarchie etc. ».
- La deuxième à « mettre sérieusement en question l'assimilation du fait "il est

fou" avec "donc il faut l'hospitaliser" ou "l'interner" », luttant contre l'internement en développant une psychiatrie hors les murs.

1942, le congrès de Montpellier

Reprenons la célèbre communication de Paul Balvet (1907-2001) passant de la direction de Saint-Alban à celle du Vinatier à Lyon au cours de l'année 1942. Elle fut prononcée au congrès des aliénistes réunis à Montpellier cette même année, au milieu de communications lénifiantes sur les effets de l'hypoprotidémie en psychiatrie. Balvet osa lui faire le lien entre la situation dramatique de l'époque à la pauvreté des moyens consentis à la psychiatrie avant la guerre, la misère ayant préparé le terrain au déroulement d'une véritable catastrophe. Il déclare ainsi, non sans courage :

« La multitude des travaux que nous apportent nos revues et nos congrès ne suffit pas à cacher à nos yeux la grande misère de l'Assistance psychiatrique française. C'est pourtant là, la question essentielle. Certains d'entre nous en arrivent à ne plus pouvoir soutenir une lecture savante quand ils passent chaque matin à travers nos garderies, parmi une population résignée, pour laquelle aucun effort d'ensemble n'est fait. Il y a des efforts individuels ; nous avons – je ne dirai pas des hôpitaux – mais du moins quelques services acceptables. Nous n'avons en psychiatrie aucune doctrine générale d'assistance. Les tentatives faites ici ou là par certains chefs de service le sont sans soutien ; ce sont des œuvres solitaires qui, marquées par la personnalité de leur auteur, ne lui survivent pas. L'asile d'aliénés a changé de nom, la réalité est restée. Ce n'est pas sans humiliation que nous voyons depuis quelques années se succéder en psychiatrie des méthodes de traitement enfin efficaces, dont aucune ne porte un nom français. [...] Ce ne sont pas les règlements maintenant, ni le droit administratif qui guériront ce qui n'est déjà plus une maladie mais un déclin. Plusieurs d'entre nous, devant l'hôpital ou le service à qui ils ont essayé quelque temps de donner vie, sont tentés de se décourager. Ne se sentant intégrés à aucun ensemble, ils ne voient plus désormais que les vides de leur œuvre, et dans ce qu'ils croyaient être une plénitude de l'action, qu'une surcompensation égoïste ou une tentative désespérée pour retarder la fin. Je

comprends que tout cela, ce ne devrait pas être au médecin, jeune encore, d'un pauvre hôpital de campagne de le dire. [...] Des temps tragiques sont là et notre corporation a à choisir d'urgence, comme notre Patrie, entre sa déchéance et la vie qui se plaît en elle-même et qui engendre. »¹

Cette allocution, de l'aveu même de Paul Balvet, n'aura eu que peu d'écho immédiat : « une chose dont je suis sûr c'est qu'il n'y eut aucun retentissement lors de la séance : il n'y a eu ni bravo ni chuchotement, c'est tombé comme cela ». ² Mais l'essentiel n'est pas là. Pour Pierre Bailly-Salin, ce qui est vrai, c'est que les échanges informels, avec les discussions de couloirs, ou dans les cafés environnants la salle des séances, a donné l'occasion aux réfractaires de la pensée officielle de se rencontrer et de confronter leurs points de vue. ³

C'est en ce sens que Montpellier a été un moment important. Henry Ey, Georges Daumézon, Lucien Bonnafé, Paul Balvet pour ne citer que quelques uns parmi les plus agissants (François Tosquelles, en tant qu'étranger, n'y était pas admis) vont ainsi repartir avec une conscience plus nette de la révolte qu'il convient de mener, et leurs engagements dans le mouvement global de la résistance date de cette époque. Pour d'autres, occasion leur aura été donnée de prendre conscience de la nécessité de sortir de l'impasse dans laquelle était arrivé le fonctionnement des hôpitaux.

C'est ce qu'exprimait déjà quelques mois auparavant René Charpentier, rédacteur en chef à l'époque des *Annales médico-psychologiques* : « (...) la situation déplorable dans laquelle se trouvera, au lendemain de la guerre, l'assistance psychiatrique nécessitera une remise en état, une mise au point et constituera une occasion favorable, à ne pas laisser passer, de la refonte totale de cette assistance. Il peut sembler opportun d'y songer dès maintenant ». ⁴

¹ Cité par VON BUELTZINGSLOEWEN I., *L'hécatombe des fous – La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, Flammarion – Champs 2009, p. 343.

² Cité par COUPECHOUX P., *Un monde de fous. Comment notre société maltraite ses malades mentaux*, éd. Seuil, 2006, p. 101.

³ Cité par BAILLY-SALIN P., *Les malades mentaux en France sous l'occupation nazie, chapitre 1 : le congrès de Montpellier*, sept 2005, source : aly-abbara.com.

⁴ VON BUELTZINGSLOEWEN I., op. cit., p. 343.

Et il est vrai que certains y songent d'ores et déjà. En mars 1943, Lucien Bonnafé écrivait à son ami Paul Bernard¹, alors médecin-directeur de Lommelet, les lignes de ce qui constitue une véritable stratégie :

- Comment notamment travailler à changer l'atmosphère dans la corporation en luttant contre les tendances négatives (considérations mélancoliques et pessimistes, découragement, sentiment d'incapacité, manque de confiance dans l'efficacité des protestations, etc.) et en développant les tendances positives (obtenir la faveur, ou du moins la neutralité bienveillante de l'opinion générale).
- Comment également obtenir l'appui et une position plus combative de la part de certaines personnalités à l'autorité reconnue.
- Comment enfin s'appuyer sur les bases actives, certes dénuées d'autorité² mais pouvant faire nombre, véritable ressort du mouvement espéré.

On y lit en effet un Bonnafé qui, se référant pour cela à la « remarquable intervention » de Balvet à Montpellier, considère comme « une occasion en or » le prochain congrès à venir, au cours duquel une série d'interventions, unanimement dirigées dans le même sens, plaidant la même cause sur des plans et en des termes polymorphes, pourrait faire effet de protestation massive ; le nombre de telles communications pouvant ainsi surmonter selon lui l'aspect dérisoire de leurs effets immédiats.

Dès lors, une série de réalisations dans des registres variés va émerger. Elle est l'œuvre de toute une équipe, parmi laquelle l'article de Koechlin et Daumézon cite : Balvet à Lyon, Bernard à Lommelet, Bonnafé à Saint-Alban puis à Rouen, Chaurand à Saint-Alban, Daumézon à Fleury-les-Aubrais, Le Guillant à Villejuif, Sivadon et Follin à Ville-Evrard ; étant convenu que l'initiateur et la référence de la plupart d'entre eux se trouve être Tosquelles à Saint-Alban.

¹ « Lettres adressées par Lucien Bonnafé à Paul Bernard », *l'Information Psychiatrique* – vol 79 n° 7, septembre 2003.

² C'est ainsi que l'auteur se décrit en 1943.

Au sujet de cet exemple qu'est Saint-Alban, les qualificatifs ne manquent pas : désigné tour à tour comme creuset, matrice ou encore mythe fondateur de la psychothérapie institutionnelle... quand ce n'est pas comme lieu de pèlerinage ! « La Mecque de la psychiatrie française » étant, selon Philippe Paumelle, l'expression unanime des quelques initiés s'y étant rendus une fois.¹

Ce dernier nous en fait dans sa thèse une description particulièrement détaillée, notamment au sujet du quartier d'agités femmes, sur lequel vont se concentrer les efforts obstinés – « dix ans de travail acharné »² – des promoteurs de la révolution psychiatrique. Ce pavillon, la section 4, ou encore la « vieille 4 », était l'un des plus déshérités d'un hôpital psychiatrique lui-même très isolé, arriéré, et condamné à se débrouiller avec les moyens du bord, misérables. Le passage d'Agnès Masson, médecin-directeur entre 1933 et 1936, aura initié l'amélioration des conditions de vie, d'abord de toute une population en obtenant pour le village comme pour l'asile l'installation de l'électricité, mais aussi plus particulièrement des soignés et des soignants de l'hôpital en obtenant l'arrivée de l'eau courante dans les pavillons. Elle lutta pour un usage exceptionnel des camisoles de force et introduisit les premiers traitements de choc.

C'est ensuite au tour de Paul Balvet d'être nommé à ce poste. D'abord seul médecin jusqu'en 1939, il encourage l'occupation des malades de toutes les façons imaginables. Il organise des cures d'insulinothérapie dès 1938, comptant sur la transformation matérielle et morale qu'un tel soin apporterait à l'hôpital. « Il avait pressenti toute l'importance du facteur "milieu hospitalier" dans les soins et même dans les symptômes des malades. »³

Arrive donc par la suite François Tosquelles apportant, comme nous l'avions vu, les conceptions d'Hermann Simon sur la maladie de l'asile et sa nécessaire guérison, qui feront sens auprès de Balvet. Dès lors, la « 4 » est immédiatement considérée comme le quartier le plus malade, comme le premier à guérir. Le début de l'effort de sa transformation est à situer en 1940. La pratique des électrochocs à partir de 1942 viendra compléter l'arsenal thérapeutique. Ainsi Balvet pouvait faire part au congrès de Montpellier de leur stratégie : « nous n'avons pas tenté de soigner les malades en tant qu'individus

¹ PAUMELLE P., *Essais de traitement collectif du quartier d'agités*, op. cit., p. 111.

² Ibid., p. 121.

³ Ibid. p. 115.

mais nous avons cherché à guérir le pavillon, à abattre l'agitation de Morel¹ ». C'est en ce sens que fut employé l'électrochoc : comme traitement symptomatique de l'agitation chez ce « malade trop ancien pour qu'on puisse atteindre les symptômes profonds » que constituait le quartier des agitées.

Avec la ruée des malades évacués de l'est et de Paris en 1939 et une augmentation en conséquence des effectifs de malades à Saint-Alban, passant de 550 à 780 (et celui de la 4 de 90 à 105)², tout l'hôpital se tend en 1941 et 1942 dans une lutte contre la famine, de l'économe jusqu'aux malades, y compris celles et ceux des quartiers d'agités. Des sorties massives ont ainsi lieu dans les campagnes environnantes. On allait chez les paysans pour chercher de la nourriture en échange de quelques travaux. La question de la survie joua un rôle éminemment thérapeutique.

L'hôpital s'ouvre à la fois sur l'extérieur et sur l'intérieur : toute sorte de réfugiés arrive à Saint-Alban, parmi lesquels des résistants et des hommes de lettres tels Georges Sadoul, Gaston Baisette, Georges Canguilhem, Tristan Tzara et Paul Eluard. Au fil des mois, l'asile va devenir un rendez-vous de la Résistance, très active dans la région. « C'est l'accueil des réfugiés dans l'hôpital, explique Tosquelles, qui apportait cette vie du dehors, une vie grouillante, une atmosphère de catastrophe et d'universalisation de la souffrance, qui rendait la folie la plus authentique presque dérisoire devant l'affolement général. »³

On crée pour la première fois un club thérapeutique, institution au sein même de l'hôpital, venant se substituer à l'organisation traditionnelle, et dans laquelle les rencontres se nouent hors de toute relation hiérarchique, autour de situations concrètes, liées à l'organisation de la vie à l'hôpital. Ce qui aura un effet d'entraînement sur la remise en cause d'une certaine féodalité entre les diverses catégories médecins, infirmiers, malades. « L'équipe dans son ensemble est la cheville ouvrière de la thérapie, fait partie elle-même de l'institution et à ce titre doit en permanence s'interroger, se remettre en question, analyser ses résistances, ses rapports aux patients, sans fin... »⁴

¹ Entre-temps le pavillon 4 avait été rebaptisé pavillon Morel

² Ibid. p. 115.

³ MURARD L., FOURQUET F., *Histoire de la psychiatrie de secteur*, éd. Recherches (2°), Paris, 1980, p. 63.

⁴ COUPECHOUX P., *Un monde de fous*, éd. Seuil, 2006, p. 109.

L'action menée dans l'hôpital n'exclut pas celle menée au dehors. À ce sujet, Bonnafé insiste¹ sur l'importance des recherches saint-albanaises sur l'extra-hospitalier, tout aussi fécondes et indissociables de celles portant sur l'intra-hospitalier : développement des consultations de prévention et de post-cure, des relations médico-pédagogiques, tout un travail hors hôpital qui sera un temps appelé la géo-psychiatrie. Le lien avec la population locale se développe selon ce que Bonnafé désigne par « utiliser le potentiel soignant du peuple ». Le travail se faisait, nous rapporte Tosquelles, avec les paysans, les gendarmes, les instituteurs, voire même des curés et des notaires. « On travaillait aussi avec les médecins de village, les ciné-clubs, les familles. »²

On retrouve là les fondements de l'esprit de la psychiatrie de secteur, qui prend bel et bien source aux mêmes lieux que la psychothérapie institutionnelle.

Revenons à l'analyse que nous fournit Paumelle du pavillon Morel. La période 1949-1951 voit se terminer la lutte contre l'agitation : elle n'a plus d'objet, nous affirme-t-il. Il est d'ailleurs admis de manière générale au sein de l'hôpital qu'il n'y a pas d'agitité attiré, et que les agitations occasionnelles peuvent se soigner avec succès.

Morel s'est transmuté en quartier d'entrée, gardant une spécificité pour les malades difficiles posant des problèmes par leur comportement psychomoteur, et où l'activité thérapeutique est intense. Paumelle observe que l'agitation asilaire n'a pas été déplacée, mais a totalement disparu, après plusieurs années de travail continu auquel tout l'hôpital – médecins, personnel, malades – participait à sa place. « Non seulement personne n'était exclu mais le refus et les réticences des uns ou des autres posaient toujours un problème à résoudre. »³ Il note par ailleurs une réduction continue de l'effectif des pensionnaires du pavillon : passé à 80 au moment de la Libération, il descend jusqu'à 55 au début de l'année 1952. Des sorties définitives ont pu se dérouler avec succès.

C'est ainsi qu'une fois de tels résultats obtenus sur le plan institutionnel, la voie fut libérée pour une meilleure adaptation des traitements individuels (psychothérapies de groupe, psychodrames, psychanalyses, traitements biologiques).

Mais Saint-Alban n'est pas le seul lieu où se mènent des réflexions sur la place de la folie dans la société et le rapport nouveau à construire avec elle, et d'autres acteurs sont à citer.

¹ MURARD L., FOURQUET F., *Histoire de la psychiatrie de secteur*, op. cit., p. 69.

² COUPECHOUX P., op. cit., p. 110.

³ PAUMELLE P., op. cit., p. 121.

D'autres réalisations également inspirées

- À commencer par Georges Daumézon lui-même, qui aura mené une expérience comparable à Fleury-les-Aubrais, près d'Orléans, puis à Maison-Blanche en région parisienne où il est nommé par la suite. Il y introduit de multiples activités distractives, culturelles, sportives auxquelles participe tout le personnel, y compris le personnel administratif et technique. Il crée des réunions de pavillons où sont dégagées les stratégies thérapeutiques de chaque patient, liant traitement biologique et psychothérapie, et où l'on débat des conflits et problèmes liés à la vie du pavillon.

Il définit en effet la fonction du service comme devant donner à chaque malade la possibilité d'investir des conflits, et de par la variété de ses aspects leur fournir, quelque soit leur pathologie, des occasions d'identification et de transfert. Il est donc nécessaire, au regard de l'extrême variété des situations psychotiques, de multiplier au maximum, les organisations, les structures, les types de relation. Le but étant, une fois les conflits investis, d'orienter ceux-ci vers leur résolution en faisant évoluer chaque situation personnelle tout comme la vie même de l'établissement.

Pour lui, il est essentiel que la mise en place d'activités de groupes permette de mettre entre parenthèses la structure asilaire. Pour cela il insiste sur la mise en place de rapports déhiérarchisés : « la participation du personnel, des malades, à cette entreprise devra être libre, indépendante de tout espoir de "récompense" comme de tout risque de sanction, de telle sorte que les rapports ne soient plus déterminés par les relations asilaires classiques ».

Il schématise par trois stades successifs la thérapeutique sociale dont la durée, variable d'un sujet à l'autre, peut s'étendre de quelques heures à plusieurs années selon les cas :

- réaliser un accrochage, par l'intégration d'un groupe qui suscite son intérêt et en favorisant le contact à l'autre, susceptible de le faire sortir d'une attitude autistique ;
- donner une pleine valeur sociale à l'activité du malade ; des tâches prendront sens, des responsabilités pourront être assumées ; le trouble du sujet, non liquidé, se manifeste souvent de façon plus claire encore, ce qui présente un intérêt largement supérieur à l'apathie ;

- orienter vers une période de résolution et de réadaptation sociale grâce aux démarches inhérentes aux divers groupes.

Pour Koechlin et Daumézon, l'instrument essentiel consiste alors dans des réunions de divers groupes: réunion de pavillon, réunion de personnel, réunion d'atelier, réunion du Comité du Journal, etc. dans lesquelles le médecin joue un rôle psychothérapeutique. Il devra tout particulièrement surveiller le développement de régressions et notamment la naissance de relations à type de caïdat « dont l'efficacité est, de prime abord, une tentation très grave », et parvenir à la transition de la tendance d'ordres donnés par un chef de pavillon ou d'atelier cherchant à se faire valoir, vers celle de décisions fruits d'une discussion ouverte du groupe entier.

C'est ainsi qu'en lien avec la modification du cadre et de l'ambiance a pu se réaliser un certain nombre d'entreprises collectives et individuelles : d'anciens fugueurs partent en forêt chercher le matériau nécessaire au sablage des cours de l'hôpital, d'anciens casseurs de vitre prennent en charge le lavage des carreaux, et la « terreur caractérielle » du service¹ garde les enfants de l'interne Paumelle. L'introduction du pécule n'est certes pas pour rien dans la mise en place de ce travail thérapeutique, mais le caractère commun de ces entreprises est une lutte directe contre un symptôme maladif par l'adoption d'une conduite adaptée antinomique.

Par ailleurs les loisirs, passant d'une offre charitable tendue à un groupe passif, à une offre d'implication active, permettent de vivifier l'ambiance des établissements, avec notamment l'organisation collective de veillées, de bals, de séances cinématographiques, la tenue d'un journal, la pratique sportive etc., amenant de plus en plus de lieux à se constituer en club.

Les auteurs de l'article de 52 perçoivent le risque d'une recherche de l'excellence dans l'atelier, avec ce que cela peut comporter de tendance au rendement et à la productivité. Pour eux l'objectif n'est pas là. De même, l'inertie menace de réapparaître, même dans la plus plaisante activité : « le médecin doit avoir pour perspective constante la nécessité de "relancer" les activités sur de nouvelles voies. Tel travail bien installé dans un pavillon est un signe de stéréotypie ; tels membres du personnel, tels malades, y excellent et le bénéfice en décroît chaque jour ». L'objectif reste de tirer de ces créations le maximum d'efficacité thérapeutique pour les participants et l'ambiance.

¹ PAUMELLE P., op. cit., p. 87.

On retrouve dans leurs lignes la même métaphore que Balvet au sujet du pavillon souffrant d'une maladie chronique : « La désadaptation de l'asile est une escarre, faute de pouvoir modifier profondément la structure, il faut constamment changer le pansement ». Et enfin cette mise en garde essentielle : que le médecin reste en état de constante vigilance pour que son activité ne tourne pas à la création d'un monde clos, un microcosme dont il deviendrait le centre et le dieu.

- Un autre champ est celui des Centres de Traitement et de Réadaptation Sociale (CTRS), qui éclosent notamment à Ville-Evrard avec Paul Sivadon, à Villejuif avec Louis Le Guillant, à Bonneval avec Henri Ey. Ils correspondent, selon l'article de Koechlin et Daumézon, à des expériences parallèles à l'intérieur même des grands hôpitaux psychiatriques, ayant bénéficié d'une aide matérielle importante par la Sécurité Sociale, ce qui leur aura permis un développement original et conséquent par rapport aux autres services, avec de nombreux collaborateurs médicaux, de moniteurs, d'assistantes sociales et un équipement matériel riche. De plus, et avec l'aide de l'administration, il fut veillé à ce que ces services soient peuplés dans les limites de la population réglementaire, en évitant l'étouffement inhérent à l'encombrement. Comme l'on pouvait s'y attendre, ces conditions de travail ont largement démontré leur efficacité et permis d'atteindre des chiffres de rendement thérapeutique que ne connaissent absolument pas les services voisins.

Sivadon (1907-1992) a pu s'orienter vers une utilisation spécifique d'activités correspondant à des structures pathologiques déterminées et esquisser un plan rationnel d'ergothérapie. Il ouvre en janvier 1948 le premier CTRS, modèle d'organisation sociothérapique et réadaptative, permettant de mener de front, thérapeutique par le travail et réinsertion sociale des malades. Sven Follin puis Hélène Chaigneau viendront travailler avec lui, puis essaieront à leur tour.

- Autre acteur dans la droite lignée de Georges Daumézon, Philippe Paumelle aura d'abord réussi à formaliser et mettre en mots dans sa thèse le travail collectif de traitement du quartier des agitées auquel il a activement participé. Il pointe que la vie de ce pavillon est caractérisée par le jeu permanent, et quasi imposé par les structures, de l'agitation et de la contention. Elle est marquée également par l'abandon et l'abstinence thérapeutique

que le pavillon suscite. Elle comporte en elle, de par son climat, son ambiance, les germes d'une aggravation symptomatique suraléante. Son objectif est de renouer avec les maîtres aliénistes du siècle précédent, tels Parchappe et Falret, en confirmant leur conviction que l'agitation baisse inévitablement lorsque sont entrepris des efforts de perfectionnement des conditions matérielles et des traitements, qui visent à transformer les aspects carcéraux de la structure. Il appuie leur préconisation de limitation voire de suppression des pavillons d'exception, tels ceux des agités et des gâteux, pourtant peu à peu apparus comme une nécessité inéluctable, dans le microcosme asilaire figé et immuable. Ces pavillons ayant le tort de ne pas chercher à combattre ces manifestations (agitation, gâtisme), mais plutôt à en limiter les effets, ce qui aboutit à [les] légitimer par une série nécessairement indéfinie de moyens de coercition matérielle et morale.¹

Il décrit ainsi les étapes de la progression du « 3-6 » à Maison-Blanche², quartier d'agités dont il a la charge alors qu'il est interne sous la chefferie de Georges Daumézon :

- l'ouverture du monde clos : par la mise en place des premières réunions de pavillon, réduisant ainsi les rivalités entre équipes du matin et de l'après-midi ; puis par l'ouverture à la participation des pensionnaires, consultés sur les améliorations concrètes à apporter au service ; enfin par l'ouverture vers l'extérieur en multipliant les occasions de sortie, tant pour les pensionnaires que pour les infirmières qui iront constater les avancées réalisées à Fleury ;
- le progrès de la vie sociale, marquant bientôt la fin du règne de la peur ;
- l'introduction sur une large échelle des traitements biologiques dans un deuxième temps, comme traitement symptomatique de l'agitation résiduelle, après avoir traité au préalable l'ambiance du service, afin que le caractère punitif de la prise en charge médicale disparaisse ;
- pour qu'enfin, le quartier d'agités perde sa spécificité pour devenir, là aussi, un quartier comme les autres.

¹ PAUMELLE P., op. cit., p 136.

² Ibid., p 55-88.

Il rapporte des améliorations individuelles, mais pointe également une amélioration globale et collective du pavillon par le moyen de critères parfois assez originaux : l'utilisation des moyens de contention diminue, ainsi que le nombre de malades gâteuses¹ ; la courbe de poids de l'ensemble des malades augmente, rendant compte de l'amélioration physique de certaines patientes rendues à l'activité après que purent être supprimées les longues périodes d'alitement prolongé et d'immobilisation forcée ; l'inventaire s'accroît et s'enrichit même de nouvelles catégories d'objet jusqu'alors inexistantes ; enfin le style et le contenu des transmissions s'améliorent, témoignant de l'évolution de l'état d'esprit des soignants.

De même que pour l'agitation, a eu lieu une réflexion pour lutter contre le gâtisme. C'était la tâche de Koechlin, affecté au quartier des gâteuses à Maison-Blanche quand Paumelle l'était au quartier d'agitées. Elle fut celle de Bonnafé, débarqué à Sotteville-lès-Rouen. Il montrera que par effet de pathoplastie et de sédimentation, 85 % des cas de gâtisme n'étaient en fait qu' « artefact ». Par ailleurs il met en place en Seine-Maritime les préconisations défendues depuis la Libération, fondatrices de la pratique de psychiatrie de secteur (principe d'unité, de continuité, de travail en direction de l'environnement), et amenant *nécessairement* les lieux de soin à la mixité plutôt qu'à la prise en charge unisexuée.²

Pour en revenir à Paumelle, son parcours sera par la suite marqué par la création, au cours des années 50, avec Serge Lebovici, René Diatkine et Paul-Claude Racamier, et grâce à la loi de 1901, de « l'Association d'hygiène mentale et de lutte contre l'alcoolisme du XIII^e Arrondissement de Paris », matrice de la future ASM 13.

Le XIII^e fut *le* secteur drapeau selon l'expression de Daumézon³, préfigurant puis justifiant dans les années suivantes la circulaire de 1960 sur la mise en place de la psychiatrie de secteur, tout en démontrant la possibilité de la mise en œuvre d'une psychothérapie institutionnelle dans la cité. La souplesse de la structure juridique privée associative permit une diversification des développements : centres de consultations ambulatoires, service d'urgence, services d'hospitalisations à domicile, ateliers thérapeutiques, placement familial, hôpital de jour, hôpital, club thérapeutique.

¹ Ici à prendre au sens de : « qui gâte, souille ses draps ».

² MURARD L., FOURQUET F., *Histoire de la psychiatrie de secteur*, op. cit., p. 137-143.

³ Ibid., p. 187.

L'expérience ne fut facile ni pour les communautés urbaines non habituées à accueillir malades et psychiatres dans leur vie quotidienne, ni pour les équipes peu accoutumées à soigner en dehors des murs de l'hôpital : la psychiatrie de secteur nécessite un travail d'équipe, de coordination, de disponibilité et de continuité contrastant avec les cloisonnements hospitaliers habituels¹, mais conditionnant bel et bien la possibilité d'existence d'un travail institutionnel.

- Jean Oury arrive à Saint-Alban en septembre 1947. Il y restera deux années (qui en vaudront bien vingt ailleurs selon Tosquelles). Il part ensuite à la clinique de Saumery en Octobre 1949, envoyé en mission presque à son insu par le psychiatre catalan pour « voir s'il était possible de faire quelque chose dans le privé ». En décembre 1950, il est thésé et qualifié en psychiatrie et se retrouve de fait médecin-directeur jusqu'en 1953. Le 3 Avril de cette même année, Oury s'installe au château de la Borde, à Cour-Cheverny avec les patients de Saumery qui l'ont suivi, pour en faire une clinique privée spécialisée dans l'accueil des psychotiques.

« Commence alors l'histoire d'un lieu qui a contribué à soigner un nombre énorme de patients atteints de psychoses et d'autres pathologies, mais aussi à accueillir des stagiaires du monde entier, venus à La Borde pour y réfléchir avec les soignants permanents, les « moniteurs », sur les pratiques et la théorie de la psychothérapie institutionnelle. Oury rencontre Lacan, va travailler avec lui pendant plus de vingt ans, et particulièrement dans le cadre de *l'École Freudienne* dont il devient un des principaux membres, et ainsi participer à cette aventure du « retour à Freud ». Il rencontre également Félix Guattari qui apportera à la Borde son dynamisme intellectuel et y prendra racine. »²

C'est ce dernier qui élabore le concept de *transversalité*, qui, en rupture avec la verticalité hiérarchique d'une part, et l'horizontalité des manifestations de la pathologie et de la pathoplastie³ d'autre part, exige de l'institution une communication maximale entre les différents niveaux et dans les différents sens. En permettant le jeu de l'hétérogénéité, elle ouvre la possibilité d'une réapparition du désir chez le schizophrène, souvent engoncé dans la passivation.⁴

¹ MORNET J., *Psychothérapie Institutionnelle, histoire & actualité*, op. cit., p. 28.

² DELION P., *Accueillir et soigner la souffrance psychique de la personne*, op. cit., p. 66-67.

³ Manière dont une institution, elle-même, peut renforcer la dimension pathologique.

⁴ MORNET J., op. cit., p. 129-131.

La rotation des tâches et la diversification des fonctions vont permettre de lutter contre les déterminations statutaires. Les soins et l'écoute ne doivent être l'apanage de personne : le jardinier ou l'homme d'entretien peuvent occuper des places tout aussi importantes dans la stratégie thérapeutique que les spécialistes étiquetés comme tels.

Oury parle de « coefficient thérapeutique » pour désigner le fait que chacun est pris dans une relation de soin au malade. Que l'on soit soignant, administratif ou technique, chacun possède dans une institution son coefficient thérapeutique. Il passe par l'accueil qu'un cuisinier sait faire au malade dans ses propres locaux, le contact qui s'établit entre la femme de ménage et le patient lorsqu'elle fait sa chambre, ou le simple « bonjour » adressé au détour d'un couloir au psychotique en proie à son délire paranoïaque.

On retrouve dans l'ensemble du fonctionnement les principes de la PI : « la perméabilité des espaces, la liberté de circuler, la critique des rôles et des qualifications professionnelles, la plasticité des institutions, la nécessité d'un club thérapeutique ». C'est le mouvement ainsi créé qui constitue la fonction « d'analyse » et de formation permanente. Il déjoue la routine et l'ennui. Il provoque des hasards. Il permet des rencontres. Il ouvre des paroles. En un mot, il permet de maintenir le désir en favorisant l'hétérogénéité des champs d'investissement. De la même manière, toute commission, tout groupe, toute réunion a des statuts précaires : ils ne valent que par leur contexte qui, par définition, est fluctuant car vivant.¹

Cette clinique, unique en son genre, a été et est encore le lieu le plus actif dans l'élaboration de la théorico-pratique psychiatrique référée à la Psychothérapie Institutionnelle. Elle montre, à l'évidence, comment toute clinique peut s'appuyer sur l'ensemble que fournissent la psychanalyse et la sociologie. Elle est une affirmation que le soin des psychotiques nécessite des lieux d'hospitalisation, des moyens et du temps.

Oury énoncera dès 1948, en réaction à la condamnation de la psychanalyse par la ligne Jdanov, le concept de *double aliénation* : l'aliénation sociale et l'aliénation psychopathologique, à distinguer l'une de l'autre tout en les articulant. Cette affirmation sera de nouveau nécessaire face à la montée d'une certaine forme d'anti-psychiatrie quelques vingt années plus tard, qui ne voyait dans les maladies mentales que simples effets des problèmes de société. Elle reste valable face aux visions uniquement organicistes de la pathologie psychiatrique.

¹ Ibid., p. 30-33.

À cette affirmation répondra celle de Tosquelles que la psychothérapie institutionnelle ne devra pas oublier de marcher sur ses deux jambes, la psychanalytique et la sociale.

De toutes ces expériences institutionnelles, celles citées comme les autres, leurs différents acteurs ressentiront la nécessité de se rencontrer, d'échanger, de se disputer...

Le temps des rencontres

- Les journées psychiatriques nationales en mars 1945 à Sainte-Anne où apparaît pour la première fois la notion de secteur, restent un moment fondateur. On y propose que la fonction du médecin des hôpitaux psychiatriques ne soit plus seulement la responsabilité strictement hospitalière de l'établissement qui l'embauche, mais celle de l'organisation des soins de santé mentale sur un secteur donné.¹

- En 1945 toujours, l'ancienne Amicale des aliénistes se transforme en Syndicat des psychiatres des hôpitaux, qui jouera un grand rôle dans l'avènement de la psychiatrie de secteur. À l'origine de sa fondation l'on retrouve un groupe de réflexion rassemblant notamment Julian de Ajuriaguerra, Paul Bernard, Lucien Bonnafé, Georges Daumézon, Henri Duchêne, Henri Ey, Pierre Fouquet, Sven Follin, Jacques Lacan, Louis Le Guillant, Paul Sivadon, François Tosquelles : le groupe « batia » (« ensemble » en langue basque), à l'existence éphémère... Le sévère affrontement des dogmatismes, tant communiste qu'anti-communiste, sur fond de guerre froide dans l'immédiate après-guerre, aura eu des répercussions certaines sur les rapports entre psychiatres. L'histoire de la psychiatrie française n'échappe pas à celle de la France et du monde. La période d'après 47 est une période d'effondrement des ambitions de 45-47 avec leur aspect unitaire.²

¹ MURARD L., FOURQUET F., *Histoire de la psychiatrie de secteur*, op. cit., p. 86.

² Ibid. p. 97.

- Dans un autre registre Henri Ey organise à plusieurs reprises les journées de Bonneval, où s'exprimeront des divergences célèbres entre Le Guillant et Tosquelles sur les psychothérapies collectives en 1951. Le premier reprochant au second de créer, de par ses techniques de groupe à mi-chemin entre psychanalyse et sociologie, une néosociété s'éloignant des vrais problèmes que sont l'étude des situations pathogènes qui aliènent les hommes, leur mode d'action et leur transformation, et de l'objectif d'un retour du malade dans les groupes humains réels auxquels il appartient. C'est sans compter pour Tosquelles le rejet du malade par la société, lui aussi bien réel.

Delion¹ voit dans ces oppositions, les racines de ce qui va aboutir au courant anti-psychiatrique de Cooper en Angleterre et Basaglia en Italie, puis plus tard encore à une certaine conception du mouvement de réhabilitation psychosociale, qui axe les efforts sur un traitement essentiellement social de la psychose, et dont le succès peut s'entendre comme l'expression d'une nouvelle pression normative : celle de l'autonomie de l'individu.

À ce sujet Matthieu Duprez distingue ainsi les deux mouvements : « là où la psychothérapie institutionnelle avance la question de la subjectivité et de la liberté de l'homme au sein des sociétés modernes, la réhabilitation pose celles de l'individualité, des droits et des libertés de la personne, sans jamais produire une réflexion sur la question du pouvoir et la façon dont il organise la ségrégation des uns et des autres sous prétexte de leur faiblesse et de leur non-productivité ». ²

Pour Marcel Sassolas, grand acteur de l'association Santé mentale et communauté, soigner un psychotique, c'est créer pour lui un cadre dans lequel il aura la possibilité de vivre avec autrui des relations significatives – c'est à dire affectivement investies – pouvant favoriser une évolution psychique jusqu'ici figée par les processus de défense psychotiques ; le postulat étant que ces derniers puissent, sinon disparaître, du moins s'assouplir. « Renoncer à une telle perspective et se contenter d'aider les patients à vivre leur psychose, c'est abandonner ceux-ci au désespoir ou à la résignation, et les soignants au triste sentiment de leur être inutiles. » ³

¹ DELION P., *Accueillir et soigner la souffrance psychique de la personne*, op. cit., p. 62.

² DUPREZ M., « Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle », *L'Information psychiatrique* vol. 84, n°10 – décembre 2008, p. 907-912.

³ SASSOLAS M., « Est-ce ainsi que les hommes vivent ? », *La psychose à rebrousse-poil*, éd. Érès, Toulouse, 1997, rééd. 2009, p. 265.

• À l'initiative de Daumézon auront lieu les rencontres du groupe de Sèvres de 1957 à 1959, dont les deux grands thèmes seront, comme le rappelle Bonnafé, la psychiatrie de secteur et la participation des infirmiers à la psychothérapie.¹ Pour Jean Ayme, c'est le retour au Groupe Batia, élargi à la génération suivante.² On y retrouve des psychiatres cliniciens et des psychanalystes qui élaborent une rationalisation des phénomènes de groupe en institution, selon plusieurs axes : psychanalyse, psychiatrie, phénoménologie, anthropologie structurale, psychologie sociale, linguistique, etc... Car, suite au XX^e congrès du parti communiste de l'URSS en 1956 et l'autocritique du stalinisme, une certaine détente et un renouement chez les psychiatres, impliqués à divers degrés dans le champ politique et notamment communiste, peuvent s'observer.

Toutefois si sur le premier thème, le groupe se sent suffisamment cohérent pour agir de façon concertée dans les sociétés scientifiques et lors des congrès (rapport d'Henri Duchêne sur la psychiatrie de secteur présenté au congrès de Tours en 1959, préfigurant la circulaire du 15 mars 1960), il n'en est pas de même pour le second. Jean Ayme cite ainsi les craintes qu'exprime Le Guillant : « Je me suis souvent demandé si le sujet choisi pour cette réunion était un bon sujet. La psychothérapie en effet met en question des aspects essentiels de notre conception de la maladie mentale, et par suite les fondements mêmes de notre métier. Je crains que de ce fait bien des questions posées à ce propos le soient avec passion... ».³

Et en effet le conflit ne tarda pas à éclater, entre les tenants d'une psychanalyse orthodoxe dans l'institution, centrée sur le Moi et sur un acte professionnel spécifique, et ceux qui font de la psychothérapie dans l'institution l'œuvre de tous et pas seulement des psychanalystes. « Pour que les institutions deviennent des lieux qui changent, qui échangent ; des lieux où la polyphonie de la parole soit, comme dans la psychanalyse, un instrument du changement, faisant surgir le sujet et pas le Moi avec son système d'étayage par le statut socio-professionnel » (Tosquelles).⁴

La scission de la Société psychanalytique de Paris et la création de la Société française de psychanalyse par Jacques Lacan en 1953, les divergences sur la leçon freudienne et sur « les diverses manières d'être post-freudiens » (Bonnafé), semblent avoir eu un rôle fondamental dans la dissolution du groupe de Sèvres ; même s'il apparaît,

¹ MURARD L., FOURQUET F., op. cit., p. 158-159.

² AYME J., « Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle », in DELION P. (sous la dir.), *Actualité de la psychothérapie institutionnelle*, op. cit., p. 44.

³ Idem.

⁴ MURARD L., FOURQUET F., op. cit., p. 156.

des décennies plus tard, que les points de convergence restaient les plus nombreux, et que d'aucuns en appellent au rassemblement des divers courants qui, si tous ne se réclament pas de la psychothérapie institutionnelle, ont malgré tout chacun travaillé la question de la thérapie de la psychose en institution (« thérapeutiques institutionnelles »), et ont pu aboutir à des développements à bien des égards similaires.

Jean Ayme prend ainsi l'exemple de Racamier qui, pour rendre compte de l'absence d'expérience œdipienne chez le psychotique, utilise la notion de séduction narcissique : « Mère et enfant réalisent un organisme fusionnel omnipotent "défiant toute autre présence, toute autre loi et toute autre force". Ainsi parvient-il à contourner la notion lacanienne de "forclusion du nom du père" entraînant l'impossible accès au symbolique ». ¹ Mais dès lors, « qu'importe le flacon » ?²

- Après le groupe de Sèvres se constitue, à partir de 1960 et autour de Tosquelles, le GTPSI (Groupe de Travail sur la Psychothérapie et la Sociothérapie Institutionnelle) qui rassemble initialement « Saint-Albanistes » et « Labordiens » avant de s'étendre à des personnes d'autres horizons. On y croise pêle-mêle Roger Gentis, Claude Poncin, Yves Racine, Jean Oury, Horace Torrubia, Jean Colmin, Maurice Paillot, Jean Ayme, puis Michel Baudry, Hélène Chaigneau, Ginette Michaud, Robert Millon, Jean-Claude Polak, Philippe Rappard, Henri Vermorel, Félix Guattari. À l'occasion, Jacques Lacan est présent, y retrouvant Tosquelles et Bonnafé. Jacques Schotte, psychiatre et psychanalyste enseignant à Louvain, est un invité régulier.

Le GTPSI fonctionne à la fois comme un groupe d'analyse et d'élaboration théorique et didactique. Pour Jean Ayme, les participants viennent y chercher un ressourcement pour poursuivre un travail souvent éprouvant, un contrôle proche du contrôle analytique : « la règle est de "ne pas s'en laisser passer une", règle aussi difficile à appliquer à la lettre que l'association libre. Chacun est là comme représentant d'un collectif. Il soumet au groupe son équation personnelle dans la mesure où le praticien, comme dans la relation psychanalytique est lui-même un élément du système institutionnel. C'est également la recherche d'une "cohérence théorique", la fabrication d'outils conceptuels pour guider notre pratique mais également pour tenter de dégager la problématique spécifique de la psychothérapie institutionnelle ». ³

¹ AYME J., op. cit., p. 62.

² Idem.

³ Ibid. p. 48.

Parmi quelques uns des thèmes abordés : l'établissement comme ensemble signifiant, l'argent à l'hôpital, fantasme et institution, le concept de production dans le collectif psychiatrique, psychothérapie et institution (préparation de l'article de l'Encyclopédie signé par Ayme, Rappard et Torrubia), transfert et institution, surmoi et institution (thème traité à la dernière rencontre).

- En 1965 le GTPSI se dissout et donne naissance à la SPI (Société de Psychothérapie Institutionnelle) en réponse à une montée de l'intérêt pour la psychothérapie institutionnelle, ne permettant plus le maintien de « cette sorte de société secrète » (Oury)¹ qu'était le GTPSI. C'est dans le discours inaugural de celle-ci que Tosquelles énoncera la fameuse métaphore des deux jambes, la *psychanalytique* et la *sociologique* (la *marxiste* diront certains) : « pour que la première jambe ose se projeter dans le vide, tout le corps prend appui sur l'autre jambe, et ainsi alternativement. Hélas ! Nous constatons que certains voudraient pouvoir avancer la jambe freudienne sans jamais bouger l'autre... Ne manquent non plus ceux qui font le choix unijambiste inverse ».

La SPI envisage la création de groupes régionaux ne réunissant pas plus d'une quinzaine de personnes, des groupes de recherche spécialisés sur des thèmes et des stages. Elle publie une revue dont il ne paraîtra que 6 numéros car en 1968 la SPI cesse de fonctionner. Jean Ayme décèle dans l'existence éphémère de cette société dont il était le secrétaire général l'expression d'une crainte de se transformer en société savante, porteuse d'une doctrine, « de tomber dans le "nous" »², dont on connaît les effets ravageurs.

Mais comme il le rappelle, la disparition de la SPI ne met pas pour autant fin au courant de psychothérapie institutionnelle, et d'autres rassemblements émergent, tel le groupe de Brignac dans la région Centre, mais également séminaires, colloques, journées, rencontres, organisées à l'initiative des Amicales ou Associations du personnel ou de collègues de divers établissements pour qui la vie quotidienne est le support de la stratégie de soins et qui considèrent qu'il faut traiter tout à la fois la structure soignante, quelque soit son niveau de modernité, et chaque malade dans sa singularité.³

¹ MURARD L., FOURQUET F., op. cit., p. 162.

² AYME J., op. cit., p. 50.

³ Idem.

- On le voit bel et bien à présent, l'histoire du mouvement de psychothérapie institutionnelle est faite elle aussi, à l'instar des différents groupes et activités qu'elle encourage au sein des institutions, de nombreuses créations de groupes, suivies de disparitions, puis de réémergences à d'autres endroits... Comme si la fragilité de ses propres institutions lui était nécessairement consubstantielle.

Il faut par ailleurs prendre garde à ce que le développement précédent ne nous fourvoie pas : les quelques expériences et initiatives décrites, l'émulation qui les entoure, restent marginales, se développent sur un temps forcément trop long au regard du terrible encombrement asilaire qui, dès 1950, retrouve des niveaux record, et surtout, sont limitées du fait de celui-là même. L'article de Koechlin et Daumézon nous met ainsi en garde : « L'exposé qui précède pourrait induire le lecteur dans une vue trop grandiose que notre devoir est de réduire. Le nombre de services qui, en France, ont adopté les techniques que nous venons de décrire, est extrêmement limité et très rares sont ceux où elles sont toutes utilisées à la fois ». Le manque de moyen est criant, l'accroissement de la population des malades leur fait craindre de ne bientôt plus pouvoir mettre en œuvre les techniques de resocialisation décrites. Dès lors, le salut leur apparaît dans l'assistance extra-hospitalière.

Et voilà comment sont entraperçues, dans l'article même intronisant l'usage du vocable *psychothérapie institutionnelle*, les prémices de la *psychiatrie de secteur*. Le lien les unissant toutes deux dans le même mouvement désaliéniste de la révolution psychiatrique¹, ne se dément pas. Il se retrouve jusque dans les *fondements* de celle-ci. Prétendre qu'il en serait autrement, que l'un aurait remplacé l'autre, est donc une reconstruction *a posteriori* de l'histoire. Il n'était décidément pas vain d'y faire retour.

¹ selon l'expression de Bonnafé citée précédemment.

Persévération asilaire

L'asile donc, ségrégatif et concentrationnaire, persiste. À ce sujet, il peut être noté avec intérêt l'entretien¹ réalisé auprès de Guy Baillon, psychiatre, et de Tessa Duchet-Suchaux, psychologue, nous rapportant leur arrivée, cette fois dans les années 70, dans le pavillon de force de l'établissement psychiatrique de Ville-Evrard, appelé aussi « pavillon de rejet », car recevant les patients (et les soignants) dont plus personne ne voulait dans les autres pavillons de l'établissement. Nous sont livrés leurs sentiments d'alors, sentiments d'effroi, de sidération et de fatalité face à quelque chose qui *manifestement* ne pouvait se dérouler autrement, immédiatement assortis d'une réflexion sur le phénomène d'exclusion et de rejet en psychiatrie. Celui-ci traverse selon Baillon l'histoire même de la psychiatrie : avoir envie de mettre de côté certains patients troublant le travail qu'on désire réaliser.

Il y a là véritable mise en abîme. La psychiatrie constitue pour une part le rejet de la société. Elle-même produit son propre lieu de rejet. Et voilà que l'on découvre qu'y compris dans ce pavillon de force, le même système de rejet est organisé :

« Dans ce pavillon fermé à double tour, il y avait en plus de cela, à l'intérieur même, un lieu cloisonné avec un chiotte turc où on enfermait toute la journée les deux, trois, quatre, cinq patients vraiment les plus rejetés d'ici. On était dans l'atroce de l'atroce. Et qu'est-ce qui s'était passé ? Les soignants avaient essayé eux-mêmes, tout simplement pour arriver à travailler ici, de se mettre dans une situation relationnelle leur donnant l'impression de pouvoir quand même faire un minimum de travail soignant avec certaines personnes. Donc pour y arriver, il fallait faire comme tout le reste, il fallait écarter les plus difficiles, les plus atroces et les plus pénibles pour les mettre de côté. Ça venait de se passer çà, à peu près deux ans auparavant, comme un progrès technique organisé par à la fois le médecin et les infirmiers. S'était mis en place un rejet dans le lieu de rejet... toujours avec cette ambiguïté de pouvoir travailler, ou bien d'être tranquille... »

Et Duchet-Suchaux de souligner² que de tels lieux existent certainement encore en France, certes en proportion bien inférieure ; et que cela peut, si la vigilance est mise en défaut, se réinstaurer en quelques semaines.

¹ MUXEL P., de SOLLIERS B., *Histoires autour de la folie*, film documentaire, DVD éd. Montparnasse, 2006.

² On est alors en 1993, année de réalisation du documentaire.

Ce qui n'est pas sans évoquer la mise en garde de Bonnafé : « nous n'en ferons jamais assez pour empêcher que cela revienne ».

Qu'est-il alors possible de faire dans un tel lieu, où *celui qui y entre abandonne toute espérance*¹ ?

Guy Baillon évoque la dimension de scandale qu'aura été de soumettre aux équipes l'idée que les choses peuvent se passer autrement : « ou bien on les a jusqu'alors trompés, ou alors ces gens qui arrivent sont des farfelus... » :

« J'ai été accueilli dès le départ de façon complètement incrédule. Dans ce pavillon, le surveillant m'avait ri au nez quand je lui avais dit que je reviendrai. C'était quelque chose qui paraissait stupide de penser qu'on pouvait revenir ici, et puis pour y faire quoi ? (...) Un des seuls moyens qu'on avait à l'époque était de venir et de faire circuler la parole. On rejoint là une vraie valeur de la psychanalyse, simplement cette *fiabilité*, dont parle Winnicott, de dire qu'on est là, on revient, et c'est quelque chose qu'on reproduit tous les jours, ça a une force en réalité a posteriori considérable. Il a fallu pendant des années proposer aux infirmiers d'abord de se voir, de se parler régulièrement, toutes les semaines, parfois plusieurs fois par semaine, de rassembler le personnel des trois pavillons qui constituaient le secteur, et c'est vrai que ça a duré des années. »

Nous abordons là avec Guy Baillon un point essentiel : la réunion d'équipe. Déjà évoquée plus haut, nous avons pu observer que, si elle paraît banale et instituée de longue date dans la plupart des services, il n'en fut pas ainsi de tout temps, loin s'en faut. Il s'agissait au contraire dans bien des cas d'une acquisition obtenue de longue haleine. Acquisition qui, comme tant d'autres, est potentiellement menacée dans son essence, quand elle n'est pas d'ores et déjà liquidée, si l'on ne prend garde à maintenir cette institution vivante et ouverte.

¹ Cette référence à *l'Enfer* de Dante aura souvent été retrouvée.

Se réunir

- réunion de service [1] :

« Qu'est-ce qu'on fait pour Monsieur D. au sujet de sa bague ?

Monsieur D. est un patient psychotique âgé de 43 ans, en hospitalisation d'office depuis peu, suite à un passage à l'acte hétéro-agressif sur la voie publique, survenu dans un contexte de vécu délirant de persécution.

Il n'habite nulle part ; n'a, en apparence, pas investi de lieu ; ne semble pas le souhaiter ; tout en réclamant avec véhémence que son tuteur lui trouve un logement, pestant non sans raisons sur le peu d'avancées à ce sujet au cours des derniers mois.

Il s'agit d'un homme "à la marge", capable de mettre en œuvre des ressources insoupçonnables au premier abord, afin de survivre, de vivre, voire même d' "exister".

Au fur et à mesure de la prise en charge, ancienne, *chronique* pour ainsi dire¹, Monsieur D. a toutefois commencé à voir dans le secteur psychiatrique et ses institutions un repère, ou plutôt des repères (peut-être des « greffes de transfert » au sens de Gisela Pankow), entre les consultations en CMP où il se rend parfois, le groupe "convivialité" du CATTP où il se rend... un peu moins souvent, et le service d'hospitalisation, où il *sait* se rendre, selon les divers modes d'hospitalisation (HL, HDT, HO), quand son vécu de liberté se transforme en vécu d'errance, demandant alors à être porté, soutenu, accueilli.

Le problème qui s'exprime ce jour en réunion concerne une caractéristique de la présentation physique de Monsieur D. ; un « détail » qui nous préoccupe tous, ou plutôt nous angoisse. Un large anneau de métal fait constriction sur son majeur droit depuis plusieurs semaines, causant œdème et altération trophique (il est d'ailleurs notable que le sens étymologique du mot *angoisse*, du latin *angustia*, soit *resserrement*).

La douleur manifestement est présente, mais ne se signale que par des signes indirects. Le patient ne s'en plaint pas, ne veut pas entendre parler de notre inquiétude, encore moins d'une intervention... mais nous salue avec sa main gauche, et lorsque, dans un couloir, nous intercepte avec son langage dissocié, sa

¹ Mais la vie aussi est chronique nous dit-on.

main droite en souffrance se place à hauteur de son visage, et capte ainsi toute notre attention.

La question se pose alors entre nous lors de cette réunion des limites de notre action. Jusqu'à quand lui laisser son libre arbitre ? Et en est-ce vraiment, au regard de sa dissociation et de ses mécanismes de défense d'ordre psychotique ? Après tout, il est bien sous mesure de tutelle, et son tuteur serait en mesure théoriquement de lui *imposer* les soins physiques qu'il requiert. Faut-il vraiment en passer par là, avec quelles conséquences potentiellement néfastes lors de la mise en acte d'une telle décision ? Qu'en sera-t-il du lien thérapeutique qu'il est question de continuer à nouer ? Il semble préférable de ne pas se précipiter... et de continuer à travailler avec notre angoisse.

- réunion de service [2] :

« Il faut qu'on parle de Monsieur V. : il a agressé un infirmier hier ! »

Monsieur V. est un patient psychotique d'une trentaine d'années habitant jusqu'alors une caravane au fond du jardin de sa mère. Ses troubles mentaux l'envahissaient à un point tel qu'une hospitalisation avait été nécessaire. Dans l'intervalle, sa mère lui avait fermement signifié son intention de ne plus l'admettre chez elle. À l'hôpital depuis plus de six mois, il semble en incapacité d'envisager un « habiter ailleurs ». Pas question d'habiter en tout cas une autre commune. Pas certains de notre côté que cela lui soit psychiquement possible. Isolé dans le service, rapidement persécuté, farouche, il passe pour un écorché-vif. Seul un autre patient plus âgé souffrant d'un cancer avancé attire sa prévenance et sa sollicitude. Ce point avait fait l'objet d'échanges étonnés lors d'une autre réunion.

Mais ici, l'épisode de la veille, passage à l'acte hétéro-agressif sur un membre du personnel, suscite – on le comprend – l'exaspération à son encontre. Par ailleurs son refus manifeste de tout échange relationnel de base avec les soignants, son hostilité à notre égard, sa non-adhésion aux soins, finissent de lui donner le rôle de « mauvais objet » du service. Une demande de réaction de son médecin référent, le chef de service, est formulée par l'équipe ; elle est attendue de pied ferme. Car pas question de continuer ainsi. Il ne s'agirait pas de le mettre à la porte non. Mais au moins qu'il puisse comprendre qu'il a ici des obligations. Et pourquoi son maintien à l'hôpital ne serait-il pas conditionné par la participation effective à un minimum de participations hebdomadaires aux activités du service ? 3 à 4 activités par semaine semblerait un objectif adapté ; auquel il ne pourrait déroger, sinon...

Ces deux exemples de discussion en réunion qui viennent d'être décrits pourraient sembler n'avoir que peu d'intérêt. Il s'agit là de situations banales survenues dans un lieu de soin psychiatrique et discutées en équipe... Elles me sont pourtant parues significatives de ce qui peut se jouer d'*efficace* dans la clinique psychiatrique lorsqu'une parole questionnante est possible au sein d'un collectif soignant qui se réunit.

J'ai pu entendre par la suite, notamment suite à la réunion de service [1], par quelque participant, que ce genre d'échange ne servait à rien, qu'il ne s'y décidait rien pour le patient, pour lequel on ne faisait décidément toujours rien, et qu'en somme et pour résumer, nous étions face à de la *réunionite* et rien d'autre.

Sans doute avons-nous affaire là à la persistance de l'angoisse suscitée par la situation clinique, et le terme de réunionite venait servir de défense, par dévalorisation et ironie, contre ce qui me semblait être une manifestation de l'*angoisse de castration*, tant pour les soignants, privés de moyen d'action pour imposer ce qui leur semblait préférable, que pour le patient qui, sur un autre registre, un registre psychotique, faisait se rejouer dans le Réel l'existence de cette angoisse.

Il peut être malgré tout, et paradoxalement, rassurant de rencontrer des avis divergents sur l'intérêt de ces réunions. Il ne s'agit pas d'obtenir absolument le consensus, encore moins la pensée unique et sa dérive totalitaire, avec un avis, celui du sommet hiérarchique, équivalent à celui de tous les autres, puisque tous s'alignant sur le sien. Frédéric Lordon développe au sujet de ce phénomène bien connu du monde de l'entreprise et du managérial le concept de *colinéarisation*.¹

Par ailleurs, celui qui avait alors le statut de chef de service m'avait expliqué à quel point il avait dû batailler avec les infirmiers à la prise de ses fonctions, plusieurs années auparavant, pour que ceux-ci lui parlent directement et de façon ouverte. La ligne de conduite qui avait précédemment eu cours, respectant une hiérarchie verticale écrasant la parole, était en effet établie de sorte que les infirmiers transmettaient les informations au surveillant-cadre qui alors seulement les faisait remonter au médecin. On imagine la somme d'informations filtrées et de non-dits dans cette absence de liberté de circulation de la parole.

Quant à moi, alors simple spectateur attentif des échanges, je m'étais surpris à ressentir une vive émotion de colère au cours de la réunion [2]. Sans doute était-ce par identification au médecin qui, me semblait-il, était attaqué dans cette remise en cause de la prise en charge du patient. Il me fallait réfléchir sur cette réaction. Elle vint pour moi témoigner, je pense, du risque bien réel de survenue de phénomènes pathologiques surajoutés dans toute institution, hystériques et/ou paranoïaques. Les exemples de pathologie institutionnelle rencontrés par chacun en d'autres lieux abondent.

Il me fallait dégonfler cette réaction silencieuse : le médecin « survivait » aux attaques angoissées de l'équipe soignante. Confiant dans la justesse de ce qui était proposé au patient et lucide sur le temps, forcément long, que nécessitait sa prise en

¹ LORDON F., *Capitalisme, désir et servitude. Marx et Spinoza*, éd. La fabrique, Paris, 2010.

charge, il argumentait et contre-argumentait, tout en laissant ouverte la parole aux autres participants. Il y eut alors un effet d'apaisement, comme si l'équipe, s'interrogeant sur la validité de leur action, venait se réassurer en en questionnant le sens.

Nous avons à assumer le conflit dans nos institutions, c'est la leçon de Balvet, repris par Daumézon dans l'article de 1952. La « mise en dispute de la qualité du travail bien fait » telle que la conceptualise Yves Clot¹, professeur de psychologie du travail au CNAM², doit être bien comprise. Elle ne signifie pas dénigrement et mépris :

« Au contraire elle fait revenir la vie, tandis que les collectifs sont de plus en plus souvent devenus des collections, au sens où les sujets sont ensemble dans la situation et n'ont plus l'en-commun de la dispute, du désaccord sur le travail. J'ai tendance à penser que la vie au travail est possible quand on fait l'expérience qu'on peut être en désaccord sur les critères du travail bien fait sans y laisser sa peau.

Si à un moment on cède là-dessus, sur la controverse, sur la conflictualité autour du travail, si on installe le silence sur cette question, on est toujours battu. Seulement voilà, on s'imagine que c'est l'unité qui protège, personnellement, je ne crois pas que ce soit l'unité qui protège, je crois que ce qui protège, c'est la dispute.

Je pense que c'est parce que nous avons cédé les uns et les autres sur la dispute professionnelle entre nous, c'est-à-dire sur la définition de ce qu'est la qualité du boulot, que d'une certaine manière ils ont défini des procédures-qualité, qui sont le contraire de la qualité du travail, mais qui ne sont pas le contraire de l'argument rentable.

Il y a beaucoup de collectifs-collection qui s'entendent très bien sur une chose : « on discute plus boulot ! », ça c'est du collectif-colmatant ça, c'est du béton ça ! Aujourd'hui, des collectifs de ce type-là se sont multipliés.

C'est pour ça que je ne dirai pas qu'il n'existe plus de collectif, il en existe des homogènes sur cette question-là, qui disent discutons de tout, mais pas de ce qui nous divise au plan professionnel ; « écartons, refoulons tout ça », et en refoulant tout ça, on pense qu'on se protège... »

Cette intervention est celle d'un clinicien travaillant dans le monde du travail, mais sa réflexion recoupe ce qui peut être vécu en réunion, et témoigne de ce qui peut être précieux dans un échange conflictuel. Quand le collectif devient collection, n'est-ce pas là

¹ CLOT Y., intervention aux *Rencontres de Saint Alban, actualité de la psychothérapie institutionnelle*, 24^e éd. : « la part de l'ombre », juin 2009.

² Conservatoire National des Arts et Métiers.

que l'on peut reparler du terme trivial de réunionite, réunion malade, où la répétition, l'évitement de la rencontre sont à l'œuvre ? N'est-ce pas alors que surviennent absentéisme, burn-out, passages à l'acte et autres symptômes chez les soignants eux-mêmes ?, lorsque l'action qui est menée est trop distante du désir inconscient de celui qui la mène.

Au contraire, la mise en commun des ressentis, des pensées, des discours permet l'accès à un autre type de discours. S'autoriser à faire part au collectif soignant de ses doutes, angoisses, difficultés, permet à tous d'en faire de même, de prendre la parole, et du même coup la donner aux personnes prises en charge, dans le même mouvement la recueillir, et participer ainsi au principe de la liberté de circulation, qui inclut nécessairement celle de la parole. Cela rejoint le principe de transversalité développé par Félix Guattari et repris ailleurs¹.

Effet de constellation

Les suites immédiates des situations rapportées en [1] et [2] furent positives. Monsieur V. [2] participa de lui-même à certaines activités proposées dans le service sans que l'on passe par *l'obligation* comme cela avait été soumis par certains, on reparlait de lui comme d'une personne humaine *dont* on se préoccupe et non plus comme source de peurs *qui* préoccupent avec leur corollaire coercitif. Monsieur D. [1] accepta cette fois que soient sollicités les soignants de l'hôpital général voisin pour lui ôter son anneau constricteur, au moyen d'un accompagnement patient et d'une « préparation du terrain » des soins somatiques. La peur de la souffrance put être réaffrontée et verbalisée par le patient et non plus forclosée comme précédemment.

Quant à en déduire un lien avec les réunions dont ils furent le sujet, il n'y a qu'un pas... que beaucoup, comme Alain Buzaré ou Jean Oury, franchissent avec aplomb, en évoquant *l'efficacité* de telles réunions.

¹ CHAPEROT C., CELACU V., « Psychothérapie institutionnelle à l'hôpital général : négativité et continuité », *l'Information psychiatrique* – 84, 2008, p. 445-453.

Buzaré¹ d'abord, rapporte cela au sujet du cas d'Hadrien, dont la présentation évoque étrangement celle de Monsieur V. ([2]). Dans un paragraphe intitulé *le transfert dissocié ou multiréférentiel*², il évoque les investissements éclatés et ambigus du patient sur des membres très disparates de l'équipe soignante (deux psychiatres, une psychologue, des infirmiers-gardiens protecteur, d'autres auprès desquels il peut se confier, ceux avec lesquels il participe à différents ateliers et enfin « celui qui est con et qui frappe les malades »). Ce transfert dissocié témoigne de la dissociation de sa personnalité. Il note :

« Et pourtant la réunion de cette constellation motivée par certains moments d'angoisse déferlante sur Hadrien, nous le vérifierons, aura à plusieurs reprises un effet de détente. Il faut pour cela, parler des horaires de travail (ceux qui travaillent en équipe et ceux qui travaillent à la journée), de ce que chacun vient quasi quotidiennement faire là et qui impose de se parler des patients que l'on soigne donc de parler de ce qui éventuellement nous oppose, de la complémentarité pour Hadrien de ses transferts multiples... et de la complémentarité des contre-transferts de l'équipe, y compris celui qui est en position de réceptacle négatif (ce qui, bien souvent, est oublié : en l'occurrence, il s'agit bien d'une position de transfert, et justement l'une des plus difficiles à soutenir probablement). Il faut enfin que ces gens puissent échanger sans trop se prendre les pieds dans les tapis de la hiérarchie, de l'inhibition, de la peur de la sanction etc. Tout un travail de préalables et de sous-jacence collectif et individuel donc. »

Oury ensuite témoigne également de ce phénomène dans ses entretiens avec Marie Depussé³ :

« Il y avait à la Borde un personnage extra-ordinaire ; schizophrène, c'est beaucoup dire, paranoïaque sur les bords, arriéré affectif, peut-être. N'empêche qu'il était dans un état effrayant de pseudo-perversion. Incapable de parler. Il était sale, il puait (...). On ne pouvait ni lui parler ni le toucher. Et la nuit, quelques fois, il descendait et débranchait des fils de voitures pour qu'elles ne démarrent pas. (...) Il avait dans son histoire un tas de trucs effrayants, des tentatives de suicides, pas jolies. Il avait fait plusieurs hôpitaux.

Qu'est-ce qu'on pouvait faire de ce mec ? Par ailleurs, il n'avait rien à foutre

¹ BUZARE A., *La psychothérapie institutionnelle, c'est la psychiatrie !*, éd. Champ social, Lecques, 2002, p. 92.

² selon les termes respectivement de Oury et de Tosquelles

³ OURY J., DEPUSSÉ M., *A quelle heure passe le train... Conversations sur la folie*, éd. Calmann-Lévy, Paris, 2006, p. 170-174.

de la psychothérapie, institutionnelle ou pas. Les traitements neuroleptiques, en 57, il n'y en avait pas beaucoup. Et les groupes ? Rien à foutre !

[Un vendredi soir] on a réuni pendant deux heures un groupe d'au moins une dizaine de personnes qui connaissaient ce type et qui comptaient pour lui, qu'elles le sachent ou non (elles avaient accepté de venir, c'était déjà un signe).

Et on se demandait, entre autres : "Alors tu le trouves sympathique, ce mec-là ?" Il n'y avait pas beaucoup de oui. Et aussi : "Tu partirais en vacances [séjour thérapeutique], quinze jours, avec lui ?" Beaucoup faisaient la grimace. Il y avait là une jeune fille qui venait d'arriver. Elle a dit : "Oui, je partirais." Alors, ça en a entraîné d'autres, et la conversation a continué. On parlait de n'importe quoi, au fond, mais on remuait quelque chose.

En interrogeant la sympathie, l'antipathie, les affinités, c'est la position propre, singulière de chacun vis-à-vis de l'autre qu'on questionne. Et cette position relève de son lointain désir, inaccessible, qui l'oblige à prendre position. C'est donc le chemin vers ce désir inaccessible qu'on rouvre un instant.

Quand j'ai raconté ça à Tosquelles, il m'a dit : "Tu as remué le contre-transfert institutionnel."

(...) Le lendemain matin, le type prenait une douche, pouvait parler, et on n'a plus jamais eu de démontage de voiture. Ô miracle ! Vive Racamier, Stanton et Schwartz !

À ceci près que leur intervention sur deux analystes, il fallait la généraliser, l'étendre à des groupes plus hétérogènes. Une constellation, ça ne doit pas être fait des seuls médecins. Dans la réunion en question, (...) il y avait donc elle, sans diplôme d'aucune sorte, qui venait d'être engagée pour quelque chose comme du ménage, un psychologue, des infirmiers, un médecin et un cuisinier. Une constellation, ça ne choisit pas les diplômés. Et il n'a rien à en foutre, un schizophrène, des diplômés.

(...) Cette jeune fille, dans sa réponse, avait passé outre les préjugés – si l'on entend par préjugés ce qui s'était entassé sur ce type d'antipathie collective et, si on veut, justifiée. Elle avait déblayé le terrain et elle était allée au-delà. Elle était sincère, ce qui ne signifie pas qu'elle était amoureuse de ce type loin de là. Mais sa réponse, son "Pourquoi pas ?", amenait au jour un certain respect de l'autre, même un autre dans cet état de déréliction repoussant. L'analyse des constellations, c'est toujours aller plus loin que les préjugés, aller au-delà.

Le lendemain, que s'est-il passé pour que le type se rase et se douche, si on ne croit pas au miracle ? La façon dont les personnes du groupe l'ont rencontré a été modifiée, même si c'était, chez eux, à peine conscient... La manière de dire

bonjour, de sourire, de faire un clin d'œil. Parce que le type n'était pas le même que la veille. Et dans ce bonjour, dans ce sourire, se retrouvait ce que le groupe avait perdu à son égard, quelque chose que j'appelle la "connivence" ».

Il y a là à préciser ce qui est désigné par « l'effet Stanton et Schwartz ». Ces deux auteurs ont décrit un phénomène institutionnel fondamental, qui consiste en la mise en relation des désaccords cachés ou des conflits non verbalisés, entre membres d'une équipe soignante, et l'agitation ou la régression profonde de certains patients : régulièrement ces manifestations disparaissent, le plus souvent rapidement, dès que les différents membres de l'équipe en viennent à discuter ouvertement des points de leur désaccord. Racamier parlera de « phénomènes de résonance sociopathologique entre dissociation schizophrénique et dissociation du milieu ».¹

L'expérience initiale eut lieu à la clinique de Chestnut Lodge, lorsqu'ils conseillèrent à deux psychanalystes prenant en cure un même malade, qui par ailleurs semblait se dissocier de plus en plus, de se rencontrer et d'échanger (pas obligatoirement au sujet du patient par ailleurs), ce qui eut un effet spectaculairement rapide sur l'état du malade.²

Du fait des moyens financiers et humains en règle générale bien inférieurs au cas particulier que constitue la clinique de Chestnut Lodge, c'est en quelque sorte un effet Stanton et Schwartz « généralisé »³ qui est recherché lors de la réunion de la « constellation » d'une personne souffrant de psychose, elle qui fait fi de la hiérarchie statutaire usuelle pour se construire sa propre hiérarchie « subjectale »⁴.

À notre tour, alors, de parvenir à décoller le statut du soignant (en lien avec le diplôme, la feuille de paie, l'établissement), le rôle du soignant (souvent dit « propre », peut-être parce que protocole-aseptisé), de la fonction soignante. Or celle-ci peut l'être, soignante, dans certaines situations, même si la personne qui la porte est un « non-soignant »⁵.

L'ouvrier de l'hôpital ne devrait pas se voir empêcher de parler au soigné dont les actes, plus ou moins fous, lui posent question autant que problème, au prétexte « qu'il n'est pas dans son rôle propre ». Il devrait au contraire continuer à se voir invité pour évoquer, avec la secrétaire, le moniteur sportif, l'aide-soignante, le médecin et l'assistante

¹ DELION P., *Accueillir et soigner la souffrance psychique de la personne*, op. cit., p. 65.

² OURY J., DEPUSSÉ M., op. cit., p. 169.

³ OURY J., *Le collectif. Le séminaire de Sainte-Anne*, éd. Champ social (2^e), Nîmes, 2005, p. 55 et 150.

⁴ DELION P., op. cit., p. 136.

⁵ Cette fonction soignante est si bien distincte des statuts qu'y compris les soignés peuvent la porter.

sociale, dans une de ces « synthèses » qui peut-être peuvent parfois tendre vers un effet de constellation, des tranches de vie insoupçonnées du patient, dont personne d'autre que lui n'a idée.

La psychose se caractérise par l'absence de lien, tant dans le vécu interne que dans les relations entre le dehors et le dedans de soi. Le transfert dissocié, ou multiréférentiel, vient nommer ces rapports éclatés entre les diverses personnes et lieux de l'institution. « À charge, alors, pour les soignants et pour l'institution de savoir réunir, grâce à son dispositif de soin, ces fragments projetés pour permettre au patient psychotique de se (re)donner cohérence. »¹

C'est ainsi que pourront se traiter les différents clivages inhérents à la prise en charge, et advenir l'élaboration d'une relation véritable avec le patient, en réunissant les multiples investissements hétérogènes que le psychotique fait sur l'institution et l'aidant à rassembler les fragments épars de lui-même.

Delion a par ailleurs proposé une distinction de la prise en charge du patient psychotique ou autiste selon trois fonctions, *phorique*, *métaphorique* et *sémaphorique*.

- En premier lieu on lui propose un accueil articulé à sa singularité de sujet dans un cadre de soins diversifié, un praticable qui aura pour mission de s'adapter à la personne. Du sur-mesure thérapeutique plutôt que du prêt-à-porter ségréatif en quelque sorte. C'est la fonction phorique.
- Les signes vont alors pouvoir s'exprimer, notamment par le biais des appareils psychiques. L'équipe soignante se laisse déformer au contact des symptômes psychotiques, avec parfois tensions et angoisses, sans pour autant se détruire. C'est la fonction sémaphorique. Cette fonction est à articuler avec le phénomène d'identification projective décrit par Melanie Klein, et avec le terme de « transplantation des affects » proposé par Sassolas².
- C'est alors qu'est possible, par un travail de la constellation sur elle-même en lien avec l'historialité du patient, le surgissement du sens par l'interprétation, modifiant en retour la relation contre-transférentielle au patient. C'est la fonction métaphorique.

¹ MORNET J., op. cit., p. 128.

² SASSOLAS M., « La transplantation des affects », *La psychose à rebrousse-poil*, éd. Érès, Toulouse, 1997, rééd. 2009, p. 87-99.

- *Effet de club*

Le club thérapeutique est apparu pour la première fois à Saint-Alban dans les années quarante. Il regroupe soignants et soignés dans une association loi 1901 indépendante de l'administration. La circulaire du 4 février 1958 l'officialisera, permettant ainsi que l'argent généré par les activités du club (cafétéria, ateliers créatifs, événements festifs, etc.) lui revienne et ne soit plus la propriété de l'hôpital. Le club organise ses propres activités par le biais de réunions et de commissions diverses.

La notion de club thérapeutique trouve une de ses racines dans les préconisations de Hermann Simon sur la lutte contre le préjugé d'irresponsabilité des malades aggravant leur pathologie. Il constituera l'un des outils les plus essentiels du décloisonnement des institutions, introduisant une différenciation des lieux et des moments de la journée, permettant une lutte contre les deux types d'aliénation observées chez le patient, mentale du fait de la pathologie, et sociale avec les phénomènes de sédimentation déjà décrits.

Il lui permet en effet, de par sa structure juridique, de sortir des attitudes de passivité dans son rapport au pouvoir médical et administratif. Il en est d'ailleurs de même pour le personnel soignant, s'émancipant de la dépendance hiérarchique et du clivage fonctionnel.¹ Le club correspond à un décentrage par rapport hiérarchique de l'établissement, il correspond à un lieu-tiers où d'autres types de relation peuvent se jouer, pièce maîtresse de la psychothérapie institutionnelle selon Jean Oury.

À ce sujet, Pierre Evrard constate amèrement l'échec historique des clubs. Il n'en subsisterait que quelques uns en France. De récentes décisions administratives ont fragilisé les structures associatives. « C'est sur cette carence que s'instituent de nos jours les G.E.M. [groupe d'entraide mutuelle] que l'on oblige, en pratique, à être complètement séparés des équipes de psychiatrie, de part des diktats administratifs prétendant que des soignants ne doivent pas donner du temps à une asso loi 1901 sur leurs horaires de travail ! On se prive là d'un outil essentiel. »²

La perte d'élan des structures associatives et des clubs thérapeutiques, qu'ils soient de l'hôpital psychiatrique, du secteur ou de l'intersecteur, est l'une des causes du sentiment que l'on se trouverait dans un après-coup de la psychothérapie institutionnelle. Que ce

¹ MORNET J., op. cit., p. 59-68.

² EVRARD P., « La psychothérapie institutionnelle est la psychiatrie », *Psy Cause* – 57, 2010, p. 6.

mouvement appartiendrait à l'histoire de la psychiatrie mais n'en constituerait plus une composante de son actualité.

Or au-delà des difficultés du club à se maintenir tel qu'il fut conçu initialement, certains auteurs conceptualise la notion de *fonction club*, qui peut exister en dehors d'une structure de club à proprement parler, quoique de façon plus aléatoire et bien moins organisée. Ce n'est pas l'organisme en lui-même qui compte le plus : le club n'est pas exempt des risques de captation et de territorialisation, phénomènes bien connus de tout groupe ou activité fonctionnant « un peu trop bien ». Il n'est pas thérapeutique en soi. Ce qui l'est, c'est l'effet qui peut être produit sur l'ensemble de la structure du lieu de soin (hospitalier comme extra-hospitalier), effet de décloisonnement ; et l'effet qui peut être produit sur le soigné, effet contre la double aliénation, sociale et psychopathologique.

La difficulté des clubs à subsister ne nous semble être qu'une composante d'un courant plus général de désinstitutionnalisation. Elle n'est pas à confondre avec la fameuse désaliénation chère à Bonnafé, elle fait plutôt suite à une anti-psychiatrie associée à une soumission du système de santé à une logique financière. La suppression des lits en psychiatrie a été la marotte de cette désinstitutionnalisation. La compensation et le redéploiement des moyens sur l'extra-hospitalier un peu moins... Or si l'institution peut dysfonctionner, il n'y a pas d'issue à la supprimer. Le dysfonctionnement réapparaîtra, seuls auront disparus les moyens d'action et de subversion entrevus par la praxis de la psychothérapie institutionnelle, soutenue par une authentique analyse institutionnelle. Et la sédimentation ne sera pas supprimée par la simple suppression de l'établissement, dans lequel au moins pouvions-nous espérer y changer quelque chose. La sédimentation hors de l'établissement existe et pour Oury, elle est souvent redoutable, bien plus dispersée et bien plus méconnue.¹

¹ OURY J., *Le collectif. Le séminaire de Sainte-Anne*, éd. Champ social (2^e), Nîmes, 2005, p. 204.

TERMINÉ, VRAIMENT ?

« Ne pas jeter le bébé transcendantal avec l'eau du bain flétrie de ces vieilles transcendances. » (Pierre Evrard)¹

« Ce retour à la genèse remet en question bien des évidences. Car, en cheminant, l'histoire élimine des possibles, les fait oublier comme possibles et les rend impensables. » (Pierre Bourdieu)²

¹ EVRARD P., « la psychiatrie à l'épreuve du management », *Psy Cause* – 52, 2008, p. 35.

² Le Monde *diplomatique*, janvier 2012, citant BOURDIEU P., *Sur l'État. Cours au Collège de France, 1989-1992*, Raisons d'agir – Seuil, Paris, 2012.

À présent qu'un certain éclairage a pu être réalisé, sur les origines comme sur les concepts, nous revoilà revenus à notre assertion initiale. La psychothérapie institutionnelle, serait-ce vraiment terminé ?

« Encore eût-il fallu que cela ait commencé ! », semblent nous dire, narquois, ses représentants historiques dans notre imaginaire psychiatrique.

La psychothérapie institutionnelle, ça n'existe pas !

C'est ce que répète à l'envi Jean Oury¹ qui, s'amusant à singer l'évaluateur, estime à un dixième du temps effectif de la journée, les moments durant lesquels prévaudrait une psychothérapie institutionnelle au sein de son établissement, la clinique de la Borde.

Et Michel Minard² d'insister sur cette non-existence : « la psychothérapie institutionnelle n'est pas morte, elle n'est pas malade, elle n'est pas, elle n'a pas été et elle ne sera pas. Elle a, à chaque instant, en quelque endroit, à être en train de se mouvoir, car ce n'est que dans le *mouvement* des institutions et des hommes que quelque chose de l'ordre de la désaliénation du sujet peut advenir ».

Cette image du mouvement, qui n'est pas sans rappeler la notion d'instituant (au participe présent) contre celle (au participe passé, immuable, figée) d'institué, est sans cesse révoquée, comme une mise en garde contre le risque de réification. Réification des noms, des lieux, des époques, des propos.

La psychothérapie institutionnelle n'est ni un label, ni une marque de fabrique. Ce n'est pas une discipline particulière qu'on va appliquer, telle une *cure* réalisée par des *psychothérapeutes institutionnels*... C'est, entre autre, pour lutter contre le risque permanent de chosification et de fétichisation, qu'on ne peut parler de psychothérapie

¹ Séminaire de Sainte-Anne des 16/04 et 18/06/2008, *l'analyse institutionnelle*.

² MINARD M., CASTERA A., « La psychothérapie institutionnelle est-elle morte et enterrée ? » in DELION P. (sous la dir.), *Actualité de la psychothérapie institutionnelle*, éd. Matrice, Vigneux, 1994, p. 292.

institutionnelle si on ne parle pas en même temps de la critique permanente que constitue l'analyse institutionnelle.

L' « âge d'or » a-t-il eu lieu?

La critique élaborée autour des dérives gestionnaires sévissant depuis plusieurs dizaines d'années pourrait alimenter l'idée qu'un âge d'or de la psychothérapie institutionnelle et de la psychiatrie en général ait pu avoir lieu, et que nous observerions depuis, un marasme quotidien, un âge de fer (ou des années de plomb...), apportant du grain à moudre aux déclinistes de tout bord.

Ce serait d'une part confondre mythe fondateur et époque bénie. Car si le mythe est nécessaire pour nouer une histoire dans nos imaginaires psychiatriques collectifs, il n'est pour autant guère souhaitable de passer du mythe à la mystification quant aux conditions réelles de travail et de soin de l'époque en milieu psychiatrique (vétusté des locaux, des structures, nombre du personnel soignant insuffisant au regard du surencombrement des établissements etc...).

D'autre part, cela reviendrait immédiatement à omettre les mises en garde lancées plus haut ; car comment pouvoir parler d'un âge d'or sans le louer, le regretter et finalement le sacraliser ?

Ce serait alors mettre un pied dans la monumentalisation, d'aucuns diraient dans la tombe... Un monument aux morts en somme ! Une façon de fermer le ban, par l'idéalisation du passé tout en sombrant dans un repli et une démission au quotidien.

Ou pour le dire autrement, en citant Anne Rivet : « la fixation mélancolique à une époque et un discours révolus pourrait être [un] danger qui guette l'avenir de la transmission. L'incapacité à intégrer les mutations et les contraintes d'un nouvel ordre social, sans mettre en jeu la continuité narcissique, rendrait la transmission inapte à faire place au manque inter-générationnel. Elle se construirait alors comme une défense

réactionnelle face à une menace de perte identitaire. Elle trouverait là une issue qui l'encrypterait dans le leurre de la nostalgie et de l'idéalisation du mythe originaire qui deviendrait la matrice d'une répétition stérile vouant la psychiatrie à un avenir masochiste ou funeste ».¹

Évoquer un âge d'or enfin, serait peut-être symptôme d'une mauvaise intégration du principe de l'analyse institutionnelle permanente, et de la critique de l'aliénation sociale actuelle qu'elle sous-tend. Refuge dans l'invocation d'un temps passé où l'on *pouvait* ; signe d'un refus d'une lecture éclairée du présent ; signe d'une confusion entre la nécessaire amputation (au cœur des métiers en prise avec l'intersubjectivité) du fantasme imaginaire de toute-puissance et le sentiment d'impuissance ; une des formes possibles parmi tant d'autres de l'évitement de la castration symbolique.

Évidemment, je n'ai pas moi-même toujours été à l'abri de ces écueils, et ne le suis pas encore tout à fait. Et paradoxalement, c'est, je pense, en faisant retour sur les préoccupations de nos aînés, en découvrant comment les problèmes concrets se posant alors entrent en résonance avec ceux d'aujourd'hui, que l'on peut à minima se dégager du piège de l'idéalisation.

Voilà pourquoi il me paraît judicieux à cet instant de reprendre la citation de Tosquelles qui ouvrait la première partie de mon propos. « Ce ne sont pas les conceptions, vieilles ou nouvelles qui comptent en elles-mêmes. Ce qui compte, c'est ce qu'on peut faire concrètement. Et on peut faire toujours beaucoup plus que ce que l'on croit, dans toutes les circonstances, lorsqu'on sait sur quel chemin on peut trouver ce qu'on cherche. Il y a toujours de quoi engager le processus d'aller et retour entre la pratique et la théorie (ou praxis). C'est aussi pourquoi je parlerais plutôt d'*un certain mouvement vers une psychothérapie institutionnelle*² que d'un type de modèle ou d'explication très défini ».³

Par la double utilisation, dans cette dernière phrase, de l'article *indéfini* (« un certain mouvement vers une »), nous voilà en effet loin de l'assertion définitive et monumentaliste... prudence que j'ai voulu retranscrire dans le titre de ce travail.

¹ RIVET A., « Pour conclure et continuer... », *Psy Cause* – 44-45, 2006, p. 64.

² Souligné par moi.

³ OURY J., GUATTARI F., TOSQUELLES F., *Pratique de l'institutionnel et politique*, éd. Matrice, Vigneux, 1985, p. 120.

Ces mises en garde sur l'écueil de l'idéalisation étant faites, on ne peut que constater que Jean Ayme, dans son essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle, utilise pourtant bien l'expression d'*âge d'or*, pour évoquer une période qui couvre selon lui les deux décennies 1950-70.¹

On ne peut cependant le suspecter de méconnaître la situation asilaire de surencombrement qui perdura longtemps et dans de nombreux lieux (en 1963, il y a cent dix mille personnes hospitalisées dans les hôpitaux psychiatriques, soit le même nombre qu'avant la guerre, avec un taux d'encombrement de 140 %²). Il faut à mon sens plus y lire le témoignage d'une dynamique d'ensemble, une synergie, historiquement progressiste, tant au niveau des acteurs politiques que de ceux de la psychiatrie.

Eugène Aujaleu, Directeur Général de la Santé, avec ses collaborateurs, Pierre Jean et Marie-Rose Mamelet, firent paraître des arrêtés et circulaires ministériels témoignant de l'intérêt qu'ils accordaient à la vie quotidienne des malades. La circulaire 148 datée du 21 août 1952, visait à faire disparaître tout ce qui de près ou de loin rappelait l'univers carcéral. Le texte recommandait la disparition progressive des uniformes, en les remplaçant par des vêtements seyants et variés, et en permettant aux malades de conserver leurs propres vêtements, ainsi que leurs objets personnels, dont leur alliance, qui leur étaient auparavant systématiquement retirés. Les femmes cessèrent d'être appelées par leur nom de jeune fille. Les locaux devaient désormais être aménagés de façon agréable et conviviale.

La circulaire exigeait que chaque service disposât d'une secrétaire médicale et d'une assistante sociale et rappelait les normes en personnel infirmier, qui n'étaient pas respectées dans beaucoup d'établissements. Ce document permit d'obtenir de l'administration un accroissement de personnel, des aménagements nouveaux et des équipements pour organiser le travail et les loisirs.

L'hôpital ouvrait ses portes à l'occasion de fêtes, de kermesses. Peu après, paraissaient des circulaires sur les permissions et les sorties permettant de réaliser des séjours thérapeutiques.

¹ In DELION P. (sous la dir.), *Actualité de la psychothérapie institutionnelle*, p. 41-46.

² COUPECHOUX P., *Un monde de fous, comment notre société maltraite ses malades mentaux*, éd. Seuil, Paris, 2006, p. 127.

Cette période devait inclure également la fameuse circulaire du 15 mars 1960 prônant la mise en place de la psychiatrie de secteur, qui nécessitera de nombreuses années pour se généraliser à tout l'Hexagone.

On peut à juste titre supposer que les changements d'alors furent d'autant plus spectaculaires, amenant à un sentiment de véritable révolution psychiatrique, que la situation initiale était sinistre. Ainsi Jean Ayme nous rapporte qu'un atelier et une table de ping-pong suffisaient alors à transformer en aire de travail et en aire de jeu ce qui n'était jusque là qu'une aire de gardiennage.

De plus, l'utilisation à partir de 1952 des premiers neuroleptiques donnera un nouvel élan à l'optimisme thérapeutique et contribuera à faciliter la mise en place de techniques relationnelles et d'ambiance.

C'est cette mise au diapason progressiste, une culture commune, aspirant à une psychiatrie plus humaine et plus ouverte, qui semble faire défaut depuis. « Le drame résidant dans le fait que la mise en place de guet-apens est très facile à organiser, tandis que le dispositif psychothérapie institutionnelle/psychiatrie de secteur demande une, voire deux générations » (Delion¹).

L'infiltration managériale

La psychiatrie a désormais et depuis plusieurs décennies² affaire à l'idéologie gestionnaire et managériale, sous sa forme actuelle d'organisation scientifique du travail. Venue de l'entreprise industrielle, elle colonise des domaines en partie jusqu'alors préservés de la logique marchande du libéralisme économique (santé, éducation, culture...).

¹ OURY J., Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle, éd. Champ social, Lecques, 2001, p. 9.

² Pour preuve des alertes comme celle-ci, datée de 1974 : « l'orientation technocratique actuelle de la psychiatrie dans les pays capitalistes, fondée sur les notions de rendement et de rentabilité, loin de travailler à détruire l'Asile, le pérennise et même le recrée là où il était en voie de disparition. La distinction entre malades à court, moyen et long terme, corollaire de la notion absurde de rentabilité des soins, est une stupidité criminelle de plus à mettre au compte des technocrates de la santé » (*Le corridor de sécurité*, Philippe et Edmée de Koechlin).

À l'instar des guet-apens évoqués plus haut, d'autres termes viennent filer la métaphore de la stratégie militaire.

Paul Bretecher¹ dénonce un discours qui *circonvient*, à la façon d'un encerclement qui prend en tenaille, tandis que Pierre Evrard décrit l'intrusion du discours de la gestion managériale, comme un *cheval de Troie* de la logique d'entreprise, dans la pratique soignante. Ainsi pour ce dernier, *accréditation, évaluation, transparence, qualité, précaution, hygiène, sécurité* etc... ne produisent pas seulement des contraintes, mais, plus grave, induisent un état d'esprit. « Tout le monde sait peu ou prou que c'est contre-productif, que l'engagement en psychiatrie est une toute autre affaire, mais les pensées sont peu à peu colonisées par cet empire ».²

Dans un autre article³ il développe cette notion d'infiltration des esprits et des pratiques. Car en effet, qui peut se dire contre la qualité des soins, pour ne retenir que ce vocable. Evrard nous prévient : « le management manipule des objets à première vue désirables »... mais c'est alors qu'une séparation profonde, un *clivage*, s'instaure entre le domaine du fonctionnement organisationnel et le domaine technique (les actes médicaux et para-médicaux), risquant de réduire les acteurs de ce dernier à un rôle de prestataires de services. Et il paraîtrait bientôt incongru qu'un médecin participe aux réunions d'organisation du service.

« Traiter les effets imaginaires de la crispation identitaire sur statuts et rôles, les travailler dans la transversalité, permettre une libre expression des conflits, mettre à jour des contradictions est de moins en moins possible quand chacun est renvoyé à un rôle fonctionnel comme rouage d'un "bon fonctionnement" fondé sur une multitude de règles qui ne se discutent pas. »

Ainsi, on assiste à une dislocation de la praxis en tant qu'union de la théorie et de la pratique concrète, et à la disparition de l'Institution derrière l'Organisation. Car ce n'est pas seulement dans le discours (la langue) que le concept d'institution est effacé : l'esprit occupé par l'obsession fonctionnelle est peu disponible à l'analyse institutionnelle.

Clivage, obsessionnalité... déjà autant de maux institutionnels, toujours actuels, et sur lesquels il faudra s'atteler si l'on veut suivre l'aphorisme d'Hermann Simon, « soigner l'hôpital »...

¹ Intervention aux rencontres de Saint-Alban, juin 2012.

² EVRARD P., « Présentation », *Psy Cause* – 44-45, 2006, p. 5.

³ EVRARD P., « La psychiatrie à l'épreuve du management », *Psy Cause* – 52, 2008, p. 32-36.

Terminons sur cette infiltration des esprits par l'obsession fonctionnelle. À ce sujet je m'étais moi-même surpris – et avais pu m'en confier aux collègues infirmiers – d'une orientation *naturelle et spontanée* de ma part, vers des tâches protocolaires et administratives du service, évidemment chronophages (ici le renouvellement obsessionnel d'une dizaine de prescriptions médicales, une de ces tâches inépuisables car toujours à reproduire), tandis que l'ambiance dudit service était électrique et oppressante. J'y ressentais un effet de soulagement, certes bien fugace en définitive, mais pour peu s'accompagnant presque d'un sentiment du travail bien fait !... d'être au service des biens en somme ; alors qu'il ne s'agissait que d'une des *solutions d'évitement*, offertes à nous parmi tant d'autres, *de l'embarras de la rencontre* (clinique).

La (double) pente naturelle de la résignation

Ainsi, si Marcel Sassolas nous avait déjà mis en garde¹ contre la mise de notre pensée au chômage lors de notre face à face avec la pathologie psychotique, tendance naturelle qu'il désigne comme « caresser la psychose dans le sens du poil » ; ce risque semble bel et bien être accru par l'organisation fonctionnelle du travail au quotidien...

Reprenons quelques lignes de ses propos, illustrant la tentation du renoncement soignant du fait même du fonctionnement psychotique :

« Avec les patients fonctionnant sur un registre psychotique, nous sommes confrontés à la méfiance développée par ces personnes envers leur propre activité psychique. Penser, ou plus précisément être présent à leur propre activité mentale, leur est odieux parce que source de danger et promesse de douleur. L'activité soignante risque donc auprès d'eux de ne pas être de tout repos. C'est bien pourquoi la tentation est grande pour les soignants comme pour les patients de laisser le soin s'embourber dans le colmatage médicamenteux des symptômes, qui caresse la psychose dans le sens du poil, et de renoncer insidieusement au seul

¹ SASSOLAS M., « La fonction soignante en psychiatrie », *La psychose à rebrousse-poil*, op. cit., p. 63.

véritable objectif du soin psychiatrique : la sauvegarde et la restauration de l'activité psychique du patient. »

Cette résignation est évoquée plus loin¹ dans ce même ouvrage, en terme, cette fois encore, de processus d'échappement :

« Ces authentiques nuisances [attaques contre ce qui peut faire sens, identifications projectives, attaques envieuses] subies par ceux qui côtoient au quotidien le fonctionnement mental psychotique sont à prendre en compte dans l'élaboration d'un dispositif de soins psychiatriques. Ne pas le faire, comme c'est hélas le cas dans la majorité des institutions, c'est acculer les soignants à se prémunir comme ils peuvent contre ses nuisances : les deux procédés les plus couramment utilisés pour se prémunir contre une situation ressentie comme dangereuse sont soit de s'en éloigner, soit si cette fuite est impossible, d'échapper psychiquement à cette proximité.

Prendre réellement ses distances par rapport au patient, c'est ce que font le plus souvent les psychiatres, grâce aux artifices administratifs, institutionnels et médicamenteux que leur fonction met à leur disposition. Rencontrer un patient psychotique une fois par mois pour une prescription médicamenteuse est une élégante façon de tirer son épingle du jeu – à laquelle j'avoue avoir recours souvent comme tous mes collègues. Ceux pour qui la place dans le dispositif soignant ne permet pas d'user de cet artifice, et qui doivent vivre quotidiennement et non mensuellement cette proximité avec la psychose, ont légitimement recours au second procédé : la présence physique mais l'éloignement psychique. »

À cette étape de la réflexion, il semble possible d'établir un parallèle avec l'affirmation de l'existence d'une double aliénation, sociale et psychopathologique, telle que l'avait énoncée Jean Oury dès 1948 :

- en remarquant qu'une forme de résignation chez le psychiste² serait issue en partie du contact bizarre et embarrassant avec la pathologie psychotique, tel que l'on vient de le voir avec Sassolas ;

¹ SASSOLAS M., « Les rhododendrons de la psychiatrie », *ibid.*, p. 214.

² le soignant en psychiatrie, tout statut confondu.

- tandis qu'une autre causalité serait à rechercher du côté de l'écrasement par la gestion managériale tel qu'énoncé plus haut (« si beaucoup se désolent en privé de ces évolutions et proclament leur attachement à des valeurs en péril, ils se résignent en pratique à une soumission conformiste aux dispositifs en place »¹).

Et à l'instar de la résistance à la résignation induite par le fonctionnement psychotique, que propose notamment Sassolas en *pensant* le soin psychiatrique, ses structures et son dispositif (ou comment « prendre la psychose à rebrousse-poil »), il s'agirait à présent de penser la résistance à la résignation face à l'organisation managériale du travail.

Limiter le repli, nommer pour comprendre

Patrick Chemla et son équipe nous transmettent l'expérience acquise par leur collectif au centre Antonin Artaud à Reims, grâce à un espace d'échange et de recherche : « la Criée ». Cette association, fondée en 1986, propose séminaires, groupes de travail, rencontres et publications. Il se sera agi pour eux, à défaut de l'éviter totalement, de *limiter le repli* : « pour s'avancer dans une pratique il faut en effet surmonter des moments de grande solitude et même bien souvent de détresse, qui s'ils ne sont pas élaborés, peuvent conduire à des positions défensives, à des clivages ou des replis faussement protecteurs ».²

Il apparaît ici que le collectif peut constituer un point d'appui, à condition de mettre au travail la dimension imaginaire, de réduire les effets de collusion, de construire une cohérence supposant une refondation permanente, d'interroger la dimension du politique.

C'est alors qu'il est possible de constater la désagrégation des principes fondateurs du secteur et de la psychothérapie institutionnelle dans le discours de l'État, et des acteurs

¹ EVRARD P., « La psychiatrie à l'épreuve du management », op. cit., p. 33.

² CHEMLA P., « Sortir de la réserve. 20 ans de secteur à Reims », VST n°67 – 2000.

du soin psychique eux-mêmes assistant (passivement ou activement) au naufrage.

Résister à ce processus passe selon Chemla d'abord par le *nommer*, puis de le *comprendre*. Arrêtons-nous un instant sur quelques exemples récents afin de témoigner de cette menace.

Charles Alezrah souligne justement que dans le rapport Couty paru le 29 janvier 2009 semblait disparaître le principe de continuité des soins entre hospitalier et extra-hospitalier, pourtant prônée par la circulaire du 15 mars 1960 comme étant constitutive du secteur. Georges Jovelet y repère lui une déspécification et une déqualification des soins, témoignant d'une antipsychiatrie, cette fois technocratique, tenant plus d'une idéologie économique que d'un courant libertaire.

Par ailleurs la confusion secteur « rénové »/territoire de santé consacre la fin d'un secteur démo-géographique à taille humaine qui permet de tisser des liens de nature transférentielle entre patients, familles, équipes et tiers institutionnels dont les médecins généralistes. Il y voit enfin la tendance tenace et conservatrice de réserver la psychiatrie publique aux soins contraints, aux patients les plus démunis socialement, les plus déficitaires, ou les plus chronicisés. L'architecture proposée par ce rapport rompt le principe unitaire classique du secteur, et la psychiatrie publique ne se trouve dès lors plus être une institution, mais éclatée en missions, confinée à l'hôpital ou perdue dans le social.¹

Autre illustration récente et douloureuse : le rapport de la haute autorité de santé sur la prise en charge de l'autisme², remis en mars 2012³, et classant (p. 27) la psychothérapie institutionnelle – comme d'ailleurs les approches psychanalytiques – dans la catégorie des « interventions globales non consensuelles », échappant ainsi de peu (une ligne !) à l'intitulé « interventions globales non recommandées »...

¹ Dossier « l'avenir du Secteur », *l'Information Psychiatrique* vol 85 n°6, juin-juillet 2009.

² « Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent », www.has-sante.fr.

³ On ne peut bien sûr passer sous silence l'autre – et toutefois intimement lié – point polémique de ce rapport, *extrêmement réservé* quant à la pratique pourtant ô combien instituante du packing (p. 32) : « en l'absence de données relatives à son efficacité ou à sa sécurité, du fait des questions éthiques soulevées par cette pratique et de l'indécision des experts en raison d'une extrême divergence de leurs avis, il n'est pas possible de conclure à la pertinence d'éventuelles indications des enveloppements corporels humides (dits packing), même restreintes à un recours ultime et exceptionnel. En dehors de protocoles de recherche autorisés respectant la totalité des conditions définies par le Haut Conseil de la santé publique, la HAS et l'Anesm sont formellement opposées à l'utilisation de cette pratique ».

Non consensuelles... à bien y regarder, c'est finalement peu de le dire !, puisque ce n'est justement pas dans le registre de *ce qui ferait consensus*, que peut se situer une pratique tendant vers une psychothérapie institutionnelle ; ne serait-ce qu'au regard de cette lutte subversive, et qu'il faudrait maintenir permanente, contre ce qu'il semble *aller de soi* dans l'institution au quotidien.

Tout au moins la psychothérapie institutionnelle est-elle *nommée*, et l'on pourrait y voir, en forçant quelque peu le trait, une contribution à la lutte contre son effacement des mémoires.

Économie restreinte, économie générale

Ou comment, après avoir appréhendé un processus *indésirable*, poursuivre une résistance possible contre celui-ci en en déconstruisant les arguments.

C'est ce que fait, pour commencer, Jean-Marie Harribey¹, maître de conférences en économie à Bordeaux, lorsqu'il vient nous rappeler « les vertus oubliées de l'activité non marchande », réfutant l'idée que l'activité non marchande est financée par prélèvement sur son homologue marchande.

Il rappelle que toute production entraîne des coûts, l'important étant de distinguer ceux qui permettent un travail productif de plus-value pour le capital validé par le marché, et ceux qui permettent un travail productif de valeurs d'usage dont la validation tient à un choix collectif démocratique. La richesse non marchande n'est donc selon lui pas une ponction sur l'activité marchande, elle est un « plus » provenant d'une décision publique d'utiliser des forces de travail et des équipements disponibles ou soustraits au lucre. Elle est doublement socialisée : par la décision d'utiliser collectivement des capacités productives et par celle de répartir socialement la charge du paiement.

¹ Le Monde *diplomatique*, novembre 2008, p 26-27.

Et l'auteur de conclure que l'élucidation de l'énigme de la production non marchande participe à la redéfinition de la richesse et de la valeur – qu'il ne faut pas confondre – indispensable pour endiguer le processus de marchandisation de la société.

Or comme le note Joseph Mornet¹, si pendant longtemps, la santé (comme l'éducation) était considérée comme un secteur « à part » dans le système économique, leur fonction étant de contribuer au développement et au bien-être des citoyens, leurs dépenses étant compensées par les bénéfices qu'en tirait la population ; elle devrait désormais être rentable économiquement et soumise aux mêmes impératifs « utilitaristes » d'efficacité que les autres secteurs économiques et aux mêmes rigueurs d'encadrement.

En d'autres termes, un déplacement aurait eu lieu, la santé ne produisant plus (ou plus seulement) de valeurs d'usage (destinées à satisfaire un besoin), mais des valeurs d'échange (destinées à permettre l'accumulation).

Mais il me semble ici que nous restons encore dans le champ de l'*économie restreinte*. Elle reste à distinguer de l'*économie générale*, selon la théorie économique de Georges Bataille.² La première correspond à l'économie capitaliste susceptible d'une évaluation comptable quand la seconde recouvre la « négativité » conçue par Hegel comme fondatrice d'un travail « vivant » au sein du social sans évaluation comptable possible, qu'on ne peut acheter, ni mesurer (un sourire, le désir inconscient, le transfert)³.

Or l'on voit bien qu'on est jugé comme si on était une force de travail qui transforme des objets en machine, dans un processus de consommation recentré sur l'économie restreinte. Et que ce qui est de l'ordre de la négativité, de la dépense, de *l'ineestimable*⁴, se trouve mis à la marge, de fait, par un système de « tarification de l'activité » qui cherche à cerner le quantifiable, tel que peuvent déjà le connaître à l'heure actuelle certains services psychiatriques.

En quelque sorte nous trouvons nous en prise à une négation de la négativité. Ce phénomène dépasse une simple vision soi-disant pragmatique sur le plan économique.

¹ MORNET J., *Psychothérapie Institutionnelle, histoire & actualité*, éd. Champ social, Nîmes, 2007, p. 75.

² Pour aller plus loin : www.ouvrirlecinema.org/pages/style/atable/bataille/gbataille.html

³ OURY J., « Chemins vers la clinique », *l'Évolution Psychiatrique* – 72, 2007, p. 3-14.

⁴ OURY J., « De l'ineestimable du travail psychiatrique », *PRATIQUES en santé mentale* – 3, 2003, p. 34-36.

Manque de moyens, crise dans la culture

Pour Patrick Chemla comme pour Pierre Evrard¹, il serait illusoire de croire à un simple enjeu économique – la réduction des coûts de santé, et même si cet enjeu comporte une certaine dose de réel – pour expliquer les mutations que la psychiatrie connaît.

Pour ce dernier, ce n'est pas seulement par insuffisance de moyens que la psychiatrie est en péril (« on pourrait faire bien mieux avec les moyens qu'on a »), mais parce qu'on lui demande autre chose. En entrant dans la logique production/consommation, service/usager, on entre dans une logique de besoins à satisfaire, là où c'est en réalité le désir qui est à l'œuvre. Certains besoins sont valorisés : besoin d'hygiène, de sécurité, d'autonomie, besoin de norme. À côté, de « faux besoins » sont illégitimes, contraires aux normes dominantes (les addictions pour ne citer que cet exemple). Il est implicitement exigé que la « demande » de soin se modèle sur ce que l'organisation a défini comme « besoin » de soin. Le soin se résout dès lors en une « pédagogie », une éducation aux visées adaptatives – apprendre ce qu'est un « vrai besoin ».

Par ailleurs le discours managérial appliqué à la psychiatrie produit une contradiction essentielle : le management participatif requiert un *engagement*. On parle d'engagement organisationnel. Or ce qui est spécifique en psychiatrie consiste en un engagement envers *autrui*, en tant qu'être de désir, parlêtre, accueilli dans sa singularité ! La manière de se disposer n'est pas celle d'un fonctionnaire répondant aux besoins d'un usager, les bonnes réponses étant prévues par des procédures pré-établies.

Chemla aussi décèle, derrière l'argument financier, « l'empire de la norme », d'autant plus puissant qu'il se nourrit de l'impensé, et qu'il infiltre insidieusement tous les lieux de pouvoir.

S'il considère que le manque de moyens, mis en avant dans les mouvements de contestation, est bel et bien réel, avec une pénurie organisée qu'il décrit comme catastrophique dans la psychiatrie et dans la santé en général, il affirme que de surcroît l'on est en train de participer plus profondément à une véritable crise de la culture.

¹ EVRARD P., « La psychiatrie à l'épreuve du management », op. cit., p. 36.

Crise de la culture qui se traduit à tout niveau, et en particulier celui du formatage de la pensée, qui devient de plus en plus instrumentale. Tout ce qui était vrai selon lui lorsqu'il commençait à travailler en psychiatrie au milieu des années soixante-dix (l'apport des sciences sociales, l'apport de la psychanalyse, l'apport des arts et de la création) se trouve actuellement extérieur au champ psychiatrique, mis au ban. La tendance serait à réduire la pensée du psychiatre à la seule prescription médicamenteuse, ou à la limite à celle de mesures d'assistance sociale pour réduire la maladie mentale. Il discerne la même tendance en cours dans les facultés de psychologie, avec la suppression progressive de l'enseignement de la psychopathologie et le rejet de la psychanalyse (prenant alors exemple sur ce qu'il aura pu vivre à Reims, avec la suppression de l'enseignement de psychanalyse et de psychothérapie institutionnelle pour les étudiants en Master en psychologie clinique).¹

Pour Joseph Mornet, le poids acquis par l'économique et le gestionnaire se serait établi sur la stagnation de la réflexion sur le soin, sur la folie, sur l'homme et la société qui avait caractérisée les années soixante. « La disparition des Sartre, Lacan, ou Foucault, l'effacement du structuralisme ou de l'existentialisme, l'effondrement du marxisme dans les dérives du communisme stalinien, la fragilisation de la psychanalyse dans les rigidifications dogmatiques de certains et dans les récupérations d'utilisation pragmatique par d'autres, ont rendu la pratique clinique bien démunie devant une société qui, elle, a considérablement changé. »²

Et parmi les changements de cette société, Olivier Labouret épingle un transfert des problèmes et des solutions politiques³ de la sphère publique vers la sphère privée, morcelant la société, dispersant et cloisonnant toute vie personnelle et relationnelle dans un quotidien déshistoricisé, « contribuant au repli sur soi, dans une fausse identité narcissique démoralisée, produisant au fond un sentiment irrépressible de honte et de dégoût de soi ».⁴

¹ « D'autres regards sur la crise », interview de Patrick Chemla par Antoine Mercier, diffusée le 23 janvier 2009 sur France Culture.

² MORNET J., op. cit., p. 84.

³ non pas au sens de *la* politique, mais *du* politique, ou pour le dire autrement du vivre ensemble.

⁴ LABOURET O., *La dérive idéologique de la psychiatrie*, éd. Érès, Ramonville Sainte-Agne, 2008, p. 21-24.

Traverser le deuil des illusions

Plus loin dans l'interview précédemment citée, Patrick Chemla évoque la fin des illusions : De la catastrophe dans la culture qu'aura signifié la Shoah, destruction industrielle de l'humain, qui, ayant été une fois possible, l'est donc à jamais. Puis la traversée d'un espace vide à la fin de l'illusion des régimes communistes. Jusqu'à la crise financière actuelle, fin de l'illusion d'une société marchande, qui prônait l'utilitarisme, pensant pouvoir se passer de l'improductif.

À présent pour Chemla, il paraît très important de ne pas redémarrer en relançant des promesses d'en finir définitivement avec les contradictions.

Reconnaître après-coup l'aspect leurrant de certaines utopies libertaires. Et de l'effondrement traumatique des utopies révolutionnaires, en traverser un certain deuil, traverser « l'espace vide » qui aura vu la montée des processus de fragmentation et d'isolation. Voilà où se situerait selon lui le gain de la fin de cette illusion.

Être dans l'ordre d'une utopie concrète, reconstruire du politique à partir de ce que nous construisons comme lien social dans le micro-social, dans les communautés, dans les collectifs de vie où nous soignons.

Être dans une visée moins grandiose, mais plus réaliste, exposant moins aux lendemains qui déchantent. Le renoncement au *telos* n'étant pas renoncement à tous les progrès qui peuvent s'effectuer dans sa direction, selon les mots de Frédéric Lordon¹, et qui ne sont pas sans rappeler ce *mouvement vers*, évoqué ici à plusieurs reprises.

« L'utopie, ce n'est pas le rêve ou la nostalgie, mais l'effort pour maintenir et réinventer dans les circonstances actuelles, un type de pratique qui ne confonde pas la nécessité de changer, la nécessité d'être efficace et crédible avec la nécessité de s'adapter aux conjonctions de nouvelles idéologies dominantes » (Robert Castel).

Quelles sont les conditions requises ?

Bien sûr la question des moyens humains est cruciale, avec du temps à disposition encore ! c'est là notre « plateau technique ». Dans son post-scriptum² à la conclusion de son ouvrage, Marcel Sassolas constate que la logique d'économie amène à une pénurie

¹ LORDON F., *Capitalisme, désir et servitude. Marx et Spinoza*, éd. La fabrique, Paris, 2010, p. 200.

² SASSOLAS M., « Post-scriptum à cette conclusion », *La psychose à rebrousse-poil*, op. cit., p. 426-428.

de plus en plus marquée de l'ingrédient essentiel du soin psychique : le temps. Il appelle donc à ce que, en préalable à toute réforme de la psychiatrie soit reconnue la place centrale et non accessoire du temps consacré à des moments de réflexion entre soignants d'une même équipe, de rencontre entre soignants et intervenants sociaux, de travail avec un intervenant extérieur.

Mais ne nous trompons pas, la question seule des moyens ne suffira pas. S'il ne faut cesser de les revendiquer, ils ne doivent pas laisser dans l'ombre la question de leur finalité.

Nécessité d'une culture partagée, et non-occultée

Il faut revenir vers Sassolas¹ pour finir d'appuyer la nécessité de résister à l'effacement de notre culture soignante par un discours qui lui est étranger :

« Pour que le thérapeute puisse supporter les attaques issues du fonctionnement psychotique (...), encore faut-il qu'existe dans la situation thérapeutique – qui inclut le patient concerné, les autres patients et les autres thérapeutes – un climat affectif tel que chacun puisse sans crispation défensive supporter de se laisser surprendre, en présence des autres protagonistes, par des réactions émotionnelles inattendues remettant en question son moi-idéal professionnel, comme des affects d'abandon, de détresse ou de rage.

Or le climat affectif régnant dans une équipe soignante n'est pas seulement fonction des qualités personnelles de chacun des thérapeutes et de la tonalité de leurs relations. Il dépend aussi de la cohérence intellectuelle des conceptions de la pathologie mentale et du soin partagées par les membres de cette équipe. Il est indispensable d'être intellectuellement, et pas seulement affectivement, convaincu du bien-fondé d'une attitude ou d'un choix thérapeutique pour en supporter toutes les conséquences, surtout lorsque celles-ci vous affectent dans votre propre fonctionnement mental. De telles situations sont donc autant de moments de vérité où la cohérence intellectuelle de l'équipe soignante est directement sollicitée. »

¹ SASSOLAS M., « La transplantation des affects », *La psychose à rebrousse-poil*, op. cit., p. 98-99.

Tosquelles par ailleurs insiste sur le fait qu'il ne pourrait y avoir de collectif thérapeutique ou d'équipe de soignants sans une définition au préalable de l'objectif et du bien commun de la psychiatrie – ce qui n'est pas sans évoquer le principe de récommune ou chose commune (*res communa* par effet de paronymie avec la *res publica*) proposée par Lordon¹. Tosquelles tire de cela deux conséquences² :

- d'une part l'équipe soignante doit converger, dans le même type de délimitation de l'objet, et d'intentionnalité de sa démarche ; cette convergence devant précéder et suivre l'expérience concrète en train de se réaliser
- d'autre part l'équipe de travail qui s'est constituée doit se convertir en lieu de recherche, dans une direction relativement précise ; car serait sinon vouée à l'autodestruction, ou au détournement au bénéfice de la toute-puissance de quelques uns de ses membres, malades ou sains.

Ainsi, l'accent est mis sur la nécessité d'un partage de la culture soignante héritée de la psychothérapie institutionnelle. Qu'elle se cantonne à quelques détenteurs privilégiés, et ce sont les conditions mêmes de son existence qui seraient mises à mal... Car de culture au sens du collectif, elle deviendrait culture individuelle, et n'aurait alors d'institutionnelle comme de thérapeutique guère plus que le nom.

Or doit-on craindre que cette culture soit occultée ? Nous ne le pensons pas : nombreux sont les chemins qui y mènent.

C'est ce que nous montrent les parcours de Michel Minard et de Patrick Chemla, pour ne citer que leurs exemples : le premier inspiré d'abord par l'antipsychiatrie italienne avant de faire connaissance avec le mouvement de la psychothérapie institutionnelle, le second par une logique libertaire post-68 et qui redécouvrit, à vingt ans d'intervalle, les enseignements mis en lumière par la génération précédente, en faisant son propre chemin.

Il n'est par ailleurs qu'à voir la liste, non exhaustive, des équipes soignantes et éducatives s'en inspirant en France et de par le monde...³

¹ LORDON F., op. cit. p. 169.

² OURY J., GUATTARI F., TOSQUELLES F., *Pratique de l'institutionnel et politique*, op. cit., p. 144.

³ cf Pierre Delion en annexe

Il n'est ensuite qu'à voir l'affluence aux diverses rencontres s'organisant sous sa bannière ou s'en rapprochant, tels :

- les rencontres annuelles de Saint-Alban en Lozère, se déroulant vers la mi-juin,
- la journée nationale de la psychothérapie institutionnelle, organisée chaque année par l'une des associations de la Fédération Inter-Associations Culturelles (FIAC),
- les journées nationales de la FASM Croix-Marine organisées à l'automne
- les rencontres (biennales) de la Criée en juin à Reims,
- le cours (biennal également) sur les techniques de soin en psychiatrie de secteur, proposé par l'association Santé Mentale et Communauté (SMC) à Villeurbanne,

pour n'en donner que quelques exemples...

À cela s'ajoutent les publications, largement accessibles, des deux fédérations FASM Croix-Marine et FIAC, respectivement *Pratiques en santé mentale* et *Institutions*.

Sans compter enfin la facilité d'accès à l'immense apport en contenus, informations, et les moyens de diffusion au plus grand nombre, rendus possibles par l'outil internet et son utilisation à grande échelle depuis plus d'une dizaine d'années à présent.

C'est ce qui a notamment permis à l'Appel des 39¹ d'être si bien entendu. En réponse à un discours politique en décembre 2008 stigmatisant par le signifiant « *dangereux* » les personnes souffrant de troubles psychotiques, ce collectif est pour Hervé Bokobza² un outil de lutte contre la résignation, l'indifférence et la désaffection des soignants. Voilà pour lui les symptômes de la crise dans la psychiatrie, chez ceux qui n'y trouvent plus les raisons pour lesquelles ils s'y étaient orientés : relation d'accompagnement, d'aide, d'écoute, d'accueil. La désaffection des soignants est la résultante directe de la protocolarisation, véritable instrument agissant contre l'affect, la pensée, la création. Le collectif des 39, toujours selon Bokobza, révèle qu'un agir est possible contre ces symptômes, et invite à « sortir de la réserve » ainsi que le préconisait Chemla.

¹ Collectifpsychiatrie.fr

² Un monde sans fous ?, film documentaire de Philippe Borrel, 2009.

À l'évocation de ces différents exemples, il peut être intéressant de voir dans ces lieux rassembleurs une filiation avec les rencontres qui jalonnèrent l'histoire de la psychothérapie institutionnelle, rencontres de Bonneval, groupe de Sèvres, GTPSI etc. Ils permettent un travail de décollement dans nos rapports imaginaires avec nos établissements, nos institutions et nous-mêmes. Ces lieux d'élaboration extérieurs, ces lieux-*tiers* sont les outils d'une méta-analyse institutionnelle, venant interroger, au-delà du collectif et ses institutions, *le* politique, ce vivre ensemble dans notre *chose publique*.

Toujours est-il qu'en un mot comme en cent : cette culture, si on la cherche, on la trouve ! Toutefois la transmission de celle-ci, faute d'être enseignée (mais le peut-elle vraiment ?) sur le banc des écoles et des facultés, ne peut, à de rares exceptions près, se faire que par les institutions elles-mêmes.³ Il en est d'ailleurs une grande part qui se déroule à l'insu des consciences, par reproduction d'un cadre et d'un esprit de travail traversant les années.

Ce qui fait dire à Christophe Chaperot que l'on peut faire de la psychothérapie institutionnelle comme Monsieur Jourdain de la prose : sans le savoir !... mais au risque cependant d'une ritualisation progressive dénuée de sens, et d'un appauvrissement conceptuel par effet de sclérose institutionnelle.⁴

Les exemples de certaines réunions peu à peu vidées de leur substance vitale, mais qui perdurent malgré tout telles des coquilles vides, ou de ces « centres sociaux » de certains grands établissements spécialisés, n'ayant plus qu'un lointain rapport avec une fonction club décrite par ailleurs, sont des mises en lumière des concepts développés par Jean-Paul Sartre.

Pour lui, toute institution voit se jouer une dialectique entre *l'instituant*, force qui pousse au mouvement et à la rupture, et *l'institué*, force qui pousse au maintien et à l'arrêt. C'est alors que l'institution se voit menacée de tomber dans le *pratico-inerte* et la *sérialité*. C'est par sa *praxis*, action créatrice liant concepts et pratiques, que l'institution, sortant ainsi de la stabilité inerte d'institué, peut s'ouvrir vers sa dimension instituante. « Cette dialectique instituant/institué est au cœur de la psychothérapie institutionnelle. »⁵

³ CHAPEROT C., CELACU V., « Psychothérapie institutionnelle à l'hôpital général : négativité et continuité », *l'Information psychiatrique* – 84, 2008, p. 447.

⁴ CHAPEROT C., « La moindre des choses. À propos de “Soigner la personne psychotique” de Pierre Delion », *l'Évolution Psychiatrique* – 73, 2008, p. 705.

⁵ MORNET J., op. cit., p. 50-59.

Vers l'acceptation d'une fragilité pérenne

Voilà comment je comprends, pour ma part, l'idée d'un certain mouvement vers une psychothérapie institutionnelle : comme ce qui peut être fait, à un moment donné, à l'endroit où l'on se trouve, pour tendre vers une pratique plus progressiste.

Et c'est ainsi qu'il faut, je pense, comprendre l'actualité de la psychothérapie institutionnelle. Son ardente actualité. Puisque ré-actualisée, elle ne peut justement que l'être en permanence, sinon elle *n'est pas*.

Peut-être est-ce là l'une des tâches les plus difficiles qu'il nous est donné : faire, défaire et refaire la psychiatrie. Qu'il s'agisse là d'un chantier permanent... La principale difficulté ne réside pas dans le fait d'admettre cette idée définitivement et une fois pour toutes ; mais bel et bien dans le fait *de la redécouvrir, chaque jour, de nouveau*.

Mais voilà qu'ici, on se ré-interroge, collectivement, sur le vécu d'un patient dont on s'était peu à peu écarté, de façon insidieuse, au fil des difficultés de sa prise en charge. Là, nous voilà capables de nous *disputer* sur une situation clinique sans se lancer d'anathèmes à la figure, sans sombrer dans des attitudes paranoïaques ou hystériques, maladies infantiles de l'institution, qui nous tendaient les bras il y a peu encore. Ici encore émergent un intérêt et une action collective pour la mise en place d'un groupe de lecture...

Allez ! *thanatos* ne gouverne pas encore seul. Car la base dynamique de toute vie humaine, aussi bien individuelle que groupale, est fait de la dialectique pulsion de vie–*eros* / *thanatos*–pulsion de mort. Selon l'enseignement de Freud, la vie humaine ne se réduit jamais à l'un de ces deux pôles, c'est leur articulation dialectique qui fait le moteur de la vie.¹ Le développement de la culture est le témoin du combat entre pulsion de vie et pulsion de destruction, tel qu'il se déroule au niveau de l'espèce humaine... combat dont nul ne peut présumer du succès ni de l'issue.²

¹ MORNET J., op. cit., p. 77.

² FREUD S., *Le malaise dans la culture*, éd. PUF (6^e), Paris, 2009, p. 64 et 89.

Le sentiment de fragilité du mouvement de la psychothérapie institutionnelle ne date pas d'aujourd'hui. Il ne date pas même d'hier. Nous avons pu voir qu'avant son acte de naissance, le courant humaniste du XIX^e siècle, dont elle s'inspira, avait peu à peu perdu de son audience. Jean Ayme nous rappelait que certains annonçait déjà la fin de la psychothérapie institutionnelle dès le début des années soixante-dix.

Tosquelles parlait dans sa thèse¹ de l'effondrement du psychotique, marquant la bifurcation dans son existence. Cette « catastrophe existentielle » est souvent vécue comme une fin du monde. Toutefois, quelque soit sa temporalité – soudaine ou lentement progressive – elle semble toujours suivie d'un temps de reconstruction de la personnalité. « On s'apercevra que la réaction catastrophique n'est qu'un cas particulier du couple intégration/désintégration ». Pour lui, l'un ne va pas sans l'autre.

« Il ne faut donc pas considérer l'*Erlebnis* [le vécu] de la fin du monde comme une image reflétant des phénomènes supposés réels d'un psychisme en train de s'anéantir. Au contraire : cet événement vécu est la manifestation pure et simple de la continuité et même du surcroît des efforts humains ».²

Nous pourrions reprendre à notre compte les développements de Tosquelles au sujet du vécu de fin du monde dans la folie... Comment ne pas y entendre en effet un écho au vécu de fin de la psychothérapie institutionnelle et de la psychiatrie tout entière telle qu'elle nous est régulièrement prédite !

J'en veux pour preuve ce qu'en disait le même Tosquelles : « Quoiqu'il arrive, de ci et de là, je ne pense pas qu'il soit possible qu'on en vienne jamais à la disparition des psychothérapies institutionnelles. Il est vrai que cela aussi se présente par cycles évolutifs et ça présente des crises de diverse catégorie. Leur disparition éventuelle annonce toujours une renaissance quelque part ; bien que les choses qui adviennent là ne soient jamais identiques à celle du passé. »³

¹ TOSQUELLES F., *Le vécu de fin du monde dans la folie*, éd. Jérôme Millon, 2012.

² Cité in OURY J., DEPUSSÉ M., *À quelle heure passe le train ?*, op. cit., p. 292.

³ OURY J., GUATTARI F., TOSQUELLES F., *Pratique de l'institutionnel et politique*, op. cit., p. 124.

Voilà pourquoi était-il proposé en sous-titre de ce travail ce double oxymore : « entre pérennité fragile et pérenne fragilité ». Il s'agissait de faire écho à Jean Ayme qui voyait dans la psychothérapie institutionnelle une démarche se fondant sur l'*équivoque* et le *précaire*. Équivoque à l'instar de tout énoncé, truffé de double sens, d'oublis, de lapsus, marqué d'incertitude et d'ambiguïté. Nous ouvrîmes ce travail par ce terme.¹ Précaire à l'instar du sort réservé à toute institution si elle veut rester vivante, et non pas achevée, immuable, et par là même, totalitaire.²

De par son histoire, et de par son objet, la psychothérapie institutionnelle semble avoir toujours mêlé l'*existant* avec le *pouvant disparaître*, le *toujours là* avec le *toujours pouvant ne plus l'être*. Son avènement fit directement suite au désastre et à l'extermination, dont elle fut en quelque sorte, le contre-coup. La fragilité lui est nécessaire et consubstantielle.

¹ En page 10.

² AYME J., « Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle », op. cit., p. 67.

CONCLUSION

« En tout cas, malgré la confusion et le pessimisme où se trouvent engagés l'ensemble des hommes en 1994, malgré mon état physique actuel, qui justifient ensemble le pessimisme égocentrique le plus radical, je dois dire ici que je reste convaincu que, tant qu'il y a des hommes à la surface du monde, quelque chose de leurs démarches reste acquis, se retransmet, disparaît parfois, mais aussi resurgit quoi qu'il en soit des catastrophes mortifères qui nous assaillent souvent. Comme on sait, cette résurgence prend le plus souvent des formes nouvelles qui s'actualisent entre nous dans les enjeux du transfert. » (François Tosquelles)¹

¹ TOSQUELLES F., « Actualité de la psychothérapie institutionnelle », in DELION P. (sous la dir.), *Actualité de la psychothérapie institutionnelle*, éd. Matrice, Vigneux, 1994, p. 426.

Ces mots de François Tosquelles, peu de temps avant sa disparition, finissent de nous soutenir dans la traversée du deuil des illusions dont parlait Patrick Chemla. Illusions parmi lesquelles persistait notamment celle d'une pulsion de vie définitivement libre, à jamais affranchie des forces destructrices d'une pulsion de mort, individuelle ou collective.

Car la reprise de l'histoire nous rappelle à quel point l'émergence de la psychothérapie institutionnelle, mouvement créatif de décroisement, fit suite au désastre et à l'extermination dont elle fut en quelque sorte le contre-coup.

Il s'agirait à présent, en ces heures austères, de ne pas sombrer dans une posture de déploration vers un passé idéalisé sans parvenir à affronter le présent. À défaut d'un modèle à reproduire à l'identique, le pari actuel pourrait porter sur une reconstruction d'un collectif soignant, avec l'existence de lieux d'élaboration extérieurs aux institutions, nous dégageant d'une simple dénonciation d'une psychiatrie normalisante sous la coupe d'un manageriat antinomique de la relation soignante.

Nous avons pu voir que la fragilité, la précarité des avancées de la psychothérapie institutionnelle se retrouvent à tous les âges de son histoire, y compris dans sa préhistoire. Nous avons pu avancer l'idée qu'en tant que mouvement par essence non figé et non réifié, cette impression de fragilité qui lui est associée doit être comprise, acceptée... et d'une certaine façon préservée. Une fragilité pérenne qui permet de maintenir le mouvement de psychothérapie institutionnelle quelque part entre la disparition et l'institué, dans l'instituant.

Des effets de résonance assourdissants nous sont apparus, comme quand Paumelle appelait en 1950 à ce que « la transformation de la vie sociale mette fin à un monde où le bon ordre, la bonne contention, la discipline et l'administration deviennent les soucis essentiels, où le matériau vaut plus que le bien-être du patient ».

Les problèmes, indépendants des lieux et des époques, que soulève la question de la sédimentation et de la chronicité, nous saisissent ensemble avec le patient dans les rets de la double aliénation sociale et mentale. Y résister passe par l'action de continuer à subvertir les établissements, malgré les procédures et les cloisonnements divers qui se renouvellent, afin de les tordre à une institution possible avec ce patient.

Voilà un objectif qui peut paraître somme toute bien modeste, mais qui ne va pas de soi. Il faudra partager et transmettre la conviction qu'il y aura là effet de continuité des soins, et par là même, effet thérapeutique.

Il s'agirait de ne pas oublier de toujours traiter l'ambiance de nos institutions. Cela devrait être le cas dans nombre de champs en dehors du soin. Cela semblerait évident dans tous les pans de la santé. C'est en tout cas absolument incontournable en psychiatrie. Ne serait-ce que pour prétendre pouvoir continuer à accueillir l'être souffrant psychiquement. Une vision mécaniciste, protocolisé, hiérarchisé de notre travail, ne permet pas d'en prendre le chemin.

Enfin, il faut prendre garde aux erreurs anachroniques lorsque l'on s'appuie sur les premiers temps de son émergence pour affirmer que la psychothérapie institutionnelle n'était là que pour travailler l'asile de son intérieur, et que depuis la mise en place du secteur psychiatrique elle aurait perdu de sa nécessité. Il ne pouvait en être autrement à l'époque, les structures extra-hospitalières ne s'étant pas encore développées. On a vu également à quel point le développement de la politique de secteur fut porté par un même mouvement désaliéniste.

Par ailleurs *l'intra-muros* existe toujours. Il existe au travers des structures médico-sociales. Il se voit par ailleurs renforcé au regard du retour d'un certain hospitalo-centrisme dans les orientations générales de politique de santé actuelles ; ce qui rend toujours un peu moins valables les arguments faisant de la psychothérapie institutionnelle un mouvement dépassé, une vieille lune. Au contraire il se pourrait que soient réétudiées, par d'autres toujours plus nombreux, les réalisations entreprises grâce à ce mouvement, suite aux impasses des séparations diagnostiques et pronostiques.

Pour ne pas oublier les leçons de l'histoire, encore fallait-il les (re)découvrir. Le fonctionnement asilaire, avec ses avatars que sont la ségrégation, la concentration et la sédimentation, n'est pas inhérent à l'asile. Cette dernière peut même se dérouler à ciel ouvert, bien plus dispersée et redoutable, dans le pur secteur. L'immensité de la tâche n'a pas fini de nous saisir.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- ARVEILLER J.-P. (sous la dir.), *Pour une psychiatrie sociale. 50 ans d'action de la Croix-Marine*, éd. Érès, Ramonville Saint-Agne, 2002.
- BUZARÉ A., *La psychothérapie institutionnelle, c'est la psychiatrie !*, éd. Champ social, Lecques, 2002.
- CHAIGNEAU H., CHANOIT P., GARRABÉ J., *Les thérapies institutionnelles – rapport de thérapeutique du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française LXIX^e session*, éd. Masson, Caen, 1971.
- COUPECHOUX P., *Un monde de fous. Comment notre société maltraite ses malades mentaux*, éd. Seuil, 2006.
- DAVID L., *La psychiatrie de secteur : des concepts à leur réalisation*, thèse pour le doctorat en médecine, Lille, 2008.
- DELION P. (sous la dir.), *Actualité de la psychothérapie institutionnelle*, éd. Matrice, Vigneux, 1994.
- DELION P., *Accueillir et soigner la souffrance psychique de la personne. Introduction à la psychothérapie institutionnelle*, éd. Dunod (2^e), Paris, 2011.
- FAUGERAS P., *L'ombre portée de François Tosquelles*, éd. Érès, Ramonville Saint-Agne, 2007.
- FREUD S., *La technique psychanalytique*, éd. PUF, Paris, 1999.
- FREUD S., *Le malaise dans la culture*, éd. PUF (6^e), Paris, 2009.
- GOMES M., *De l'institutionnel. Les mouvements thérapeutiques institutionnels*, thèse pour le doctorat en médecine, Lille, 1993.
- GORI R., *De quoi la psychanalyse est-elle le nom ? Démocratie et subjectivité*, éd. Denoël, Mesnil-sur-l'Estrée, 2010.
- LABOURET O., *La dérive idéologique de la psychiatrie*, éd. Érès, Ramonville Saint-Agne, 2008.

- LORDON F., *Capitalisme, désir et servitude. Marx et Spinoza*, éd. La fabrique, Paris, 2010.
- MORNET J., *Psychothérapie institutionnelle. Histoire et actualité*, éd. Champ social, Nîmes, 2007.
- MURARD L., FOURQUET F., *Histoire de la psychiatrie de secteur*, éd. Recherches (Encres) (2^e), Paris, 1980.
- OURY J., *Onze heures du soir à La Borde. Essais sur la psychothérapie institutionnelle*, éd. Galilée, Paris, 1980.
- OURY J., *Il, donc*, éd. Matrice (2^e), Vauchrétien, 1998.
- OURY J., *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*, éd. Champ social (2^e), Lecques, 2001.
- OURY J., *Le collectif. Le séminaire de Sainte-Anne*, éd. Champ social (2^e), Nîmes, 2005.
- OURY J., GUATTARI F., TOSQUELLES F., *Pratique de l'institutionnel et politique*, éd. Matrice, Vigneux, 1985.
- OURY J., DEPUSSÉ M., *A quelle heure passe le train... Conversations sur la folie*, éd. Calmann-Lévy, Paris, 2006.
- PAUMELLE P., *Essais de traitement collectif du quartier d'agités*, éd. ENSP, Rennes, 1999.
- RACAMIER P.-C. (sous la dir.), *Le psychanalyste sans divan*, éd. Payot, Paris, 1970.
- ROULOT D., *Paysages de l'impossible. Clinique des psychoses*, éd. Champ social (2^e), Nîmes, 2006.
- SASSOLAS M. (sous la dir.), *Malaise dans la psychiatrie*, éd. Érès, Ramonville Saint-Agne, 2004.
- SASSOLAS M., *La psychose à rebrousse-poil*, éd. Érès, Toulouse, 1997, rééd. 2009.
- TORRUBIA H., *La psychothérapie institutionnelle par gros temps*, éd. Champ social, Lecques, 2002.
- TOSQUELLES F., *De la personne au groupe. À propos des équipes de soin*, éd. Érès (2^e), Ramonville Sainte-Agne, 2003.
- TOSQUELLES F., *Le vécu de fin du monde dans la folie. Le témoignage de Gérard de Nerval*, éd. Jérôme Millon, 2012.

Articles

- Dossier « Quarante ans de secteur », *VST* – 67, 2000, dont notamment :
 - BONNAFÉ L., « Les anniversaires du secteur. Exploration des oubliettes » ;
 - CHEMLA P., « Sortir de la réserve. 20 ans de secteur à Reims ».
- Dossier « La passion du secteur », *Santé mentale* – 59, juin 2001, p. 19-74, dont notamment :
 - BUIN Y., « Le compte à rebours », p. 47-48 ;
 - CHAIGNEAU H., « J'ai ouvert les portes des chambres », p. 66-68.
- Dossier « La psychiatrie : de ses premiers pas à Saint-Alban à son devenir paraplégique », *Psy Cause* – 44-45, 2006, p. 3-87, dont notamment :
 - EVRARD P., « Présentation », p. 4-11 ;
 - RIVET A., « Pour conclure et continuer... », p. 62-65.
- Dossier « L'avenir du secteur », *L'Information Psychiatrique* – vol 85 n°6, juin-juillet 2009, dont notamment :
 - ALEZRAH C., « Réflexions tirées de la lecture des rapports Demay et Couty », p. 509-517 ;
 - JOVELET G., « Le Secteur en minuscule, une colère majuscule », p. 537-548 ;
 - GARRET-GLOANEC N., BRUN-ROUSSEAU H., BRÉTÉMIEUX M., « Rapport Couty, Secteur et psychiatrie infanto-juvénile », p. 549-557.
- CHAPEROT C., « La moindre des choses. À propos de "Soigner la personne psychotique" de Pierre Delion », *l'Évolution Psychiatrique* – 73, 2008, p. 703-706.
- CHAPEROT C., CELACU V., « Psychothérapie institutionnelle à l'hôpital général : négativité et continuité », *L'Information psychiatrique* – 84, 2008, p. 445-453.
- DAUMÉZON G., KOECHLIN P., « La psychothérapie institutionnelle française contemporaine », *Anaís Portugueses de Psiquiatria vol IV n°4*, décembre 1952, p. 271-312.
- EVRARD P., « La psychiatrie à l'épreuve du management », *Psy Cause* – 52, 2008, p. 32-36.
- EVRARD P., « La psychothérapie institutionnelle est la psychiatrie », *Psy Cause* – 57, 2010, p. 4-7.
- GUT A., RECA M., « Entretien avec Hélène Chaigneau », *Lettre de la schizophrénie* n°20, septembre 2000.

- DUPREZ M., « Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle », *L'Information psychiatrique* vol. 84, n°10 – décembre 2008, p. 907-912.
- OURY J., « De l'inestimable du travail psychiatrique », *PRATIQUES en santé mentale* – 3, 2003, p. 34-36.
- OURY J., « Chemins vers la clinique », *l'Évolution Psychiatrique* – 72, 2007, p. 3-14.

Sources internet

- balat.fr : « psychanalyse, sémiotique, éveil de coma ».
- cliniquedelaborde.pagesperso-orange.fr
- collectifpsychiatrie.fr : « collectif des 39 contre la nuit sécuritaire ».
- fabriquedesens.net : « d'autres regards sur la crise », interview de Patrick Chemla par Antoine Mercier, datant du 23 janvier 2009 sur France Culture.
- has-sante.fr
- ouvrirlecinema.org/pages/reperes/JOsem.html : prises de notes interactives depuis 2005 du séminaire de Jean Oury à Sainte-Anne.
- psychiatriinfirmiere.free.fr
- psychoanalytischeperspectieven.be : source internet de l'article de 1952 de Koechlin et Daumézon « La psychothérapie institutionnelle française contemporaine ».
- revue-institutions.com
- revuepsycause.blogspot.fr
- serpsy.org : « Soins Etude et Recherche en PSYchiatrie, espace de réflexion et d'échanges autour de la relation soignant/soigné ».
- smc.asso.fr : le site de l'association Santé Mentale et Communautés de Villeurbanne.

Autres sources

- Le Monde *diplomatique*.
- Histoires autour de la folie, film documentaire de Paule Muxel et Bertrand de Solliers, 1993.
- La moindre des choses, film documentaire de Nicolas Philibert, 1996.
- Un monde sans fous ?, film documentaire de Philippe Borrel, 2009.

ANNEXES

Sigmund Freud, extrait de conférence, V^e congrès international de psychanalyse, Budapest, 1918 :

« Pour conclure, je tiens à examiner une situation qui appartient au domaine de l'avenir et que nombre d'entre vous considéreront comme fantaisiste mais qui, à mon avis, mérite que nos esprits s'y préparent. Vous savez que le champ de notre action thérapeutique n'est pas très vaste. Nous ne sommes qu'une poignée d'analystes et chacun d'entre nous, même en travaillant d'arrache-pied, ne peut, en une année, se consacrer qu'à un très petit nombre de malades. Par rapport à l'immense misère névrotique répandue sur la terre et qui, peut-être, pourrait ne pas exister, ce que nous arrivons à faire est à peu près négligeable. En outre, les nécessités de l'existence nous obligent à nous en tenir aux classes sociales aisées, aux personnes habituées à choisir à leur gré leur médecin et que leurs préjugés à l'égard de la psychanalyse peuvent éloigner de nous. Pour le moment, nous sommes obligés de ne rien faire pour une multitude de gens qui souffrent intensément de leurs névroses.

Admettons maintenant que, grâce à quelque organisation nouvelle, le nombre d'analystes s'accroisse à tel point que nous parvenions à traiter des foules de gens. On peut prévoir, d'autre part, qu'un jour la conscience sociale s'éveillera et rappellera à la collectivité que les pauvres ont les mêmes droits à un secours psychique qu'à l'aide chirurgicale qui leur est déjà assurée par la chirurgie salvatrice. La société reconnaîtra aussi que la santé publique n'est pas moins menacée par les névroses que par la tuberculose. Les maladies névrotiques ne doivent pas être abandonnées aux efforts impuissants de charitables particuliers. À ce moment-là on édifiera des établissements, des cliniques, ayant à leur tête des médecins psychanalystes qualifiés et où l'on s'efforcera, à l'aide de l'analyse, de conserver leur résistance et leur activité à des hommes, qui sans cela, s'adonneraient à la boisson, à des femmes qui succombent sous le poids des frustrations, à des enfants qui n'ont le choix qu'entre la dépravation et la

névrose. Ces traitements seront gratuits. Peut-être faudra-t-il longtemps encore avant que l'État ne reconnaisse l'urgence de ces obligations. Les conditions actuelles peuvent aussi retarder notablement ces innovations et il est probable que les premiers instituts de ce genre seront dus à l'initiative privée, mais il faudra bien qu'un jour ou l'autre la nécessité en soit reconnue.

Nous nous verrons alors obligés d'adapter notre technique à ces conditions nouvelles. L'exactitude de nos hypothèses psychologiques, je n'en doute pas, ne peut manquer de frapper les ignorants eux-mêmes, toutefois nous devons donner à nos doctrines théoriques la forme la plus simple et la plus accessible. Nous découvrirons probablement que les pauvres sont, moins encore que les riches, disposés à renoncer à leurs névroses, parce que la dure existence qui les attend ne les attire guère et que la maladie leur confère un droit de plus à une aide sociale. Peut-être nous arrivera-t-il souvent de n'intervenir utilement qu'en associant au secours psychique une aide matérielle à la manière de l'empereur Joseph. Tout porte aussi à croire que, vu l'application massive de notre thérapeutique, nous serons obligés de mêler à l'or pur de l'analyse une quantité considérable du plomb de la suggestion directe. Parfois même, nous devons, comme dans le traitement des névroses de guerre, faire usage de l'influence hypnotique. Mais quelle que soit la forme de cette psychothérapie populaire et de ses éléments, les parties les plus importantes, les plus actives, demeureront celles qui auront été empruntées à la stricte psychanalyse dénuée de tout parti pris. »¹

¹ FREUD S., « Les voies nouvelles de la thérapeutique », *La technique psychanalytique*, éd. PUF, Paris, 1999, p.140-141.

« État des lieux du mouvement de psychothérapie institutionnelle », Pierre Delion :

« Je prends le risque de proposer au lecteur intéressé par des contacts directs, quelques expériences qui me semblent mériter le détour et pouvoir porter sans rougir le titre de “pôles de référence”.

En effet, aujourd'hui, il est très important que de telles expériences puissent être mises à la disposition des personnels intéressés qui se forment à ce métier de “psychiste” (Tosquelles) ou qui, dans le cadre de leur exercice professionnel actuel, sentent qu'ils ont besoin de rencontrer de telles équipes pour aller dans le sens d'une psychiatrie se référant à la psychothérapie institutionnelle, plus humaine, plus dynamique, centrée sur le patient et non sur la pérennisation des institutions.

D'ailleurs comme nous l'avons déjà dit, Oury, en insistant sur le fait que “la psychothérapie institutionnelle c'est la psychiatrie”, nous incite également, me semble-t-il, par cette assertion, à nous poser la question de préserver ce qui de la psychothérapie institutionnelle peut continuer à féconder utilement la psychiatrie toute entière.

Aussi, dans cet esprit, vais-je indiquer un certain nombre d'expériences utiles “à rencontrer”. Quelques-unes d'entre elles sont des associations culturelles qui ont été constituées par les soignants dans le souci de se fédérer dans le cadre plus général de la Fédération inter-associations culturelles qui réunit chaque mois, à l'occasion du séminaire de Jean Oury à Sainte-Anne à Paris, des représentants d'un bon nombre d'entre elles pour échanger sur les problèmes concrets et théoriques qui se présentent dans les fonctionnements institutionnels des uns et des autres, pour faire le point sur la revue de la fédération Institutions, et préparer la journée annuelle consacrée à un thème choisi par l'équipe organisatrice en concertation avec les membres de la fédération nationale. Ces associations locales regroupent donc plusieurs équipes soignantes et/ou éducatives qui ont pris l'habitude de travailler ensemble. C'est ainsi que je propose de se référer en fonction de leur proximité géographique, aux associations et services suivants :

Le CRIC à Caen (F. Villeneuve, P. Crété, F. Ecobichon), l'AMPI à Marseille (H. Moreau, A. Olive, J. Tosquellas, A. Viader, M.-F. Negrel, A. Abrieu, C. Paulet), la Criée à Reims (P. Chemla, D. Rochereau), l'ACSM à Angers (M. Alapetite, D. Petit, A. Buzaré, D. Denis, M.-C. Sécher, F., Bonnal...), l'AREPP à Dax (M. Minard, A. Castéra, H. Claus...), la Borde à Cour-Cheverny (J. Oury, P. Couturier, P. Bichon ? M. Lecarpentier, D. Roulot, M.-C. Hiébel, S. Delcroix...), Alès (M. Allione), Saint-

Martin-du-Vignogoul à Montpellier (H. Bokobza, J. Mornet, J.-M. Enjalbert...), Esper au Cellier (P. Crossay, M. Etienne...), Cluny à Bellangreville (C. Deutch, P. Crété), Reus (A. Labad, P. Garcia), Barcelone (Fernando Vicente), Huesca (E. Gonzalès), Rome (U. Amati), Mendrizio/Lugano (M. Pellandini, J. Mazzolini), Setubal (Braulio De Almeida), Sarrebrück (W. Hoffmann), Sarguemines /Brumath (É.-M. Roth), Tours (C. Dissez, J.-C. Jouhet, S. Drylewicz, J.-M. Royer, A. Blot), Landerneau (M.-F. Le Roux, J.-M. De Chaizemartin, M. Couill, R. Albert...), Pontarlier (J. Pascoa, I. Lacroix...), Bressuire (G. Richon, H. Filet, C. Marquet), Limoux (P. Sans), Bondy (G. Baillon, F. Doukan...), Paris (M. Hayat, F. Drogoul), Dreux (F. Simon, J.-P. Godeau...), Villejuif (C. Spiesser), Rennes (J.-L. Chevallier, D. Launat), Saint-Alban (J.-Y. Nayrat, M. Béteille, M. Gauzy), Saint Simon à Toulouse (M. Monmayrant, P. Hortonedá), Denain puis Bergerac (R. et L. Fleuret), Maubeuge (A. Inion), Fontenay-le-Comte/Niort (M. Pherivong), Chateaurenault (J. Augé), Orléans (P. Ridoux, J. Plankaert), Le Mans (G. Dubois de Prisque, C. Dwyer), Lille (B. Noe, P. Delion), Dinard (M. Verlingue), Chailles/clinique de la Chesnaies (C. Jeangirard, J.-J ; Martin), Herlies/Omega (J. Salei, G. Mellier), São Paulo (M. Domont-Cavalcanti, J. Goldberg...), Kyoto (Yasuo Miwaki)... »¹

¹ DELION P., *Accueillir et soigner la souffrance psychique de la personne. Introduction à la psychothérapie institutionnelle*, éd. Dunod (2^e), Paris, 2011, p. 249-250.

AUTEUR : Nom : MARQUET

Prénom : Jérémie

Date de Soutenance : 4 juin 2013

**Titre de la Thèse : Contribution à un certain mouvement vers une psychothérapie institutionnelle.
Entre pérennité fragile et pérenne fragilité**

Thèse - Médecine - Lille 2013

Cadre de classement : DES Psychiatrie

Mots-clés : psychothérapie institutionnelle, psychiatrie de secteur, histoire de la psychiatrie

Résumé :

La psychothérapie institutionnelle est un mouvement de la psychiatrie assez fréquemment dans les imaginaires relégué aux temps passés de l'hôpital psychiatrique. Elle émergea au décours d'une des périodes les plus sombres de l'histoire de France et de la psychiatrie : la deuxième guerre mondiale, avec pour conséquence parmi les internés une surmortalité estimée à plus de quarante mille décès. S'appuyant sur diverses sources (les premiers aliénistes, la psychanalyse, la sociologie), la psychothérapie institutionnelle apparut dans certains établissements, à commencer par Saint-Alban en Lozère, comme un ensemble de méthodes permettant de lutter contre la dimension concentrationnaire et ségrégative de l'établissement psychiatrique. Elle est indissociable de l'avènement de la psychiatrie de secteur, promue par ses mêmes acteurs.

À l'heure où le monde de la psychiatrie semble à plus d'un titre en crise, il est nécessaire de faire retour sur ce mouvement, le moment de son émergence, la description de ses premières réalisations, l'élaboration de ses concepts, afin d'en percevoir son caractère éminemment actuel. Elle inspire nombre d'équipes encore aujourd'hui, malgré les embûches du management qui s'est introduit dans la sphère de la santé.

Par ailleurs si la psychothérapie institutionnelle demeure un mouvement bel et bien vivant, c'est de longue date qu'elle paraît fragile et menacée de disparition, car elle se fonde sur l'équivoque et le précaire.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs : Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Monsieur le Professeur Pierre DELION

Monsieur le Docteur Pierre VANEECLOO