

L'écoute psychanalytique au service de l'institution psychiatrique

Auteur(s) : Nelly Gaillard-Janin - Pascale Jeanneau-Tolila

Mots clés : destructivité - écoute analytique - Institution - psychiatrie - psychose(s) - psychothérapie institutionnelle - schizophrénie

INTRODUCTION

« Un autre visage du psychanalyste est celui qu'il prend en situation psychiatrique »

Paul-Claude Racamier, *Le psychanalyste sans divan*, 1970.

Phrase tout à fait simple et concrète, qui est surtout un prétexte pour vous parler d'un ouvrage et d'un psychiatre-psychanalyste en particulier, Paul Claude Racamier, qui a entre autres choses participé à l'écriture de cet ouvrage : *Le psychanalyste sans divan*, paru en 1970.

Cet ouvrage est la « bible » du psychanalyste en institution. Le groupe de « chercheurs » que sont à l'époque Serge Lebovici, René Diatkine, Philippe Paumelle et bien sûr Paul Claude Racamier y ont exposé et proposé, dans les années 60, à partir de leurs observations cliniques auprès des patients psychotiques, une application du savoir psychanalytique, pour le champ de la psychiatrie institutionnelle, le psychanalyste travaillant « sans

divan et hors de son fauteuil ». C'était quelque chose de tout à fait novateur à l'époque et cela va être le thème de notre intervention d'aujourd'hui.

Ce thème sur lequel il nous a été proposé de travailler, demeure d'une actualité on ne peut plus brûlante, puisqu'il nous faut en ce moment défendre à la fois la psychiatrie dont les moyens sont à la baisse chaque année, mais aussi la psychanalyse, qui est, elle aussi, bien que d'une autre manière, malmenée ces derniers temps.

Commençons donc par parler de la psychanalyse, qui en tant qu'outil théorique, est régulièrement attaquée, dans ce qu'elle représente comme courant de pensée, et critiquée dans ce qu'elle pourrait apporter sur un plan thérapeutique, suspecte qu'elle est quant à son contenu, quant à son efficacité et bien sûr quant à sa « rentabilité ».

Parallèlement à cela, et sans faire de militantisme évidemment, on est obligé de constater que la psychiatrie ne va pas beaucoup mieux que la psychanalyse. Et qu'en ces temps où les Hôpitaux ont de grosses difficultés de fonctionnement, les services de psychiatrie sont particulièrement touchés et avec eux la qualité des soins offerts aux patients, dans un souci toujours plus grand de résultats rapides et le moins coûteux possibles, alors même que la temporalité de la maladie mentale n'adopte pas ces critères.

Et au fond, un des moyens de défendre ces deux disciplines, est de montrer comment elles s'articulent l'une avec l'autre, et de montrer combien l'outil psychanalytique reste pertinent, utile et essentiel dans nos services de psychiatrie.

C'est un outil absolument formidable pour la compréhension du fonctionnement psychique de chacun, et bien au-delà, pour la compréhension groupale d'une société, mais c'est aussi un outil de pensée qui va nous permettre, en psychiatrie, donc du côté de la pathologie mentale, de traiter, de soigner un certain nombre de patients, et qui va aussi et peut-être même surtout nous permettre, à nous autres soignants, de savoir appréhender, supporter et côtoyer ces sujets dont le rapport au monde est bouleversé, et dont le mode d'être est différent du sujet « ordinaire ». Un outil qui va permettre aux soignants d'accompagner les patients au quotidien, sur un temps parfois infiniment long.

Notre exposé va consister à vous montrer comment nous travaillons aujourd'hui, avec la psychanalyse, adossés à la psychanalyse, dans une unité de soins psychiatriques tout à fait classique, qui a quand même cette particularité d'accueillir en hospitalisation de jour, à temps partiel donc, des patients pour la plupart schizophrènes, en tous cas psychotiques, dont la dépendance au quotidien et la régression sont telles qu'un étayage précis doit leur être apporté chaque jour ou presque, en termes de contenant, d'accompagnement et de présence psychiatrique.

Un mot sur notre équipage, à Nelly et moi.

Comme cela vous a été présenté, je suis pour ma part le médecin directeur de cet hôpital de jour, et Nelly est la psychanalyste du service.

Nous différencions évidemment ces deux fonctions, alors même que nous avons des parcours identiques.

Je suis psychiatre mais aussi psychanalyste, Nelly est psychanalyste mais aussi psychiatre, et nous travaillons toutes les deux avec une équipe soignante pluridisciplinaire constituée d'infirmiers et d'ergothérapeutes, de deux psychiatres, d'une cadre, d'une neuropsychologue (qui a elle aussi un outil théorique différent du nôtre, mais avec laquelle le dialogue est tout à fait riche, stimulant et complémentaire), bref une équipe de différentes personnes, personnalités et fonctions, chacun arrivant avec son « équation personnelle ». Nous profitons dans cette institution qu'est l'Hôpital de jour, d'un appareil de soins qui a été façonné par nos prédécesseurs, en particulier par Jacques Azoulay, Victor Souffir et Josiane Chambrier et dans lequel depuis longtemps déjà, théorie psychanalytique et pratique clinique psychiatrique s'entrechoquent et se parlent continuellement et de différentes manières. Cette activité théorisante qui encadre les échanges constitue ainsi une « Institution mentale », comme l'a défini Jacques Hochmann, laquelle est indispensable pour faire face aux défenses anti-objectales, au désinvestissement et à la destructivité des patients.

Autre citation éclairante, de René Diatkine cette fois, issue du même ouvrage :

« La psychiatrie est une discipline médicale où l'opposition du "normal" et du "pathologique" risque de recouvrir les préoccupations idéologiques les plus diverses. La théorie psychanalytique apporte au psychiatre des moyens de connaissance et d'actions qui devraient lui permettre de dépasser les tendances normatives que chacun utilise pour se défendre contre l'angoisse que provoque la "folie" de l'autre. »

Nous allons donc partager notre présentation en 3 temps : un

premier temps où Nelly vous parlera de l'émergence de la psychanalyse dans les institutions psychiatriques et de ce sur quoi elle s'est appuyée pour asseoir sa place avec la naissance de la psychothérapie institutionnelle, une seconde partie où je parlerai rapidement de l'histoire singulière de l'ASM13, et de l'Hôpital de jour en particulier, et enfin, une troisième et dernière partie où nous parlerons de la fonction et de la place de la psychanalyse et de la psychanalyste dans l'équipe soignante, assortie de quelques illustrations cliniques.

Je laisse la parole à Nelly Gaillard-Janin pour la partie historique.

1-Histoire

Je vais vous parler d'histoire, pour expliquer le choix de notre titre. Pourquoi « l'écoute analytique **au service** de l'institution psychiatrique » ? Parce que l'institution psychiatrique revient de loin. Elle a en effet longtemps entretenu malgré elle la double aliénation mentale et sociale dont souffrent les malades mentaux (François Tosquelles).

Un peu d'histoire pour rappeler les faits, et rappeler aussi combien nos institutions sont tributaires de la société dans laquelle elles se développent.

L'idéologie de l'enfermement se développe à partir du XVI^e siècle : un Édit royal de 1656 stipule alors que les hôpitaux doivent recueillir les vagabonds, les indigents, les débauchés et les insensés (Le besoin d'asile, 2011) - tous « dans le même sac »...

A la fin du XVIII^e siècle, le mouvement des Lumières et de la Révolution Française s'accompagne d'une philosophie

philanthropique et humaniste. Le terme d'aliéné remplace alors celui d'insensé. Pinel est nommé Médecin des Aliénés en 1793 à Bicêtre. Il s'appuie sur le travail d'un infirmier, Pussin, pour délivrer les aliénés de leurs chaînes et développer ce qu'il appellera le « traitement moral ». En 1795, il est nommé médecin chef à la Salpêtrière. Il fait venir Pussin et applique les mêmes réformes qu'à Bicêtre. Il rédige un *Traité médico-philosophique des maladies mentales*, dans lequel il inscrit ces dernières dans une nosographie. Il supprime les saignées et autres médications inutiles qui affaiblissent les aliénés, et préconise le soin par la parole. Ce faisant, il opère la distinction entre les insensés et les criminels. Le fou devient un malade qu'il convient de soigner (*Histoire de la psychothérapie institutionnelle*, 2007).

La loi du 30 juin 1838 stipule que l'asile doit soigner et séquestrer ; des murs d'enceinte sont construits autour des asiles. Cependant, dans la réalité, on observe qu'il devient un système fermé dans tous les sens du terme, avec peu de guérisons et peu de sorties. Le projet initial de soin se trouve dénaturé au profit d'un système concentrationnaire et aliénant.

A la fin du XIX^e siècle-début du XX^e, on assiste à la révolution psychanalytique, avec la découverte freudienne de l'inconscient à l'œuvre dans le fonctionnement humain. Le soin s'ouvre à l'écoute du sens caché des symptômes.

La 2^{ème} Guerre Mondiale va venir bouleverser les expériences et donc les conceptions de l'institution. On y a trop souffert de l'idéologie totalitaire, de l'absence de liberté, de l'univers concentrationnaire, de l'eugénisme. Je rappelle que 100000 patients dits « incurables » seront assassinés par le régime nazi en

Allemagne. On a également vu mourir de faim 40000 malades mentaux dans les hôpitaux psychiatriques français. On y a aussi découvert, à l'occasion d'évacuations d'hôpitaux psychiatriques bombardés, que des patients présentant des troubles du comportement majeurs s'avèrent tout à fait adaptés à l'extérieur et redéveloppent une capacité relationnelle riche. C'est alors qu'apparaît le mouvement de la psychothérapie institutionnelle, qui entend soigner l'institution aussi bien que le malade.

Il faut dire que la 2^{ème} moitié du XXe siècle est riche en découvertes et en avancées dans le domaine du soin. En 1952 arrive le premier neuroleptique, la Chlorpromazine (Largactil), découvert par Henri Laborit, et dont le pouvoir apaisant, contenant, et sédatif, va profondément changer l'atmosphère dans les services psychiatriques. L'école de Palo Alto en Californie développe de son côté les thérapies familiales systémiques, observant qu'un individu présentant des troubles s'inscrit dans un système relationnel plus large (sa famille, son institution...etc), et ne peut donc être soigné en faisant abstraction de ce système relationnel car ce dernier peut être pathogène ou pérenniser les troubles (le système relationnel, pas les individus individuellement).

Ainsi, à partir de 1945, se développe la psychothérapie institutionnelle, où le psychanalyste est investi du rôle de tiers permettant de penser les situations cliniques et les soins qui doivent en découler. « Le champ institutionnel propose que soient simultanément pris en charge les malades, leurs familles, les soignants, et l'institution même en tant qu'ensemble organisé. » (Le psychanalyste sans divan, 1970). Le cadre institutionnel y est la transposition du cadre analytique. L'écoute analytique y irrigue

l'espace de pensée pour les soignés autant que pour les soignants. Les précurseurs de ce mouvement de la psychothérapie institutionnelle sont Georges Daumezon, François Tosquelles, et Jean Oury, entre autres. Ces deux derniers fondent en 1960 avec d'autres collègues le Groupe de Travail de psychothérapie et de sociothérapie institutionnelles. Deux lieux-phare, entre autres, ont illustré ce courant : Saint Alban, avec François Tosquelles et Lucien Bonnafé ; et La Borde, avec Jean Oury, qui avait lui-même été formé à st Alban par Tosquelles (Histoire de la psychothérapie institutionnelle, 2007).

Et c'est dans ce mouvement d'ouverture et de désenclavement qu'une circulaire ministérielle instaure la création de la Sectorisation Psychiatrique en 1960. L'idée directrice en est que c'est aux soins de venir vers le sujet, dans la cité, grâce à une équipe soignante "de proximité". Le Secteur Psychiatrique s'appuie sur une expérience effective depuis 1958 : la création de l'ASM13 par Philippe Paumelle. Et je laisse la parole à ma collègue Pascale Jeanneau-Tolila pour décrire la façon dont nos prédécesseurs prestigieux ont pensé une institution où psychiatres et psychanalystes travaillent ensemble, où psychiatrie et psychanalyse se complètent pour aider les patients dans leurs trajectoire thérapeutiques complexes.

2-La fondation de l'ASM13 : synergie psychiatrique et psychanalytique

Effectivement, la politique de secteur a été initiée par une expérience pilote menée par Philippe Paumelle, rapidement rejoint par Serge Lebovici et René Diatkine dans le 13^{ème}, en 1958, avec l'idée de sortir de l'hospitalocentrisme, en déplaçant le lieu

de la rencontre, en accompagnant le patient dans la cité, « dans son bassin de vie », pour des soins psychiques précoces, pour des soins continus, au plus près des familles, avec l'idée d'un accueil possible de tous les malades d'une zone géographique.

C'était là l'idée d'une psychiatrie communautaire et militante avec un souci humaniste tout à fait appuyé.

L'association de ces trois figures de la psychiatrie que sont Paumelle, Lebovici et Diatkine dit aussi la conviction de la complémentarité de la psychiatrie de l'adulte et celle de l'enfant, comme celle de la psychiatrie et de la psychanalyse. René Diatkine disait à cet égard que selon lui, le sens de la psychiatrie infantile, était précisément de prévenir la survenue d'une schizophrénie.

Paumelle commence par créer une petite équipe constituée d'un psychiatre, d'une infirmière et d'une assistante sociale, dans le 13^e, accueillant les patients en consultations, allant en visite au domicile, gérant les urgences etc.

Fort de cette expérience dont le succès est grandissant, en 1960, une circulaire ministérielle généralise cette politique de secteur à tout le territoire, et le Centre Médico-Psychologique (CMP) devient donc officiellement le pivot des institutions de soins psychiatriques, avec la formation d'une petite équipe pluridisciplinaire, dite « équipe de secteur », à dimension humaine et qui permette des liens privilégiés entre le patient et les soignants. On sent ici l'imprégnation de la pensée psychanalytique.

Toutefois, il faut quand même penser des institutions d'accueils variées car désaliénation ne veut pas dire désinstitutionnalisation.

Et pour un certain nombre de patients, il est évidemment constaté que ce type d'accompagnement n'est pas suffisant et que cet accueil ambulatoire doit être complété par des soins à temps complet.

C'est comme cela que l'Hôpital de l'Eau Vive voit le jour en 1963, à quelques kilomètres de Paris, pour accueillir ces patients dont les troubles plus graves nécessitent un accueil de ce temps de crise et un traitement plus long, contenant, avec une surveillance accrue. Cela étant, l'hôpital de secteur ne sera qu'un maillon dans la chaîne des soins du patient, c'est en tous cas comme cela que la création de cet hôpital est pensée à cette époque, avec l'idée là aussi d'une équipe multidisciplinaire, d'un personnel diversifié et surtout formé, avec des espaces et des temps de réflexion où chacun a la parole.

Les soins psychiatriques sont donc déclinés sur plusieurs types de structures, plusieurs types d'institutions, lesquelles peuvent être sollicitées à différents moments, avec l'idée que le « lien importe davantage que le lieu » et que « l'hospitalisation doit être un temps du traitement, plutôt qu'un espace. »

A cette époque, comme une des trouvailles des fondateurs était de se contenter d'un nombre de lits hospitaliers moindre que celui qui était défini par les tutelles, une économie substantielle a permis de créer des institutions extra-hospitalières et c'est dans ce mouvement que l'Hôpital de jour est né, d'abord sur le site de l'hôpital, puis délocalisé à Paris et dirigé par Jacques Azoulay.

Quelques mots maintenant sur une deuxième équipe de chercheurs qui se sont attelés à ce travail de faire fonctionner ensemble psychiatrie et psychanalyse, au bénéfice des patients et

de leur institution, dont Josiane Chambrier pourrait nous parler mieux que je ne le ferais, puisqu'elle en faisait partie. C'est l'équipe emmenée par Jacques Azoulay, ce psychiatre psychanalyste engagé dans le soin institutionnel, particulièrement soucieux des difficultés rencontrées par les équipes soignantes, face à la répétition, à la chronicisation et à la destructivité des malades.

Tout psychanalyste qu'il est, il reste très attaché à ce que la psychanalyse ne soit pas idéalisée et par là-même, déconnectée des soins psychiatriques.

Autour de Jacques Azoulay, cette équipe est composée de Josiane Chambrier, de Victor Souffir, de Serge Gauthier et de Dominique Deyon, équipe que rejoint plus tard Benno Rosenberg, dont on connaît aussi les nombreux travaux sur le masochisme.

Et cela me permet de faire la promotion d'un deuxième ouvrage « biblique », « *Jacques Azoulay, textes fondateurs, l'engagement d'un psychiatre-analyste* », paru chez In Press en 2016. C'est le rassemblement de travaux et d'articles de Jacques Azoulay, accompagné d'articles de ses élèves.

C'est donc en 1965 que l'HDJ de l'ASM13 voit le jour, avec l'idée de sortir le patient de l'enferment asilaire délétère, qui demeure un des dangers à l'hôpital ; l'HDJ devenant à son tour un chaînon indispensable de l'équipement psychiatrique, avec comme premier objectif celui d'être psychothérapeutique en tirant partie, dans un sens dynamique, des échanges de la vie quotidienne entre patients et soignants.

Ce faisant, cette équipe de chercheurs, sur le terrain, prend la

mesure des attaques destructrices répétées des patients psychotiques et travaille à y être préparée, avec une réflexion portée par la psychanalyse, réflexion toujours en mouvement, en questionnement, ouverte au doute, au conflit et donc à la créativité.

Il faudra ainsi lutter contre les risques institutionnels, en les mettant en lien avec le fonctionnement psychotique, lequel vient attaquer les processus de pensée des soignants.

Et ces risques institutionnels, ces écueils liés à l'accueil de patients souffrant de troubles psychotiques sont multiples et insidieux : le risque d'emprise, le risque d'aliénation, celui de l'inséparabilité secondaire, le risque d'idéalisation d'abord, de déception ensuite, le risque du désinvestissement du patient qui en découle, le risque de contre-attitude, de lassitude, de rejet etc.

Pour aller au fait de toutes ces années de réflexion, voici de façon schématique ce qui a pu être pensé, pour que l'HDJ soit et reste un appareil de soins fonctionnel, avec l'idée de garder en tête ces lignes de réflexion, au quotidien dans notre pratique, pour se prémunir des risques institutionnels qui existent quand on accompagne de tels patients, sur de si longs temps de soins.

2.1 - Lutter contre la dépendance et la régression

- Mise en place d'une discontinuité dans la venue des patients, afin de ne pas pâtir, pour le soignant, d'un sentiment d'envahissement par le patient, et pour le patient d'un vécu d'emprise ou d'engloutissement par le soignant. Cela permet de laisser du vide dans l'accompagnement, avec une alternance de présences et d'absences et de relancer une temporalité qui

souvent fait défaut. La discontinuité des venues allège considérablement le poids de la dépendance des patients à notre rencontre et elle est bien à mettre au crédit de la permanence de l'objet, qui reste présent, et disponible, au retour du patient, lui permettant de profiter d'un moment de retrouvailles avec l'objet d'étayage.

En outre, cela permet de mettre l'accent sur les parties saines du patient, en insistant sur ce qui lui reste comme capacités sur lesquelles il peut s'appuyer à l'extérieur.

Si cette dépendance ou cette régression s'installe néanmoins, ce qui est assez inéluctable compte tenu des mécanismes de défense psychotiques, il faut alors faire en sorte qu'elle le soit de façon limitée et ajustée.

Le repli narcissique sera pour certains un temps indispensable, car la base narcissique est précisément une des défaillances du sujet psychotique, donc ce repli sera un mouvement défensif à respecter, d'une certaine manière et pour un certain temps.

Mais il faudra lui offrir une butée à valeur réorganisatrice. C'est à dire que le patient devra se sentir l'objet d'un investissement de la part de l'institution, un investissement continu, grâce à la disponibilité des soignants et à leur façon d'accueillir le patient à son rythme, de façon très périphérique parfois, puis progressivement plus active, en tous cas ajustée aux défenses anti objectales mises en place de longue date par ce dernier et qu'il ne s'agit pas de bousculer.

Ainsi, grâce à la persévérance des soignants, qui continuent, à tour de rôle parfois, d'aller au contact, le patient pourra-t-il sortir

de son marasme.

2.2 - Relancer les investissements

- Accompagner le balancement entre investissements narcissiques et investissements objectaux. En effet, l'apprivoisement du patient par les soignants aidant, l'investissement objectal prend consistance et risque de devenir persécutant, ce qui permet à l'agressivité de trouver sa place. Reste à accueillir l'agir et sa destructivité, de façon contenantante, sans vouloir la réduire à tout prix, mais en sachant préserver l'institution toutefois. L'équipe et sa diversité permettra de se passer le relais, en se distinguant les uns des autres, pour supporter les attaques destructrices.

C'est ce qui représente la diffraction du transfert, sa dilution, et qui permet d'en atténuer la force ou l'impact, qu'il soit positif ou négatif, en le répartissant sur des soignants différents.

- Favoriser la constitution d'un espace tiers, intermédiaire ou transitionnel au sens de Winnicott, espace qui fait souvent défaut chez les sujets psychotiques et dans lequel le patient pourra donc faire ses propres expériences, à cheval entre le registre narcissique et le registre objectal. Un espace capable de subir les attaques sans être détruit.

- Favoriser la constitution d'un pare-excitation plus contenant, moins poreux. Ce filtre fait lui aussi défaut chez les patients psychotiques chez lesquels toute excitation extérieure risque d'être effractante. L'institution devra donc constituer un cadre contenant, fiable et protecteur qui fera office de pare-excitation.

- Un écueil dans lequel il nous faut veiller continuellement à ne pas tomber, c'est celui de la « prise en charge ». Azoulay a noté

combien ce terme de « prise en charge » est pernicieux et à éviter, car il évince le patient de toute responsabilité dans ses soins, de toute implication. Cela peut être tout à fait tentant pour lui, compte-tenu de sa demande implicite de dépendance absolue, qui répondrait en outre à notre besoin de maîtrise en tant que soignant.

Il nous faut donc garder continuellement en tête, pour chaque patient et pour chaque traitement, de ne pas être trop paternaliste ou trop maternel, afin que le patient soit davantage sujet et progressivement acteur de ses soins.

En effet, ce dernier vient d'abord pour « **être** soigné » et tout l'enjeu de notre travail sera de l'amener progressivement à penser son accueil à l'HDJ comme un temps et un espace où il vient pour « **se** soigner ».

2.3- Lutter contre l'emprise et la séduction narcissique

La séduction narcissique est ce concept élaboré par Racamier dans ses travaux sur l'incestuel. Cela désigne cette illusion vécue par le soignant d'être là, tout puissant, pour sauver le malade. Cette illusion est tout à fait utile pour investir des patients difficiles, mais nous devons nous en méfier aussi, car nous risquerions d'enfermer le patient sous notre emprise, en l'infantilisant par exemple.

- Instauration d'une dynamique dans le travail soignant, en petit groupe autour du patient. Chacun, comme « ambassadeur de la réalité » peut devenir un support d'identification pour le patient. Les soignants représentent des supports variés, différenciés, du fait de la singularité de chacun. Le travail est organisé de manière

triangulaire : autour de chaque patient : un soignant référent et un médecin, ce qui permet l'exigence d'un « triple regard » (patient, soignant, médecin). A l'échelle de l'institution, le même modèle s'applique : le triple regard est constitué de celui de l'équipe, de celui de l'encadrement (médecins, cadres de santé), et de celui du personnage tiers, incarné par le psychanalyste. Ce triple regard est bien-sûr également enrichi par l'ouverture et les liens avec les autres lieux de soins qui prennent en charge le patient. On retrouve là le modèle de la « petite unité fonctionnelle », que décrit Josiane Chambrier dans son article, issu du livre de Jacques Azoulay. C'est un modèle triangulaire pour sortir du piège de la relation duelle, trop vulnérable à la séduction narcissique, à l'emprise, et à la destructivité psychotiques.

Jacques Azoulay soulignait ce risque, celui d'être dans une « *compréhension complice de la dépendance et de la destructivité du patient* » ; ce que soulignait Diatkine dans les mêmes années, avec ces mots : « *tant que l'on n'a pas renoncé à l'ambition de soigner, on risque toujours d'en vouloir à ceux qui ne se laissent pas guérir.* »

Dans ce sens, nous devons garder du recul vis à vis de notre désir propre de réadaptation sociale et de cette visée éducative qui correspond à l'idéal du moi du soignant, l'idée étant qu'il ne s'agit pas de réapprendre au schizophrène à penser ou à agir, mais à lui donner la possibilité de retrouver des plaisirs perdus.

2.4- Mettre une butée à la destructivité

- Opposer un **non** inébranlable à la destructivité des patients. Avec l'idée de savoir accueillir les mouvements projectifs sans toutefois laisser entamer la bonne santé de l'institution et de ses

soignants. L'agressivité destructrice doit être « réprimée » pour maintenir le lien. L'attaque du cadre de soins ne doit pas être tolérée.

Le « non » des soignants qui contient de la vie, est à distinguer du « non » des patients qui contient les attaques destructrices.

- On pourra ainsi mettre en place ce que Racamier nomme les « actions parlantes » qui consistent à transformer un « agir » qui tait, en une « action » qui parle, une action porteuse de sens. Par exemple, instaurer un genre de cagnotte, dans laquelle les patients qui dégradent un objet utile à l'institution, puissent verser une petite somme d'argent, symbolique qui au bout d'un temps, profitera à tous. Cela permet au patient d'entendre les limites du cadre et de traiter aussi sa culpabilité en soignant l'institution qu'il a lui-même abîmée.

Ainsi, l'HDJ devient-il thérapeutique, pour cette « navigation au long cours » auprès de ces patients, qu'ils soient du côté de la « psychose stagnante » ou bien du côté de la « psychose torrentielle » selon les termes imagés mais signifiants de Paulette Letarte, autre illustre psychiatre psychanalyste récemment « célébrée » lors d'un colloque en son hommage.

En référence à ce que cette dernière nous a légués, gardons en tête que tous ces outils nous permettront de travailler avec un peu plus de plaisir que de déplaisir, que ce soit pour le patient ou pour le soignant, car c'est le plaisir qui permet la créativité et le maintien de la relation.

Nelly va maintenant illustrer notre propos en évoquant plus concrètement en quoi consiste son travail de psychanalyste à

l'hôpital de jour.

3-L'écoute analytique à l'hôpital de jour de l'ASM13 : illustrations cliniques

Je travaille à l'HDJ 2 demi-journées par semaine, en tant que psychanalyste, sans intervenir directement dans les soins des patients.

Mon rôle consiste en 2 types d'écoute analytique : l'écoute analytique des patients et l'écoute analytique de l'équipe soignante.

L'écoute analytique des patients

Nous proposons aux patients des entretiens d'investigation ou d'exploration psychanalytique ponctuels avec moi. Soit au moment de l'admission à l'HDJ ; soit à l'occasion d'un événement important dans la vie du patient soit à l'occasion d'une décompensation psychiatrique aiguë.

Je fais alors la connaissance du patient, en général sans information clinique préalable afin de me libérer de tout a priori clinique, biographique, ou anamnestique.

N'étant pas impliquée dans la prescription du traitement ou des hospitalisations, il s'agit d'un entretien dont la seule finalité est de mettre en place une écoute neutre propice au développement d'un dévoilement personnel du patient. Une écoute du matériel inconscient : c'est-à-dire de ce que le sujet ne sait pas qu'il énonce.

Dans la tranquillité de cette exploration psychanalytique où on

prend le temps, où l'enjeu est la rencontre et la découverte du sujet qui se cache derrière le patient, l'attention aux associations libres, aux lapsus, aux souvenirs familiaux lointains, permettent régulièrement d'en apprendre davantage sur l'histoire du patient et les soubassements du déclenchement de ses troubles. Je partage ensuite mes impressions, ressentis contre-transférentiels, et autres observations cliniques avec l'équipe dans son ensemble, et nous réfléchissons les soins sur la base de ces échanges interdisciplinaires. Ce type d'échanges interdisciplinaires au sein d'une même équipe est parfois appelé « réunion d'intervision », réunion de synthèse, réunion clinique..., etc. Le terme d'intervision est néanmoins intéressant dans la mesure où il souligne l'importance de ces visions multiples, différenciées, et dont seul le croisement dans le respect des différences permet d'avancer dans l'élaboration de la compréhension du fonctionnement du patient et dans l'élaboration de modalités thérapeutiques ajustées et en perpétuel ajustement.

L'écoute analytique de l'équipe

Nous avons instauré des temps de réunions réservées à l'équipe soignante, afin de préserver un espace de réflexion sur les pratiques. C'est ainsi que j'anime des réunions d'élaboration autour des médiations thérapeutiques, et des réunions d'analyse des pratiques. Ces réunions ne doivent cependant pas constituer une bulle fermée, intimiste et clivante : le cadre de santé de l'institution y est donc convié et y participe activement. Et si une réunion débouche sur une prise de conscience d'un fait clinique et/ou institutionnel important à prendre en compte, ce fait sera évoqué lors d'une prochaine réunion clinique ou d'équipe plus élargie avec les médecins du service pour être repris à l'échelle

institutionnelle.

Les réunions d'élaboration autour des médiations thérapeutiques.

Les médiations thérapeutiques sont un des outils privilégiés du soin à l'HDJ, et plus largement elles sont un des pivots thérapeutiques au sein des psychothérapies institutionnelles. Il s'agit d'ateliers où un médium est utilisé pour favoriser la relation entre soignants et soignés : par exemple la terre dans un atelier de modelage ; la peinture dans un atelier art plastique, l'écriture, dans un atelier d'écriture, les images, dans un atelier de photolangage... Etc La liste est infinie.

En général il s'agit d'une pratique groupale : un groupe de patients y participe. Les soignants les animent parfois seuls, mais le plus souvent en binôme. Pour qu'une telle pratique prenne une dimension à proprement parler thérapeutique, c'est-à-dire pas seulement une dimension occupationnelle ou récréative, il est nécessaire de prendre le temps de penser le dispositif groupal à médiation et de pouvoir parler de ce qui s'y joue dans un espace de type supervision. Ainsi, une « écoute de l'écoute » permet de décoder les agirs des patients, de repérer les répétitions mortifères en action, mais aussi de mettre en lumière les remarquables éclairages cliniques que ces ateliers révèlent.

Les patients y « parlent » en effet d'eux-mêmes indirectement, sans s'en rendre compte le plus souvent, à la manière d'un enfant qui dessine lors d'une séance de psychothérapie, et jette sur le papier les choses qui le traversent.

Le psychanalyste qui anime ces réunions joue là encore un rôle de tiers : il est à l'abri des projections directes des patients car il est

extérieur à l'atelier de médiation et ne fait qu'en écouter le récit. Ce qui lui permet de veiller à ce que l'équipe se préserve des écueils de toute relation thérapeutique : ceux qui consistent à devenir une « mère trop bonne » ou « une mère insuffisamment bonne » pour reprendre l'expression de Winnicott qui avait observé qu'une mère devait être « suffisamment bonne », ni trop, ni trop peu.

Je cite « Le psychanalyste sans divan » : Il s'agit donc de préserver une relation thérapeutique faite de :

- Tolérance sans masochisme
- Présence sans complaisance
- Fermeté sans fausse prestance
- Acceptation et utilisation contrôlée des réactions affectives personnelles
- Curiosité sans impatience ni intrusivité

Les réunions d'analyse des pratiques

L'enjeu est le même : écoute de l'écoute des soignants.

Le plus souvent, au sein de ces réunions, les soignants parlent spontanément soit des difficultés qu'ils rencontrent vis à vis de certains patients, soit de celles qu'ils rencontrent vis à vis des collègues ou de l'institution. Ce qui revient en général au même, encore faut-il le « décrypter »... ! Il s'agit en réalité d'écouter les éprouvés contre-transférentiels des soignants. En effet, c'est le travail d'élaboration en commun de ces éprouvés contre-transférentiels qui permettent de différencier ce qui revient à l'équation personnelle du soignant, de ce qui revient au fonctionnement psychique du patient. Car dans la psychose, on

assiste souvent à des mécanismes « d'évacuation » des angoisses et autres sensations terrifiantes (morcellement, anéantissement, pénétration par et dans l'autre...etc). Être en contact avec des patients psychotiques expose donc à des vécus dépersonnalisants, anxiogènes, à une difficulté à penser...etc

Et tous ces éprouvés demandent à être partagés pour être « détoxifiés » (au sens de la fonction Alpha décrite par Bion) et élaborés.

Cela permet plusieurs choses :

- De redonner du sens à ce que vivent les soignants
- De se dégager d'éventuels mouvements d'emprise réciproque, d'éviter d'adopter « machinalement » des contre-attitudes anti-thérapeutiques et délétères (trop grand rapproché ou au contraire rejet vis à vis du patient)
- D'éclairer la clinique du patient : le contre-transfert du soignant, une fois élaboré, met en lumière les éprouvés du patient, comme je l'ai indiqué précédemment.
- D'éviter les clivages au sein de l'équipe soignante : en effet, il est habituel que les soignants ne ressentent pas la même chose vis à vis d'un même patient. Un collègue éprouve une forte empathie, tandis qu'un autre ne supporte plus le patient, tandis qu'un autre encore en a peur. La psyché morcelée des patients expulse ainsi, sous l'effet du clivage, ses différents aspects en différents endroits. De tels clivages intrapsychiques chez les patients génèrent en général très rapidement des clivages au sein des équipes soignantes. Seule la mise en commun de tous ces éprouvés, dans le respect du ressenti de chacun, permet un essai de « reconstitution » du fonctionnement du patient et un dépassement des inévitables conflits et autres rivalités qui

risqueraient d'annihiler l'équipe et le soin.

Un exemple clinique :

M. X est un patient d'une quarantaine d'années qui suscite régulièrement un sentiment d'exaspération et d'oppression au sein de l'équipe. C'est un patient qui présente une schizophrénie paranoïde, avec une labilité émotionnelle intense, et une grande dépendance à son entourage familial qui se rejoue bien entendu à l'hôpital de jour. Il a vécu pendant des années en alternant quelques jours par semaine à son domicile et quelques jours dans un de nos foyers de post-cure (ce que nous appelons une prise en charge séquentielle), tant il était nécessaire de multiplier les lieux de soin pour échapper à son emprise et à son adhésivité, et tant il nécessitait un étayage conséquent au quotidien. Il vit maintenant chez lui, mais très soutenu par sa famille, au sein de laquelle il passe beaucoup de vacances ou de week-ends. Malgré cela, M. X reste souvent « adhésif », « collant », sollicitant les soignants de manière répétée pour tout et n'importe quoi. Il peut se montrer tyrannique et parfois extrêmement agressif et disqualifiant. Il y a un mois, son médecin généraliste lui a prescrit une coloscopie. La tension monte les jours précédant l'examen et les demandes du patient se font plus nombreuses. La veille de l'examen, il passera la journée à poser mille et une questions aux infirmières de l'équipe au sujet de sa coloscopie du lendemain et ce de manière incessante et impérieuse. Le soir même a lieu notre réunion mensuelle d'analyse des pratiques. Comme toujours, je demande à l'équipe s'il y a un sujet qui pose problème et qu'elle souhaiterait évoquer. Une infirmière, Charlotte (les prénoms sont fictifs) prend la parole : « Alors là, moi, M. X, je n'en peux plus ! Ce n'est plus possible ! Et Marina, je trouve que tu as été très patiente avec lui.

Il a posé les mêmes questions toute la journée. Je lui ai répondu ce matin, je ne comprends pas comment tu as pu continuer à lui répondre cet après-midi... Il le fait exprès, il nous provoque, il veut juste nous accaparer, je n'en peux plus c'est insupportable ! » Marina reprend en disant qu'elle ne s'est pas sentie agressée par le patient, et qu'au contraire, elle a senti M. X authentiquement angoissé ; que d'ailleurs il a posé des questions toutes différentes les unes des autres, et qu'elle a eu l'impression qu'il avait vraiment besoin de réponses et d'être accueilli et contenu. Charlotte fait la moue : « je n'y crois pas trop, il a vraiment exagéré, il sait ce qu'il fait ! ». Une 3^e collègue, Lucie, ergothérapeute, prend la parole : elle ressent de la colère car elle a l'impression que Charlotte sous-entend que si on est à l'écoute d'un patient, on n'est pas thérapeutique, et que seul le recadrage du patient serait la bonne attitude soignante à adopter. Elle aimerait qu'on se dise clairement les choses car elle ne peut pas concevoir son travail sous le seul angle des limites à poser aux patients. Je reprends ces éléments pour formuler l'hypothèse que nous sommes ici confrontés au clivage du patient. Une de ses parties est authentiquement angoissée par l'examen du lendemain : pour un patient souffrant de schizophrénie paranoïde, un examen aussi invasif peut générer des angoisses de mort, de morcellement, d'empoisonnement, d'invasion tant les limites dedans-dehors sont floues et instables. C'est à cette partie qu'a été sensible Marina, sans doute sous l'effet d'un phénomène d'identification projective. Une autre partie est en rage contre cet acte médical à venir et qu'elle ne maîtrise pas, c'est une partie envieuse de la bonne santé et de la sérénité des soignants, avide de leur attention, et qui ne supporte pas que cette attention soignante puisse être dirigée sur quoi que ce soit d'autre que lui. C'est sans doute cette partie qui a envahi Charlotte et l'a attaquée

: pas seulement en l'accaparant et en l'inondant de demandes, mais plus profondément par les mécanismes expulsifs de l'identification projective. Charlotte s'est sentie envahie toute la journée, en difficulté pour penser, pour se concentrer sur autre chose, même quand M. X s'adressait à Marina. M. X avait sans doute expulsé en elle la partie de lui qui hurlait comme un nouveau-né qui a faim, froid, peur..., etc., et exigeait un objet d'étayage permanent pour accueillir sa rage. Je reprends la question que pose Lucie : c'est quoi, une attitude thérapeutique ? Eh bien ce n'est pas toujours la même chose. Cela dépend des moments, des circonstances, et cela commence par analyser ce que l'on ressent en tant que soignant, pour faire la part des choses entre ce qui vient du patient, et ce qui vient de nous. Afin de discerner la demande sous-jacente du patient, et d'y répondre de façon ajustée. Ainsi sera-t-il légitime d'écouter ses questions, qui sont l'expression d'angoisses archaïques, et de tenter d'y répondre sur leurs deux niveaux : manifeste (détails du déroulé de l'examen et de sa préparation), et sous-jacent (angoisses personnelles liées à son histoire et à ses fragilités, et non à l'examen lui-même), sinon les questions continueront faute d'avoir obtenu une réponse adéquate. Et parfois il sera légitime et thérapeutique de poser une limite aux insistances du patient si on sent qu'elles sont l'expression de sa destructivité et d'une attaque de ses objets d'étayage : les soignants et l'hôpital de jour en l'occurrence. Être « une mère suffisamment bonne », c'est un peu ça, y compris dans la « vraie vie » : parfois répondre urgemment à un besoin impérieux du bébé ou du petit enfant, et parfois, différer, poser des limites. Il n'y a pas de « bonne attitude » en soi : c'est un ajustement permanent, et c'est à cela que servent ces réunions, à redonner du sens à cette multiplicité de regards, de ressentis, de décisions, dans le respect de chacun.

Un autre exemple plus institutionnel celui-ci, décrit par Pascale :

Une ergothérapeute arrivée récemment dans le service a eu l'idée de mettre en place un nouvel atelier, en fin de journée le vendredi, où il s'agirait pour les patients de se dire au revoir avant le week-end, sur le même modèle que le temps d'accueil, qui existe déjà le lundi matin, est celui où l'on se dit bonjour.

Je le décris de façon tout à fait simpliste, mais il est bien évident que la concrétude de ce moment condense implicitement tout un tas de subtilités sur le travail de la séparation, celui de la dépendance, de l'absence à venir etc, ce dont nous avons déjà parlé.

L'atelier se mettant en place, il a été à plusieurs reprises agrémenté par la distribution d'un gâteau fait le matin-même dans un atelier pâtisserie un jour, d'un goûter pour fêter le départ d'un soignant une autre fois. Tant et si bien que cet espace a été associé à un moment de rassemblement et de partage de nourriture qui en ravissait plus d'un, que ce soit du côté des patients ou du côté des soignants. C'était chaleureux, convivial, réconfortant, consolant avant de se séparer. D'ailleurs, un certain nombre de patients du CATTP mitoyen, revenaient et s'incrustaient uniquement pour « manger le gâteau ».

Évidemment, il était devenu impossible de parler de la séparation, dans un mouvement défensif d'évitement bien sûr, grâce ou plutôt à cause de cette avidité orale, qui venait combler, par anticipation, ce qui allait manquer dans les deux jours à venir.

Ce moment régressif, réparateur dans un premier temps, avait son lot de désagréments, heureusement... En effet, l'ergothérapeute

perdait un certain temps à faire le thé, à servir chacun, puis il fallait ranger, nettoyer etc. Elle s'est peu à peu sentie débordée et dépossédée de son espace d'élaboration. Cela aurait pu être très gratifiant de voir tous ces patients se précipiter pour son nouvel atelier, cette présence en nombre étant inhabituelle à ce moment de la semaine. Mais elle ne s'en est pas réjoui. Elle s'est au contraire sentie mal à l'aise avec ce « succès ». Le cadre qu'elle avait imaginé risquait d'être perverti, voire attaqué par cette mise en acte orale. Nous avons donc rapidement évoqué cela en réunion. Chacun exposait son point de vue, d'aucuns trouvant le moment agréable, ne comprenant pas ce pourquoi il faudrait se priver de ce genre de plaisir partagé, mais d'autres voyaient qu'on était dépassé par ce « pseudo succès ». Sous couvert de la difficulté à pouvoir « offrir » concrètement chaque vendredi un gâteau, nous avons pu nous poser un certain nombre de questions et ainsi pointer les risques de ce changement de cap dans l'atelier :

- Pourquoi avoir besoin de consoler les patients avant de les laisser partir ?
- Pourquoi avoir besoin de se reconforter ?
- Peut-on s'autoriser, en tant que soignant, à être heureux d'être en week-end, à être soulagé de quitter les patients ?
- Que doit-on faire pour contre investir ce mouvement de rejet ?
- Les patients eux-mêmes profitent-ils de ce moment de partage convivial ou bien chacun est-il dans son coin à dévorer goulûment son gâteau ?
- Allons-nous grâce à cela, partir plus tranquillement chacun chez soi ? Et pourquoi ?
- Et dans tout ça, quand est-ce qu'on parle de la séparation ?

Nous avons dû, à nouveau, nous rappeler les risques de la régression à la dépendance, les risques de l'inséparabilité, et ceux de l'agir, que nous risquions d'induire nous-mêmes par cet empressement à être dans le « trop bon », dans le maternage, et non plus dans l'apprentissage de l'autonomie. Et c'est bien parce que nous étions adossés à notre pensée psychanalytique que nous avons pu faire émerger ces questions.

Nous avons donc ajusté les modalités de cet atelier, dans lequel le goûter ne serait pas associé systématiquement, pour redonner une place au verbe, à la parole, à l'énoncé de l'affect si possible, ou juste au silence, mais en tous cas avec l'idée qu'il valait mieux un vide et la figuration du psychique, plutôt que le comblement par l'oralité, quitte à ce que certains s'en plaignent. Et si, exceptionnellement, nous devions partager un gâteau, il n'en serait que meilleur pour chacun.

Conclusion

Nous avons essayé de vous montrer comment notre travail articule l'approche psychanalytique et le soin psychiatrique. Bien sûr, notre exposé n'est pas exhaustif et nous pourrions continuer à développer d'autres exemples de collaboration entre psychanalystes et psychiatres. Notre institution, l'ASM13 en organise d'autres. Ici-même, à l'hôpital Sainte Anne, il existe également des synergies entre psychanalyse et psychiatrie. Et au vu de la complexité des pathologies psychiatriques, on ne peut que prôner une approche pluridisciplinaire encore plus large, qui allie les approches psychanalytiques, neuro-biologiques, systémiques, neuro-cognitives, médicamenteuses...etc La psychiatrie ne peut se suffire à elle-même, comme la psychanalyse ne peut survivre, pour le traitement des psychoses, sans le recours à la psychiatrie.

Conférences de la SPP à Sainte-Anne, lundi 9 Mars 2020

Bibliographie

Le psychanalyste sans divan, sous la direction de Paul-Claude Racamier, René Diatkine, Serge Lebovici. Éditions Payot ; 1970

Le besoin d'asile, sous la direction de Vassilis Kapsambelis. Editions Doin ; 2011

La psychothérapie institutionnelle : histoire et actualité. Joseph Mornet, Champ Social Édition, 2007.

Évaluer les psychoses avec la COP13I. Victor Souffir, Serge Gauthier, Bernard Odier. Éditions Dunod, 2011.

Jacques Azoulay. Textes fondateurs. L'engagement d'un psychiatre-analyste. Textes introduits par Josiane Chambrier-Slama, Dominique Deyon, Serge Gauthier, Bernard Odier, Victor Souffir, Editions In Press, 2016.

La mère suffisamment bonne. D.W. Winnicott, Éditions Payot, 2006.

Pour soigner l'enfant autiste. J. Hochmann, Éditions Odile Jacob, 2013.

Une théorie de l'activité de pensée, W.R Bion, 1964, in : *Réflexion faite*, Bibliothèque de Psychanalyse, PUF, 2017.