

Le psychiatre-analyste en institution

Auteur(s) : Jacques Azoulay

Mots clés : équipe soignante - étayage - institution de soins psychiatriques - Paumelle (Philippe) - psychanalyse en institution - psychose(s) - psychothérapie institutionnelle - Racamier (P.-C.) - symbolisation - transfert (en institution)

Le psychiatre-analyste en institution ou la psychothérapie institutionnelle aujourd'hui

- **Historique**
- **Importance des psychothérapies institutionnelles**
- **Principales orientations théoriques**
- **Échanges psychiques mis en jeu**
- **Problème des transferts**
- **Bibliographie**

Historique

La notion de psychothérapie institutionnelle est apparue en France dans l'immédiat après-guerre, à travers la nécessité de transformer les anciens *asiles d'aliénés*, dénommés *hôpitaux*

psychiatriques en 1938, en instruments de soins authentiques.

La démarche est inaugurée par Tosquelles, Balvet, Bonnafé pendant la guerre. Daumezon et Koeklin officialisent le terme en 1952, désignant des expériences de plus en plus variées, voire divergentes. Un dénominateur commun subsiste : la référence à la psychanalyse et aux thérapies de groupe, et pour certains, l'importance donnée aux aspects sociologiques, voire politiques.

Le mouvement se poursuit pour répondre aux nécessités du traitement des psychoses graves, et en particulier des états schizophréniques. Mais il s'adresse aussi à un certain nombre d'états limites dans des moments critiques de leur parcours.

Dans les années 1960-1970, on peut opposer les travaux du groupe de la « *Psychothérapie Institutionnelle* » (Tosquelles, Oury, etc), d'inspiration surtout lacanienne, et la notion de « *Soins Institutionnels* » (Racamier), complémentaires du traitement psychanalytique individuel.

Les expériences de psychothérapie institutionnelle se veulent aujourd'hui plus modestes ou plus réfléchies. Mais l'importance de l'aspect institutionnel du traitement global des psychoses s'affirme, compte tenu des déceptions que les psychothérapies individuelles des états psychotiques graves ont provoquées.

Ainsi s'élabore peu à peu, dans chaque institution particulière, en s'appuyant sur des données largement convergentes, une possibilité de tirer partie dans un sens dynamique, des échanges de la vie quotidienne, dans tous les lieux où des soignants psychiatriques et des thérapeutes accueillent des malades mentaux.

L'importance des psychothérapies institutionnelles

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

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

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

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

Au delà de l'étayage, l'observation du comportement, de la projection dans les situations concrètes, dans les personnes et dans les choses, peut réanimer ce qu'on peut penser du patient et avec lui. Une activité en commun, un jeu à plusieurs, ou la nécessité d'affronter une situation plus critique, ne constituent pas seulement un moment d'interaction qui va rester ponctuel : ces situations vont donner source à récit, élaboration et connaissance, relançant l'investissement du patient par autrui en même temps que son propre sentiment d'existence.

Ce qui va appeler la proposition de traitement institutionnel c'est le débordement dans le réel du fonctionnement psychique : trouble extériorisé dans le monde social, plutôt que plainte concernant la vie psychique ; et aussi incurie, apragmatisme, attitude démissionnaire vis à vis de soi-même.

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

Les principales orientations théoriques des psychothérapies institutionnelles

1. Le groupe de la Psychothérapie

Institutionnelle

D'inspiration lacanienne, très vivant et actif, il essaime dans de nombreux secteurs psychiatriques, autour en particulier de Jean Oury à la Clinique de La Borde.

Dans ce courant, l'analyse du « *contre-transfert institutionnel* » est primordiale. La psychanalyse de l'institution est possible dans la mesure où la parole peut être libre, où les conflits sont analysés dans des lieux spécifiques analyseurs de la « *demande.*» La multiplication de ces analyseurs permet une « *écoute analytique collective.*» Ainsi l'institution n'est pas une chose, mais dans une certaine mesure langage (Tosquelles). « *L'institutionnalisation infiltre la fonction d'accueil. Il s'agit d'essayer de rétablir un système vivant, une existence où il y ait des évènements* » (Oury).

2. Le soin institutionnel de Racamier

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

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

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

3. Expérience de Villeurbanne (Sassolas, Hochman)

Ici l'institution est centrée sur le client, avec des dispositifs institutionnels spécifiques :

- maison d'accueil psychothérapique, lieu de vie temporaire pour des courts séjours de un à cinq patients, du lundi matin au samedi midi, répondant aux situations de crise ;
- lieu de vie pour un nombre réduit de patients qui rencontrent régulièrement des interlocuteurs institutionnels ne travaillant pas directement dans ce lieu de vie. Ces derniers interviennent sur les aléas ou les crises de la vie institutionnelle, sans parti pris interprétatif faisant intervenir l'historicité du patient. Celle-ci est par contre prise en compte dans un groupe thérapeutique individuel à travers les échanges verbaux.

Ces échanges réguliers situent les aléas de la vie quotidienne dans « *une perspective qui privilégie l'élaboration des conflits plutôt que leur résolution autoritaire, la recherche du sens des attitudes déviantes plutôt que leur déni ou leur répression* » (Sassolas).

Dans cette « institution mentale » (Hochman), le soin psychiatrique est un « *acte symbolique parlé* ». C'est une activité intellectuelle qui cherche à réconcilier le patient avec sa pensée vécue comme une persécution interne.

L'activité de pensée du soignant évoque l'analogie avec la « *capacité de rêverie de la mère* » (Bion).

4. L'expérience de Genève

Elle a inspiré un ouvrage important : *Psychose et changement* (René Diatkine et collaborateurs).

Elle repose sur l'articulation d'un groupe thérapeutique et de petites institutions. Critiquant l'institution en tant que collectivité de patients, il s'agit encore d'une psychothérapie institutionnelle en tant que c'est un traitement à plusieurs. L'instrument thérapeutique de référence est un réseau de thérapeutes, dans un abord le plus possible individualisé.

On propose au patient des relations avec des personnes qu'il connaît bien. On maintient ainsi une interaction vivante dans des rencontres successives, ouvertes à des nouveautés et à des surprises. Ces relations individuelles sont articulées entre elles dans un ensemble cohérent d'où peuvent se dégager des idées nouvelles sur ce que le patient vit et exprime avec chacun des intervenants.

5. Réseau d'institutions diversifiées dans le 13^e arrondissement de Paris

Largement influencée par Philippe Paumelle, son fondateur, et aussi par Racamier et René Diatkine, cette première expérience de la Psychiatrie de Secteur a développé un réseau d'institutions spécifiques.

L'équipe de secteur (médecin, assistante sociale, infirmière) suit ponctuellement ou au long cours une cohorte de malades (ce n'est donc pas ici une institution « *centrée sur le client* »), mais sa perspective est individualisante.

L'hospitalisation reste importante dans sa fonction d'accueil et de traitement de la crise, et aussi dans sa capacité à favoriser les conditions d'un traitement possible.

L'hôpital de jour a également un rôle important dans sa capacité d'accueil et d'ouverture pour favoriser à plus ou moins long terme des équilibres plus viables.

Un centre psychothérapique et psychanalytique (Jean et Evelyne Kestemberg) accueille des patients qui consultent directement. D'autres sont adressés par une des équipes psychiatriques, organisant la possibilité d'un traitement bifocal.

Essai de compréhension des échanges psychiques mis en jeu

dans les psychothérapies institutionnelles

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

1. La validité du point de vue psychanalytique

Tous les auteurs soulèvent le problème méthodologique de l'utilisation de concepts analytiques pour étudier les phénomènes individuels et collectifs surgissant dans l'institution. Ils reconnaissent aussi les difficultés que provoque souvent la présence d'un psychanalyste trop séparé des événements de la vie quotidienne, ou au contraire trop inscrit dans les échanges intenses ou massifs qui marquent la vie de l'institution.

Pourtant Raymond Cahn en propose une justification convaincante. Il prend en compte l'hypothèse de « *la contingence des multiples éléments de réalité et de leurs infinies variantes, par rapport au poids de la nécessité, inhérente au mode de fonctionnement psychotique : quelque soit la multiplicité des situations et des rencontres, il revêtira une allure, une dimension, un aspect spécifique selon les lignes de force qui immanquablement se dégageront plus ou moins rapidement au sein de cette multiplicité et de cette diversité du tissu institutionnel et de ses paramètres.* »

C'est le regard, l'écoute, le mode de relation entre tous ses

membres et vis à vis de tout ce qui s'y joue, qui caractérisent les expériences basées sur « *l'intelligence psychanalytique* » des phénomènes.

Dans cette démarche, il faut souligner le rôle essentiel de l'activité théorisante qui encadre les échanges, de l'Institution Mentale au sens de Hochman.

2. L'apport narcissique et les investissements objectaux

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

a. L'étayage institutionnel

Dans l'institution on peut constater des investissements régressifs, de type narcissique qui se portent éventuellement sur l'instance institutionnelle prise comme un tout indifférencié, et qui prévaut sur l'investissement des personnes. C'est un aspect de ce qu'on a appelé « *Transfert diffus* » (M. Sweich). C'est tout le risque des installations au long cours, et l'on doit réfléchir au jeu dynamique entre l'acceptation nécessaire des positions régressives et l'accompagnement attentif des mouvements évolutifs.

Le patient se sent l'objet d'un investissement suffisamment continu, qui contient sa tendance à la fragmentation.

Parfois le début du réinvestissement du monde consiste dans une activité effectuée seul au milieu des autres, ou dans une présence en retrait, silencieuse, à la périphérie ou en orbite d'un groupe plus vivant. L'étayage contient toute une vie pulsionnelle qui n'est pas interprétée comme telle, et qui est surtout vécue dans l'être avec, le faire avec.

b. Investissements narcissiques et objectaux

À un degré de plus, des investissements libidinaux ou agressifs peuvent se mobiliser. Ils peuvent définir une situation de rencontre vraie. Quelquefois on s'aperçoit qu'un événement passé inaperçu a fait trace : c'est un des éléments d'une histoire partagée qui se construit.

La projection des composants clivés du sujet psychotique dans l'espace psychique des thérapeutes fonctionnant comme « hôtes », définit ce que l'on peut appeler un transfert institutionnel, selon différentes modalités d'investissement de type narcissique ou objectal. Ils ont une dimension plus objectale quand l'objet interne n'est pas uniquement et fortement persécuteur, l'espace thérapeutique prenant alors la valeur d'un espace transitionnel. Quand l'objet interne est plus globalement persécuteur, la fragmentation psychique est plus marquée (Raymond Cahn). Souvent, on constate des fantasmes induits chez les soignants ou thérapeutes : fantasmes de vidange, ou d'invasion, ou de réduction à l'absurde. Ces fantasmes, s'ils sont insuffisamment élaborés, peuvent provoquer des réactions de fuite, ou au contraire « *d'activisme psychanalytique.* »

Les projections clivées chez différents thérapeutes provoquent des phénomènes de « *scission institutionnelle* » (Woodbury).

c. Le travail sur la répétition : levée du déni et mouvements de réunification

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

On peut alors distinguer deux temps dans ce travail élaboratif :

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

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

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

Les situations de débordement et toutes les attaques contre le cadre ont été reconnues dans toutes les expériences institutionnelles. La crise est un moment où la rupture de l'équilibre défensif entraîne des décharges pulsionnelles plus ou

moins intenses. La survenue de crises dans le traitement, dans un parcours plus ou moins orageux, traduit parfois l'instauration d'un engagement plus réciproque dans le traitement quand la crise a pu être élaborée.

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

Problème des transferts

1. Thérapeutes et soignants

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

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

leur focalisation sur le directeur de jeu.

2. Transferts et évolution

On peut observer différents temps transférentiels qui habituellement se chevauchent.

- L'investissement narcissique d'objet : le patient mobilise par exemple chez tel ou tel soignant une séduction narcissique (Racamier), dont il est difficile de se déprendre sans l'intervention des autres membres de l'équipe.
- Les premières émergences objectales passent souvent par un investissement sado-masochique, première façon d'intégrer la destructivité. L'équipe doit être expérimentée pour repérer et contenir ces mouvements agressifs sans les réduire à tout prix (médicaments à grosses doses, enfermement ou exclusion).
- Les mouvements clivés de séduction d'une part, sado-masochiques d'autre part, s'adressent à différents intervenants, tendant à faire exploser l'institution.

C'est dans ces moments que l'institution doit fonctionner comme un « *appareil de soins* », et où il ne s'agit pas de se référer à l'attitude d'un seul.

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

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

thérapeutique.

Bibliographie

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

Souffir V., Chambrier J., Deyon D., Azoulay J., Gauthier S., *L'Appareil de Soins, une voie de recherche pour les psychanalystes dans le traitement des psychoses*, in : *Revue Française de Psychanalyse*, 1996, vol. 60, n° 2, p. 439-463.