

# L'institution poste-frontière

**Auteur(s) :** Catherine Ducarre

**Mots clés :** clivage - conflictualité - institution psychiatrique -  
réunion soignants-soignés - symptôme

---

Catherine Ducarre,  
Psychologue clinicienne, psychanalyste

On doit échapper à l'alternative du dehors et du dedans :  
il faut être aux frontières.

Michel Foucault. Dits et Ecrits (1984)

## INTRODUCTION

Souvent les institutions psychiatriques sidèrent la pensée, ce qui est un comble puisque cela va à l'encontre de leur tâche primaire. Les représentations et les objets y sont fréquemment clivés. On mentionne souvent l'effet des pathologies accueillies sur le fonctionnement de l'institution mais participe également à ces clivages la nature inévitablement paradoxale du soin psychique en institution : accompagner la régression à la dépendance pour favoriser l'autonomie psychique, encourager une libre parole tout en visant une normalisation du comportement et du rapport aux autres, contraindre parfois pour protéger le sujet contre lui-même. Pathologies du narcissisme, effractions traumatiques, paradoxes, mouvements pulsionnels et défenses groupales du côté des soignants...tout cela génère idéalisation et déni comme mécanisme de défense principal. Il en résulte de multiples clivages, qui se manifestent sous la forme de violents conflits ou au contraire mènent à l'apparence du calme plat, voire de l'encéphalogramme plat.

Or si l'on veut travailler psychanalytiquement en psychiatrie, il faut aider nos patients à trouver un sens à leurs symptômes. Et il faut pouvoir au minimum se figurer ce qui se passe pour les patients dans leur environnement pour les aider à contenir leurs mouvements internes. De la même façon que l'analyse repose sur la névrose de transfert, je défends l'idée que l'institution psychiatrique doit produire de la conflictualité, et la contenir bien sûr. Ni confusion identitaire entre soignants et soignés, ni confrontation dans des agirs violents, un espace frontière qui favorise le jeu entre instances pulsionnelles et interdictrices. Comme le symptôme névrotique qui avait été décrit par Freud comme un « poste-frontière à occupation mixte » entre irruption du refoulé et accomplissement d'exigences du surmoi (1926/1993, p.14), l'institution psychiatrique doit être un lieu d'irruption et de représentation de forces qui s'opposent, plutôt qu'un bastion ou un agglomérat de clans qui reproduisent le clivage psychotique. Il est important il me semble de ne pas perdre de vue que l'institution, pour ne pas risquer de devenir violente, ne peut être un lieu trop tranquille.

À cette fin, je développerai tout particulièrement l'intérêt des réunions soignants-soignés, héritage du mouvement de la thérapie institutionnelle. Souvent expérimentées, souvent délaissées parce que nécessitant un engagement important de la part des équipes et des personnes qui les animent, ces réunions sont pourtant un fort utile catalyseur de conflictualité et le pouls de la vitalité d'une institution.

## SIDÉRATION DANS L'INSTITUTION

Toute institution vise à réguler les liens entre individus, sans quoi ceux-ci ne seraient que rapports de force. Freud écrit dans

Malaise dans la civilisation « Le développement individuel apparaît comme le produit de l'interférence de deux tendances : l'aspiration au bonheur que nous appelons généralement « égoïsme » et l'aspiration à l'union avec les autres membres de la communauté que nous qualifions d' « altruisme » (1929/1971, p.101) ». L'institution est ainsi amenée à incarner fantasmatiquement l'idéal d'un bien commun nous rappelle Enriquez, qui ajoute que la « clameur d'Eros a des chances de mettre les membres de l'institution en état de sidération » (1987/1996, p.63). « Et alors Thanatos se déploie au lieu même où Eros semblait l'emporter » (p.64). C'est-à-dire que pour mieux se rassembler et collaborer, on a besoin de s'identifier à un idéal commun, perçu comme une émanation de soi. Or la désillusion peut surgir, aussi intensément qu'elle était apparue, et alors peuvent advenir le ressentiment, la haine, le désespoir, le narcissisme de mort (Green, 1983), la destructivité à l'égard des autres ou de soi-même. En outre, la nécessité de faire alliance, d'abolir les différences, conduit si l'on n'y prend garde à la projection de l'agressivité sur des boucs émissaires, on y reviendra, mais aussi à l'impossibilité de se questionner, d'évoluer. Dans les institutions psychiatriques, comme dans toute organisation, « les objectifs explicites pour lesquels elles ont été créées risquent toujours de passer au deuxième plan, en mettant au premier la perpétuation de l'organisation en tant que telle » (Bleger, 1971/1996, p. 57). Et la dimension symbiotique propre à l'inconscient groupal fait barrage à la diversité des points de vue. Tout groupe suppose « les mises en latence ou les renoncements à la réalisation directe des buts pulsionnels, les abandons partiels des idéaux personnels, les effacements des limites du Moi et de la singularité des pensées, c'est-à-dire d'une partie de la réalité psychique qui spécifie et différencie chaque sujet » (Kaës, 2005, p.

21). On constate par exemple souvent comment les soignants qui, nouvellement arrivés, faisaient entendre des points de vue différents, rentrent progressivement dans le rang. Aussi, les patients se conforment à ce qu'inconsciemment l'on attend d'eux. Paul Denis pour sa part considère l'institution comme une véritable ogresse (2019). L'institution détient un pouvoir phobogène dit-il, sur laquelle une imago dévorante peut être projetée. D'autre part les relations de pouvoir entre les personnes sont marquées par l'envie. De ce fait dit-il « l'institution peut vous dévorer, en gros, ou vous digérer en détail dans son intérieur » (2019, p.32). Il y a là de quoi freiner bien des ardeurs et figer quelque peu la pensée.

#### CLIVAGE, DÉNI, IDÉAL

Le clivage, nous rappelle Bayle (2012), n'est pas une défense en tant que telle. Il est un résultat, la conséquence du déni et de l'idéalisation. Pour ce qui est des institutions, il s'agit du déni de la violence et du sexuel qui menacent de déliaison la psyché de chacun et le lien entre tous. L'institution psychiatrique est certes un lieu de travail pour certains, avec une organisation, des tâches à accomplir, un salaire. D'une certaine manière, ce n'est pas une famille pour paraphraser l'ouvrage de Gérard Mendel : La société n'est pas une famille (1993). Pour autant, inévitablement, les mouvements imaginaires qui la traversent, amplifiés par la dimension forcément personnelle et effractante du travail de soin psychique, renvoient à la mère toute puissante, au père de la horde, au meurtre et à l'inceste. Cela, ajouté aux ratés des processus de subjectivation et de refoulement des personnes accueillies, entraîne des mécanismes de défense radicaux pour pouvoir continuer à travailler « la tête froide ».

Si le premier énoncé du clivage (Spaltung) par Freud (1894/1973) a d'abord désigné la coexistence de deux réalités dans la psyché, consciente et inconsciente, le terme reparut en 1938 pour qualifier une fracture plus radicale entre deux parties du moi s'excluant mutuellement, une partie de la personnalité tenant compte de la réalité, une autre la niant, faisant ainsi coexister réalité et exigences pulsionnelles de manière paradoxale plutôt que sous la forme d'un compromis. Il en va ainsi du déni de la castration dans la perversion. Dans les institutions, il est très fréquent par exemple qu'on admette avoir des limites tout en se sentant tout puissant et seul dépositaire de la vérité. Ainsi les établissements s'accrochent à des approches théorico-cliniques idéalisées de manière souvent rigide, rejetant ceux qui ne pensent pas et ne font pas pareil. Pas d'évolution possible ni de remise en question possible... jusqu'à ce que ça casse et qu'une crise remette tout en question, brise les idoles du passé. C'est la fable du chêne et du roseau...face aux tempêtes incessantes, les institutions psychiatriques sont plus souvent des chênes que des roseaux.

Le déni d'une partie de la réalité psychique pour garantir la continuité de l'institution se fonde sur un idéal remontant souvent à un passé devenu mythique, dont le deuil est impossible. Par exemple, les institutions peinent parfois à se réinventer après un passé de thérapie institutionnelle, souvent inscrit comme un âge d'or dans la mémoire collective. L'âge d'or est révolu, incorporé plutôt qu'introjecté, c'est-à-dire qu'il n'est plus vraiment une source de pensée vivante, de questionnements. Selon qu'on est pour ou contre, on en garde une image floue, idéalisée ou détestée. Un paradis perdu sans inégalité ni contrainte (gestionnaire entre autres), dans lequel la folie était source de

créativité, où aucune pulsion n'était condamnable. Ou pour ses détracteurs, un chaos effrayant et chronicisant, abolissant les limites entre soignants et soignés, entre normal et pathologique. Le deuil impossible conduit à des mouvements d'impuissance et d'autodépréciation mélancoliques ou alors à des formations réactionnelles qui ne sont pas sans conséquence sur le soin. Les patients sont livrés à eux-mêmes ou au contraire contrôlés dans leurs moindres faits et gestes, les groupes thérapeutiques se raréfient et sont désertés ou bien les activités se multiplient, les parcours de soin sont balisés et il est impossible d'y échapper.

### CLIVAGE, TRANSFERT ET PARADOXES

Particulièrement à l'œuvre dans les pathologies accueillies en établissement psychiatrique (psychoses, états limites, dépressions graves, addictions...), le clivage se reflète dans les institutions par une contagion en-deçà du jeu transféro/contre-transférentiel. Cet appareillage mystérieux a beaucoup été étudié et reste une boussole essentielle du travail clinique en institution, qu'il soit dénommé isomorphie (Kaës, 1976), homologie fonctionnelle (Pinel, 1989), engrènement (Racamier, 1990) ou bien encore induction transférentielle (Penot, 2015). Penot souligne par exemple combien il est difficile de s'entendre entre soignants lorsque l'on travaille avec des adolescents psychotiques. « Des collègues s'entendant plutôt bien jusqu'alors en viennent à se soupçonner mutuellement d'incompétence et même des pires défauts. Cela se donne à percevoir, non pas tant en termes de conflit, mais plutôt en terme d'incompatibilité entre les positions subjectives des uns et des autres avec une remarquable impossibilité pour chacun des soignants impliqués de s'identifier au point de vue de l'autre (partenaire jusqu'alors) ; chacun se sentant assuré de son objectivité professionnelle. » (2015)

Dans le mode de fonctionnement paradoxal du clivage, l'objet peut être à la fois reconnu et nié, adoré et haï dans une violente confusion incestuelle et mortifère. Ainsi, une jeune fille souhaitant mettre fin à ses jours après avoir eu des relations incestueuses avec son frère pendant plusieurs années, mettait l'équipe de l'établissement qui la reçut face à deux réalités inconciliables : son désir et l'horreur de l'acte incestueux. Cela engendrait chez les soignants un sentiment d'impuissance et de nullité (Roussillon, 2002). « Vous voyez, vous ne pouvez rien pour moi » disait-elle. Un psychiatre pensait que cette jeune fille devrait être transférée dans une unité fermée, l'autre qu'elle nous manipulait et qu'elle pourrait tout aussi bien rentrer chez elle. Par ailleurs une relation très forte s'était nouée avec un infirmier. Aucune conflictualité n'était possible.

Face à de tels clivages, on ne peut que penser à la pertinence du modèle de l'espace transitionnel de Winnicott : tenir, ne pas lâcher le bébé (holding), maintenir une illusion d'omnipotence et laisser à l'agressivité la possibilité de s'exprimer sans rétorsion pour que la tension entre réalité intérieure et extérieure soit supportable (1958/1969). Il y a là tout à la fois une condition du narcissisme primaire et de la reconnaissance d'un objet qui échappe à l'emprise, un processus intrinsèquement paradoxal, qui est normalement amené à être intégré au travers de la position dépressive, des jeux identificatoires et de l'intériorisation de la conflictualité. Mais ce processus est en échec dans les pathologies du narcissisme et dans les situations incestuelles, et donc fréquemment dans les institutions qui les hébergent.

## CLIVAGE DES ÉQUIPES

En fait, la nécessité de faire groupe pour prendre en charge la

maladie mentale soulève des mouvements inconscients qui font de l'établissement psychiatrique un environnement bien plus complexe et contraint que l'espace transitionnel entre une mère et son bébé. Là où l'espace transitionnel serait « un lieu de repos pour l'individu engagé dans cette tâche humaine incessante qui consiste à maintenir la réalité intérieure et la réalité extérieure distinctes et néanmoins étroitement liées l'une à l'autre » (Winnicott, 1958/1969, p.171), l'institution se clive, des conflits éclatent, il n'est absolument pas possible de s'entendre.

Face à une réalité psychique confuse et intolérable, le clivage est projeté sur des objets partiels, bons ou mauvais. C'est la position schizo-paranoïde conceptualisée par Mélanie Klein (1952/2013). En retour, par identification, le moi se clive. Les institutions répondent alors souvent par le clivage plus ou moins silencieux entre bons et mauvais patients, soignants, équipes. Des boucs émissaires, porteurs de tout le négatif dénié par le groupe, sont désignés, pas forcément en rapport avec leurs compétences professionnelles : les différents, les empêcheurs de tourner en rond, les plus récents, les moins intégrés. Freud écrivait : « Il est toujours possible d'unir les uns aux autres par les liens de l'amour une plus grande masse d'hommes, à la seule condition qu'il en reste d'autres en dehors d'elle pour recevoir les coups » (1930/1971, p. 68).

Le travail en équipe, s'il est un soutien précieux pour déjouer les impasses et la violence du colloque singulier avec la maladie mentale, est tout à la fois excitant et menaçant. Il mobilise de ce fait des défenses plus ou moins radicales. En outre, l'intrication de réalités psychiques y est souvent impossible à démêler. Au niveau individuel, entre en jeu l'organisation inconsciente plus ou moins



défensive de chacun, particulièrement de ceux qui ont le plus de pouvoir. Comment penser par exemple des mouvements pulsionnels lorsque les phobies d'un chef de service pèsent comme un couvercle ? Au niveau intersubjectif, l'alliance nécessaire à l'organisation collective repose sur le refoulement ou le déni de ce qui pourrait faire obstacle à l'illusion d'être un bon groupe. Enfin, au niveau transsubjectif, chaque institution a ses fantômes du passé dont l'effet négatif persiste sans que personne n'en ait conscience. Ils forment un non conscient encrypté plutôt qu'un inconscient dynamique, générateur de sens et de questionnements. Par exemple, dans un établissement où régnait un cadre autoritaire et traversé par de nombreux passages à l'acte, bien peu étaient ceux qui savaient que ce même établissement avait accueilli longtemps une personnalité qui avait bénéficié d'un « non-lieu » après avoir tué sa femme.

#### CLIVAGE DEDANS, DEHORS

Ces niveaux de clivages peuvent faire de l'institution un bastion où des représentations sont emmurées, où des affects sont radicalement réprimés. Le poste -frontière où devraient se rencontrer et se confronter des mouvements contradictoires est fermé, étanche, les dysfonctionnements institutionnels deviennent structurels, l'institution se rigidifie. On est pour ou contre, inclus ou exclu. Plus de connexion possible alors entre dedans et dehors. On observe par exemple des établissements où seul compte le projet de vie et d'autonomisation du patient, l'assistante sociale devient la figure clé qui focalise toute l'attention et tous les espoirs des soignants. Alors que dans d'autres institutions, on pratique des thérapies individuelles où opère une régression dans le transfert tout en ignorant la vie réelle des patients ou bien leur intégration dans la vie institutionnelle. Dans les deux types de

configurations, les agirs sont les symptômes qui viennent alors souvent ébranler ces clivages trop étanches.

A l'inverse, l'institution peut être un lieu de confusion totale dedans dehors, à l'instar de l'absence de peau psychique qui règne dans la psychose. Chez les patients qui vivent 24h sur 24 au vu et au su des soignants peut s'aggraver l'impression de télescopage entre réalité interne et externe, le vécu d'effraction et les projections délirantes. « Vous voulez me violer c'est ça ? » m'a demandé un jour une jeune patiente psychotique lors du premier entretien. Ou bien encore : « Est-ce que vous allez vraiment garder le secret ? Est-ce qu'il n'y a personne derrière la porte ? Mais dans les réunions entre vous, qu'est-ce que vous allez dire ? » Cette terreur face à l'effraction de leur intimité est exprimée ouvertement chez les jeunes patients entrant dans la psychose. Les plus âgés, chronicisés, ont appris à rester sur leur quant-à-soi. Plus généralement, on constate chez la plupart des adolescents une phobie de la parole concernant leurs problèmes et leur état émotionnel, par peur d'une violation de leur intimité. Ainsi, pendant plusieurs mois, a régné dans une unité de soin le code « atchoum » lorsqu'un patient voulait en faire taire un autre et lui signifier qu'il se sentait dérangé. Et au sein de toutes les institutions, il y a en quelque sorte deux mondes : il y a ce que les patients se racontent entre eux et ce qu'ils veulent bien déposer auprès des soignants.

Du côté des soignants, la peur n'est pas moins grande d'être mis à nu, autant chez les détracteurs de la psychanalyse que chez ceux qui l'idéalisent. Dans les réunions de groupe, écrit Azoulay, « se font jour des investissements fantasmatiques dont l'élucidation pourrait être dangereuse » (1970/2016, p.111). « Attention à ce

que vous dites » dit souvent un infirmier, sur un ton mi-sérieux, mi-humoristique, ce qui a au moins le mérite d'exprimer ouvertement une résistance. Résistance plus dissimulée lorsque les soignants se réfugient derrière la nécessité d'écrire les transmissions pour éviter les échanges lors des réunions de synthèse. Résistance favorisée aujourd'hui par les transmissions informatiques, de plus en plus contraignantes. Ainsi il arrive que l'idéal psychanalytique proclamé dans un établissement coexiste avec un contrôle rigide de la parole. Il est fréquent dans les institutions qu'on ne se plie pas au cadre ou aux théories qu'on énonce.

Racamier suggérerait que l'analyste en institution soit comme « un nageur qui regarderait corrélativement le monde aquatique et le monde aérien : il ne faut perdre des yeux ni l'un ni l'autre monde », l'intrapsychique et l'interactif (1990, p.1165). J'ajouterais l'être et le faire, c'est-à-dire qu'une institution psychiatrique devrait tout à la fois favoriser l'introspection et la possibilité d'éprouver l'effet que l'on peut avoir sur les autres et sur le monde, les deux versants indispensables de l'être au monde.

#### POUR QUE L'INSTITUTION DEMEURE UN POSTE-FRONTIÈRE : L'EXEMPLE DE LA RÉUNION SOIGNANTS-SOIGNÉS

Au travers de l'illustration des paradoxes et des mécanismes de défense prédominant dans les institutions, on l'aura compris, ce qui manque est la conflictualité. C'est-à-dire la possibilité de se figurer et de contenir des réalités et des mouvements pulsionnels contradictoires. Exigences narcissiques et nécessaire lien à l'autre, excitation et introjection d'un interdit, transformation des mécanismes schizo-paranoïdes en position dépressive non mélancolique, c'est-à-dire ouverture à l'ambivalence. La

conflictualité permet de se figurer des scénarios fantasmatiques, de limiter la violence des conflits agis tout autant que l'inertie de la pensée, l'absence de processus psychique. Il faut à ce titre se méfier des institutions trop confortables, non pas au niveau de la qualité de l'hôtellerie mais plutôt de la tranquillité d'esprit : lorsque seul le bien-être est visé, qu'il s'agit surtout de ne pas déranger et de n'être pas dérangé, que le soin est un parcours tout tracé qui gomme le négatif.

Freud écrivait en 1912 : « *Les transferts négatifs sont choses courantes dans les maisons de santé et dès qu'ils se manifestent, le patient quitte l'établissement, sans être guéri ou même dans un état aggravé. Dans ces maisons, le transfert érotique ne comporte pas d'effets aussi gênants parce que là, comme ailleurs dans la vie, il se trouve non point mis au jour mais recouvert d'un voile. Toutefois il se manifeste très nettement sous forme d'une résistance à la guérison, non en poussant le malade à quitter l'établissement- il l'y retient au contraire - mais en le maintenant éloigné de la vie réelle.* »(1912/1953,p.58)

La difficulté supplémentaire avec les patients présentant des troubles du narcissisme est que se perpétue en eux une grande dépendance à l'égard de l'objet, alors même qu'ils méconnaissent cette dépendance, à la manière du nourrisson qui ne fait qu'un avec la mère environnement (Girard, 2017). Cette dépendance empêche non seulement d'exprimer son hostilité son amour ou sa détresse mais aussi de se les figurer. Si les manifestations symptomatiques sont systématiquement minorées par les traitements, un cadre strict ou bien de multiples occupations plus ou moins thérapeutiques, si les récalcitrants qui ne répondent pas aux soins ou s'y opposent sont invités à partir, le risque est qu'alors la détresse intime couve en silence jusqu'à parfois mener

au suicide.

Pour être véritablement vivante et opérante, l'institution doit mettre en scène l'expression des symptômes et les remettre en jeu, conformément à l'adage « nul ne peut être tué in absentia », convoqué par Freud pour justifier le rôle clé du transfert en psychanalyse (1912/1953, p. 60.)

La réunion soignants-soignés, dispositif hérité de la thérapie institutionnelle, est un espace essentiel pour aider l'institution à se positionner comme un poste-frontière : les mouvements psychiques conflictuels peuvent s'y exprimer, se confronter et se tempérer. Elle a une fonction sémaphorique dans le sens proposé par Delion (1996/2018), c'est-à-dire qu'elle émet des signes, elle met à jour les symptômes, ce qui est un préalable à toute transformation. Par rapport aux groupes thérapeutiques qui ne réunissent qu'une fraction de l'institution et peuvent constituer des enclaves refermées sur elles-mêmes, la réunion soignants-soignés a l'avantage d'être transversale : elle vise à rassembler le plus de personnes possible en interaction dans un service. Equipes de soins et patients ne sont pas dans deux camps retranchés. Elle est un espace intermédiaire à plusieurs niveaux : entre l'éprouvé de chacun et ceux des groupes en présence (groupes des soignants, des soignés, clans divers selon affinités et défenses communes) mais aussi entre les éprouvés subjectifs et la réalité, aussi triviale soit-elle. Par exemple, entre plaintes sur le café tiède et ambiance déprimée, douches bouchées et impossibilité de libérer la parole, horaires trop restreints de la salle de sport et besoin d'évacuer la colère.

Voici un extrait de réunion dans une unité pour adolescents lors de mon retour de congés. L'été a été très agité, de nombreux

passages à l'acte sexuels ont eu lieu dans le service, deux patients ont été « expulsés ». Au commencement de la réunion, une patiente dit à une autre à voix haute : « C'est qui celle-là ? » en regardant dans ma direction. Je me retourne faisant mine de ne pas comprendre. Puis il est question de la patiente exclue la veille, quelqu'un dit qu'elle a été « mise sur le trottoir ». Marion dit qu'elle aimerait plus de compréhension et d'indulgence de la part des soignants, qui par exemple lui interdisent de toucher Audrey. L'aide-soignant visé dit « Y' en a marre des bisous, y'en a marre de vous courir après tout le temps ». Clara dit : « on ne peut pas contrôler l'attachement ». Quelqu'un parle de « se serrer les coudes » . Je dis « comme si on était en guerre ? ». L'infirmier coordinateur intervient pour déplorer les nombreuses transgressions de cadre ces trois dernières semaines et la difficulté d'être soignant dans ces conditions. Clara rit, se moque quand on parle de soin, dit qu'elle ne renoncera pas à la fête, à l'alcool, au cannabis. Je dis : « ok, ici c'est « sex, drug and rock and roll ? Y'a pas de problème donc ». Marion dit alors à Clara : « tu finiras dans les toilettes ». Elodie remarque qu'il y a eu un manque de respect des patients à l'égard des soignants ces trois dernières semaines. La réunion se termine sur le constat que tout le monde est là pour essayer de comprendre ce qui est si lourd à supporter dans la vie.

Dans cette réunion, plusieurs mouvements sont mis à jour, l'excitation sexuelle, plutôt que d'être agie, peut être mise en mots, devenir le signe d'un symptôme repérable, à défaut d'être intelligible. Une représentation maniaco-dépressive s'avère à l'œuvre dans le service et atteint les soignants comme les soignés : l'alternative est entre l'excitation sans limite d'un côté, la déchéance de l'autre - le trottoir ou le fond des toilettes. Ce

n'est qu'après deux semaines qu'émergera une position dépressive, la reconnaissance du vécu d'abandon et de désarroi en cette période de vacances chez les soignants comme les soignés. Les différentes composantes du symptôme institutionnel peuvent être représentées. L'institution peut reprendre son rôle de poste-frontière un peu agité mais contenant, poste-frontière entre excitation pulsionnelle et besoin de maintenir le lien, au travers de la reconnaissance de la dépendance à l'autre.

Voici maintenant une réunion soignants-soignés dans une unité accueillant à ce moment-là plusieurs personnes souffrant de troubles psychotiques et bipolaires.

Les patients arrivent très remontés. Ils sont venus de toute évidence pour en découdre. Ils disent que l'ambiance dans le salon est devenue insupportable. Personne ne s'entend et la veille, trois personnes ont diffusé avec leur haut-parleur trois musiques différentes en même temps. Madame D. qui tricote tout en parlant, dit que ce salon est une salle de repos, donc que ceux qui ne veulent pas s'y reposer aillent dans leur chambre. Monsieur A. dit que ce qui est insupportable, c'est de voir ces dames tricoter et s'activer tout le temps. J'essaie de questionner pourquoi cela peut être difficile de tolérer l'inactivité ou au contraire le trop d'activité. Monsieur A dit que cela lui est insupportable pour des raisons personnelles (nous savons qu'il traverse périodiquement des phases maniaques). Monsieur C. s'emporte quant à lui contre les gens qui salissent le salon et l'obligent à tout nettoyer derrière eux. Certains lui font remarquer qu'il n'est peut-être pas obligé de le faire. On peut supposer bien sûr qu'il y a des angoisses indicibles derrière ces conflits et cette surenchère d'activisme. Je me contente de conclure qu'au moins on est arrivé à exprimer nos points de vue sans que ce soit trop la cacophonie...

La semaine suivante, la cacophonie et l'agitation se sont calmées mais des patients déplorent qu'il y ait des clans et que certains se croient chez eux dans l'unité et donnent des leçons aux autres. Monsieur M., qui est ici depuis un an, dans l'attente d'une place en foyer, est lui très en colère contre les soignants : ceux-ci n'ont pas tous les droits quand-même ! Ses propos sont confus, le soignant qui semble visé ne dit rien. Des patients très sûrs d'eux et qui me donnent l'impression de faire la loi, disent que les propos de Monsieur M. sont insupportables. La psychiatre et moi-même nous sentons un peu dépassées et ne sommes pas trop de deux pour faire rester Monsieur M. malgré tout dans la salle par des propos apaisants. Je fais remarquer que pendant les vacances de la psychiatre les deux semaines précédentes, certains ont dû penser qu'il fallait se débrouiller seul et faire la loi.

Lors du post-groupe, une soignante vacataire ne comprend pas pourquoi nous n'avons pas fait sortir Monsieur M. qui selon elle empêchait les autres de s'exprimer. Nous lui disons que s'il ne peut s'exprimer dans cette réunion, comment cela va-t-il se traduire le reste du temps au sein de l'unité ? Le soignant qui était visé par la colère de Monsieur M. explique ce qui s'était passé. Il n'avait pas eu le temps dans la matinée de l'aider à installer une nouvelle carte SIM dans son téléphone. C'était la 7ème que Monsieur M. achetait, il considérait qu'il lui fallait une carte différente pour chaque interlocuteur, illustration stupéfiante du morcellement psychotique du moi ! L'infirmier ne pouvait dévoiler cette scène privée. De plus, nous avons appris qu'une patiente avait révélé à d'autres, hors de la présence soignante, qu'elle avait été témoin de meurtres. Nous n'avons pu le reprendre dans le groupe car aucun propos n'y avait fait allusion. Ainsi nous avons été amenés dans cette réunion à être les gardiens d'une frontière



entre public et privé, entre soi et les autres, une frontière qui rende supportable, sans recours au rejet ni au morcellement du moi, la cohabitation avec l'autre menaçant, envahissant ou d'aucun recours.

Le morcellement psychotique, les défenses maniaques, l'excitation, la menace de l'autre constituent autant de vécus psychiques violents que les hôpitaux psychiatriques doivent métaboliser au quotidien. Face à l'impensable, le risque est grand de renoncer au travail de liaison pour simplement ériger des cadres et des limites contre les troubles du comportement, ce qui ne fait alors que redoubler les clivages intrapsychiques. Réunir patients et soignants permet au moins de tenter de fonctionner sur un mode homomorphique comme le nomme Kaës (2005) : plutôt que des fonctionnements psychiques en miroir, introduire une métaphorisation, un décalage. Les plus bruyants et agités ne seront pas forcément exclus ou « tassés » avec un traitement, la musique et la voix de chacun peut prendre peu à peu sa place.

## CONCLUSION

L'institution psychiatrique est d'autant plus vouée à produire des symptômes qu'elle confronte chacun à la déliaison, l'impuissance et le désarroi. Le moi de chacun s'arrime à ce qu'il peut : le groupe des collègues, un chef charismatique, une vision idéalisée du soin faisant fi de la contrainte de répétition, ou bien un cadre rigide. Une communauté du déni s'installe, particulièrement à l'égard des fantasmes meurtriers et sexuels, la résonance de ces derniers étant toujours au bout du compte incestuelle. C'est alors que l'institution devient un bastion figé derrière ses défenses. Azoulay remarquait en 1970 que « l'institution se doit d'être un lieu d'échange suffisamment riche pour être stimulant et en même

temps suffisamment tamponné contre la menace de désorganisation et suffisamment ouvert pour échapper à la possession et à la maîtrise » (p.106). Pour se donner les moyens de contribuer à ranimer la vie psychique de ses patients tout en contenant leurs angoisses, l'institution se doit d'être aux frontières entre dehors et dedans, d'être une scène où se conflictualisent les mouvements psychiques et où se rejouent les symptômes afin d'être mieux déjoués.

### Bibliographie

- Azoulay, J. (1970) Sur une tentative de psychanalyse appliquée. Dans J. Chambrier-Slama et col. (dirs.) Jacques Azoulay, textes fondateurs (pp. 95-115). In Press, 2016.
- Bayle, G. (2012). Clivages, moi et défenses. Puf
- Bleger, J. (1971) « Le Groupe comme institution et le groupe dans les institutions ». Dans R. Kaës (dir) L'institution et les institutions : études psychanalytiques (pp. 47-61). Dunod, 1996.
- Delion, P. (1996/2018). Les choses de la vie (quotidienne). Revue Institutions, (19). Republié dans Cliniques, 1(15), 39-64.
- Denis, P. (2019). L'ogresse institution. Cliniques, 1(8).
- Enriquez, E. (1987). Le travail de la mort dans les institutions. Dans R. Kaës (dir), L'institution et les institutions - Études psychanalytiques (pp. 62-94). Dunod, 1996.
- Foucault, M. (1984). Qu'est-ce que les lumières ? Dans Dits et Ecrits tome IV n°339 (pp. 562-578). Gallimard.
- Freud, S. (1894). Les psychonévroses de défense. Dans Névrose, psychose et perversion (pp. 1-14). Puf, 1973.
- Freud, S. (1912) La dynamique du transfert. Dans La technique psychanalytique (pp. 50-60). Puf, 1953.
- Freud, S. (1926). Inhibition, symptôme et angoisse. Puf, 1993.
- Freud, S. (1929). Malaise dans la civilisation. Puf, 1971.

- Freud, S. (1938). Le clivage du moi dans le processus de défense. Dans Résultats, idées, problèmes (pp. 283-286). Puf, 1985.
- Girard, M. (2017). De psychiatrie en psychanalyse avec Winnicott. Champ Social éditions.
- Green, A. (1983). Narcissisme de vie, narcissisme de mort. Les éditions de minuit.
- Kaës R. (1976). L'appareil psychique groupal. Constructions du groupe. Dunod.
- Kaës, R. (2005). Groupes internes et groupalité psychique : genèse et enjeux d'un concept. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, 45(2), 9-30.
- Klein, M. (1952) Quelques conclusions théoriques au sujet de la vie émotionnelle des bébés. Dans Développements de la psychanalyse (pp.187-222). Puf, 2013.
- Mendel, G. (1993). La société n'est pas une famille: De la psychanalyse à la sociopsychanalyse. La Découverte.
- Penot, B. (2015). Travailler psychanalytiquement à plusieurs et avec la famille en hôpital de jour pour adolescents. Cliniques, 10, 83-94.
- Pinel, J.P. (1989). Les fonctions du cadre dans la prise en charge institutionnelle. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, 13, 77-87.
- Racamier, P.-C. (1990). En psychanalyste et sans séances. Revue française de Psychanalyse. 5(54), 1165-1183.
- Roussillon, R. (2002 ). Agonie et désespoir dans le transfert paradoxal. Dans J. André (dir.) Le temps du désespoir. Puf.
- Winnicott, D.W. (1958). De la pédiatrie à la psychanalyse. Payot, 1969.