

THÉRAPEUTIQUES INSTITUTIONNELLES

Pierre DELION

Résumé. — À partir de l'histoire des thérapies institutionnelles centrées sur la prévalence de l'humain et l'importance de la fonction d'accueil des sujets psychotiques, l'auteur propose de développer les notions de psychothérapie et d'institution pour éclairer la pertinence de cette praxis très en lien avec la psychiatrie de secteur. Les concepts de double aliénation, de champs transférentiels, de rapports de décomplétude, de stratégie thérapeutique et quelques autres, sont articulés avec les opérateurs concrets tels que les groupes et collectifs, les constellations transférentielles, les clubs thérapeutiques, la fonction Balint, les associations culturelles, etc. L'accent est mis sur les potentialités apportées dans le champ psychiatrique par la méthodologie des psychothérapies institutionnelles et sur les perspectives qu'elle ouvre aujourd'hui.

« Sans la reconnaissance de la valeur humaine de la folie, c'est l'homme même qui disparaît. » (François TOSQUELLES).
« N'avons-nous pas le devoir de rendre "habitables" ces lieux désertiques dans lesquels se sont égarés, souvent à jamais, ceux que nous nommons psychotiques ? » (Jean OURY) [70].

« Un des principes fondamentaux de la Psychothérapie Institutionnelle, et cela ne surprendra personne puisqu'il s'agit de psychothérapie, pourrait être qu'elle est une entreprise de dévoilement méthodique de la vérité. » (Roger GENTIS et Horace TORRUBIA) [44].

Les thérapeutiques institutionnelles appartiennent désormais à l'histoire de la psychiatrie et leur importance dans les pratiques et les théorisations psychiatriques contemporaines n'est plus à prouver. Partant de la nécessité critique radicale de l'asile, dominant jusqu'à la 2^{ème} guerre mondiale, les thérapeutiques institutionnelles ont ensuite montré leur fécondité dans la transformation de la psychiatrie. Aujourd'hui, les thérapeutiques institutionnelles démontrent, plus que jamais, le visage humain que la psychiatrie doit préserver en insistant sur les pratiques concrètes qui mettent le sujet, bien qu'il soit malade mental, au centre de sa « guérison ».

Les enjeux qui se font jour à propos des thérapeutiques institutionnelles sont le résultat de simplifications qui ont beaucoup pesé sur sa crédibilité ; en effet, le fait que ces thérapeutiques soient qualifiées d'institutionnelles les a fait passer pour liées aux établissements qui en ont, dans un premier temps, hébergé les développements. Suivant cette observation au pied de la lettre, il devenait simple de conclure que la psychiatrie s'orientant vers des solutions extérieures à l'établissement, sous-entendu hospitalier, les thérapeutiques qui avaient fleuri dans les institutions, et avaient certes permis une relative transformation, devenaient caduques dès lors que celles-ci quittaient les dites institutions. C'était faire trop peu de cas de la différence importante introduite par TOSQUELLES entre *établissement* et *institution*. Nous verrons que les deux, s'ils sont nécessaires, ne sont pas superposables l'un à l'autre. Si nous confondons les plans, alors les thérapeutiques qui pourraient sortir de l'établissement pour soigner les patients dans la cité au plus près de leur vie quotidienne, ce que la psychiatrie de secteur a réalisé, ne pourraient plus être institutionnelles ; tandis que si nous attribuons à l'institution d'une thérapeutique entre un patient et ses soignants les qualités qui sont utiles à sa continuité, alors la thérapeutique institutionnelle devient le dispositif de soin nécessaire à un patient, quelles que soient les modalités qui seront nécessaires à sa réalisation tout au long du traitement de ce patient-là.

À un moment crucial de la psychiatrie au cours duquel la politique de soin semble guidée essentiellement par des considérations économiques, cette distinction revêt la plus grande importance puisqu'il s'agit de pouvoir continuer à travailler avec les patients tout le temps qui sera nécessaire à leur soutien psychique ; et, dans ces conditions, la logique des soins ne peut se résoudre à une simple

équation dans laquelle l'urgence est le seul moment relevant du sanitaire, tandis que le « reste » du temps, celui de la chronicité, relèverait du social ou du médico-social. La maladie mentale, dans sa dimension de chronicité, soumet le patient à une urgence quotidienne. Les thérapeutiques institutionnelles contribuent, par leurs réflexions à ce sujet, à organiser les soins de telle manière que le patient puisse compter sur nous *dans la durée*, sans pour autant prétendre à être les seuls capables de le faire ; bien au contraire, les articulations nombreuses avec tous les partenaires du patient, chacun avec sa spécificité, sont une des avancées que les thérapeutiques institutionnelles ont théorisées et permises.

Enfin, sur le plan sémantique, il est maintenant admis que le mouvement de Psychothérapie Institutionnelle est un des principaux courants, et qu'avec les autres lectures réalisées autour de la féconde articulation « psychothérapie » et « institution », ils constituent ensemble les « thérapeutiques institutionnelles ». Aujourd'hui, l'enjeu de cet « ensemble » est considérable.

A/ POSITION DU PROBLÈME.

A1. L'humain, l'accueil des différences psychopathologiques et l'intérêt des systèmes anti-ségrégatifs.

L'humain.

La psychiatrie est une branche de la médecine qui a la perspective et prend la responsabilité de traiter les maladies mentales des enfants et des adultes. Mais dans cette discipline, plus encore que dans les autres, la personne qui porte les symptômes psychiatriques doit être prise en considération et accueillie avec la plus grande attention. Il s'agit donc d'une médecine de l'humain ; et l'importance de cette manière de poser le problème tient notamment au fait que les nouvelles données scientifiques, économiques et administratives pourraient laisser penser qu'il s'agit désormais d'un problème secondaire. Il n'en est rien ; et nous verrons comment cette position éthique est déterminante dans la thérapeutique et, plus précisément, dans la Psychothérapie Institutionnelle. En effet, pas de travail psychothérapeutique sans accueil de l'humain.

L'accueil des différences psychopathologiques.

L'importance de l'humain est en rapport direct avec le fait que souvent la rencontre avec le malade mental se produit au moment le moins propice à sa reconnaissance en tant qu'autrui, puisqu'il vient au contact du psychiatre et de son équipe à un moment de décompensation dont les modalités sont décrites dans la sémiologie psychiatrique : dépression, suicide, délire, passage-à-l'acte, manifestations inhabituelles (bizarres, étranges), retrait...

Il y a donc lieu de travailler avec les soignants une fonction d'accueil qui permette une rencontre avec cet autrui en déshérence psychopathologique dans de bonnes conditions pour son avenir. Cette ambiance accueillante sera déterminante pour approcher ce patient et faire avec lui un véritable travail diagnostique, c'est-à-dire entrer en contact et faire connaissance avec lui dans le temps et dans l'espace.

Respecter ces différences psychopathologiques dans le souci de les rapporter à une structure pathologique, quand c'est le cas, c'est permettre à ce patient de se « défendre » de sa maladie en lui proposant de s'adosser sur le dispositif qui prétend le soigner. Nous verrons l'importance de ces deux plans, témoins de deux types différents d'aliénation mentale et sociale. De plus, nous observons souvent en psychiatrie que la thérapeutique commence dès la première rencontre, comme si, à chaque fois, toute notre histoire était mobilisée.

L'intérêt des systèmes anti-ségrégatifs.

Pour que ces précautions ne soient pas de pure forme et préserve leurs potentialités personnelles exploitables, il convient de pouvoir accueillir les patients dans des espaces qui ne préjugent ni de leur pathologie, ni du pronostic qui lui est attaché. C'est pourquoi la Psychothérapie Institutionnelle organise un dispositif de soins de façon non ségrégante pour préserver, chez chaque humain présentant des problèmes psychopathologiques, ses capacités de réorganisation ultérieure, et ne pas lier ses soins aux seuls résultats standards proposés par la voie des spéculations statistiques. Chaque être humain est singulier ; et quand bien même des analogies peuvent être trouvées entre plusieurs, la

psychiatrie, à la recherche de ce qui fonde l'identité sur laquelle chacun peut s'appuyer, se doit de construire pour chaque patient une thérapeutique « sur mesure ».

A2. Les psychoses.

Parmi les patients qui présentent les différences les plus marquantes sur le plan psychopathologique, la psychose vient au premier rang. Cette pathologie de la personne (J. SCHOTTE), en mettant en cause la construction de leur personnalité, va aboutir à des spécificités dans leurs modes de décompensation qui créent souvent la nécessité d'un accompagnement thérapeutique important, à la mesure de la perte d'autonomie psychique de ces sujets. Et c'est principalement pour les personnes psychotiques que des établissements psychiatriques ont d'abord été pensés ; puis, progressivement, les équipes soignantes sont devenues la pierre angulaire de leur accueil et de leur traitement, aboutissant à la notion fondamentale d'*institution*. Cette conception de l'institution est donc corrélative des patients les plus en difficultés psychopathologiques qui ont besoin, en cas de décompensation, d'un lieu et surtout d'une équipe soignante pour les accueillir et les soigner. Parmi ces patients les plus gravement atteints, les personnes psychotiques représentent une très grande proportion d'entre eux. Hélène CHAIGNEAU « propose de replacer les "thérapies institutionnelles" dans la perspective qui les a vues naître : essentiellement, un mouvement de recherche et d'analyse de la pratique des soins et de l'aménagement du collectif d'accueil des sujets psychotiques » [15].

Nous pouvons dès maintenant proposer une équation simple alliant la gravité de la pathologie au « poids » des institutions requises : un patient névrosé ou déprimé peut bénéficier d'une prise en charge individuelle par diverses méthodes thérapeutiques, parce que son intégration socio-familiale reste suffisante. À l'opposé, un patient schizophrène délirant très angoissé a besoin d'un « abri psychique » beaucoup plus conséquent, constitué habituellement par une équipe soignante dont il devient dépendant par nécessité. L'institution que le névrosé va créer avec son psychothérapeute est très « légère » si on la compare à la « lourdeur » de celle que l'adulte malade schizophrène ou l'enfant autiste vont progressivement créer avec leur équipe soignante. Les problèmes institutionnels posés dans les deux cas sont très différents, non pas tant en nature qu'en taille, et la psychothérapie institutionnelle consiste à prendre en considération aussi tous les éléments de cette deuxième situation, étant entendu que l'équipe soignante qui sera capable d'assumer cette deuxième situation sera en mesure de résoudre les problèmes inhérents à la première.

Mais un des principaux problèmes à dépasser dans les deux cas sera l'apparition des « résistances », à la fois au traitement sur le plan psychopathologique et aux changements sur le plan de l'organisation des soins. En effet, « les phénomènes de résistance se déclenchent en progression géométrique dans notre action thérapeutique, lorsque l'on passe de la psychothérapie individuelle à la psychothérapie de groupe, puis à la psychothérapie institutionnelle » [99]. Cela va amener les acteurs de ce mouvement à approfondir le champ psychanalytique et tout ce qui en découle directement. Dans cette perspective, on peut également retenir la proposition logique de J. OURY « À l'extrême, nous pouvons dire que la psychanalyse est un cas particulier de la psychothérapie institutionnelle » [71].

La thèse défendue par le mouvement de la Psychothérapie Institutionnelle s'appuie donc sur l'aphorisme « Qui peut le plus, peut le moins ». Si un service et une équipe soignante sont dans les dispositions qui rendent possibles les soins aux personnes psychotiques, alors *a fortiori* pourront-ils soigner les patients porteurs d'autres pathologies psychiatriques moins « envahissantes ». Nous verrons les conséquences que nous devons en tirer.

A3. La psychothérapie et les institutions.

Nous avons vu qu'il s'agit d'accueillir les patients quelles que soient leurs difficultés psychopathologiques et de les soigner d'une façon humaine en s'appuyant sur une démarche diagnostique approfondie. Cette ambition nécessite la mise en place d'une méthode thérapeutique basée sur la pensée psychothérapique, orientée par elle et devant s'adapter à toutes les formes de pathologies psychiatriques, des plus bénignes aux plus graves. Les institutions en sont alors les corollaires obligés et leur complexité varie en fonction des patients. Voyons ce qu'il en est de ces deux concepts de psychothérapie et d'institutions.

Psychothérapie.

La psychothérapie est représentée par l'ensemble des méthodes qui permettent de traiter l'appareil psychique en souffrance. Si des approches de cette problématique existent avec plus ou moins de fortune depuis l'Antiquité, c'est principalement à partir du siècle des Lumières que la conception philosophique de l'homme en a permis l'avènement progressif sous une première forme, celle du « *traitement moral* » (PINEL), puis, un siècle plus tard, avec la découverte de l'inconscient par FREUD, sous sa forme élaborée, la psychanalyse. Nous verrons comment la psychanalyse est le modèle d'une praxis qui a profondément révolutionné l'approche de la souffrance psychique de l'homme et, ainsi, grandement contribué à fonder des dispositifs thérapeutiques complexes de nature à permettre aussi son utilisation pertinente dans les pathologies les plus graves. Il apparaît donc clairement que la démarche psychothérapique a pour but aujourd'hui de redonner du sens aux symptômes entendus comme signes de la souffrance psychique humaine, en les resituant dans l'histoire d'un sujet. Il va de soi, dans cette conception de la psychothérapie, que tout ce qui concourt à diminuer cette souffrance, par ailleurs contribue, par une action sur le cadre de la psychothérapie, à favoriser l'expression d'un langage contenant en lui une part des éléments dont le sens a fait défaut jusqu'alors.

Institutions.

G. MICHAUD [65] fait un point très complet sur la question des institutions. Elle en retient quelques grandes lignes utiles à notre propos : « *La fonction essentielle de l'institution est d'être un système de médiations permettant l'échange interhumain à plusieurs niveaux* » (p. 6). Elle cite la définition de DELEUZE : « *Les institutions sont des systèmes organisés de moyens destinés à satisfaire des tendances, médiations entre l'individu et la société* » (p. 31). Puis elle propose son point de vue : « *L'institution est une structure élaborée par la collectivité tendant à maintenir son existence en assurant le fonctionnement d'un échange social de quelque nature qu'il soit* » (p. 33). Elle commente cette proposition de la façon suivante : « *Le groupe psychiatrique devra donc en premier lieu intégrer cet homme non intégrable et, ceci, non en lui présentant un cadre tout fait dans lequel il doit se perdre, mais au contraire en modifiant les cadres antérieurs, à la mesure de sa personne* » (p. 34). Plus loin, elle indique : « *La fonction de l'institution d'assurer les échanges interhumains prend ici une portée particulière de devoir jouer dans un milieu où, par définition, il y a rupture de l'échange ; chacun des individus qui s'y trouvent étant remarquable par son incapacité soit à se satisfaire des institutions existantes dans la société, si ces institutions sont jugées aliénantes, soit à vouloir consciemment les transformer ou en inventer d'autres* » (p. 36).

Et enfin : « *C'est précisément pour régler cet échange entre la demande (LACAN) du sujet et la réponse que lui apporte le groupe que va se placer l'institution* » (p. 49).

Il ressort de ces définitions du concept d'institution qu'il y a tout lieu de ne pas le confondre avec celui d'« établissement ». Ce qui est établi par notre constitution, l'ancien texte de loi de 1838 (« *Il est créé dans chaque département un asile d'aliénés...* ») et le nouveau (« *Le secteur est le mode organisationnel de la psychiatrie en France...* ») ne préjuge pas de ce qui se développera dans son cadre général, à savoir ce qui s'institue entre un malade mental et ceux qu'il désigne pour l'accueillir et le soigner. Dans cette logique, l'institution est le chaînon manquant entre le sujet et les autres. Il s'agit d'une co-construction entre ce sujet malade et les autres, chargés de le soigner. Sous un certain rapport, c'est un *objet transitionnel* qui met en relation le sujet et les autres, un objet doté de capacités d'adaptation « suffisamment bonnes », mais aussi de possible pérennisation sans destruction, jusqu'à ce que des *représentations internes* permettent de se passer de cet objet « institution ».

La psychothérapie institutionnelle vise donc à structurer et aménager les équipes soignantes psychiatriques de telle façon qu'elles soient aptes à la pratique de psychothérapies véritables quelles qu'en soient les modalités. « *Les rapports entre institutions et comportement psychothérapique dans l'institution sont liés dialectiquement* » [99, p. 34].

A4. Pertinence de la Psychothérapie Institutionnelle ; intrication avec la Psychiatrie de secteur.

Il m'arrive souvent de définir la *Psychiatrie de secteur* comme la condition de possibilité d'exercice de la psychiatrie, tandis que la *Psychothérapie Institutionnelle* en est la méthode organisatrice, pour indiquer comment ces deux mouvements historiques sont profondément intriqués et constituent les deux faces complémentaires d'une seule praxis. Nous verrons comment ces deux aspects d'une même philosophie de la psychiatrie s'originent de pratiques et de théorisations consubstantielles l'une à

l'autre ; et comment, dans l'actualité, elles me semblent de nature à féconder un renouvellement créatif de la psychiatrie contemporaine.

À noter toutefois une bifurcation très nette, au moment de la mise en place de la politique de secteur, quand une partie de ses promoteurs a opté pour faire coïncider la psychiatrie de secteur avec l'extra-hospitalier, reléguant la partie hospitalière de leurs services vers un destin asilaire, entraînant dans le même rejet la psychothérapie institutionnelle qui, jusque dans les années 1960-1970, s'était attachée à transformer les hôpitaux psychiatriques ; et pour cause, puisque l'extra-hospitalier n'était pas encore légalement généralisé à l'ensemble du territoire. Il en a résulté une idée qui perdure : si, donc, la Psychothérapie Institutionnelle ne s'occupe que de l'hôpital psychiatrique, elle ne convient pas comme méthode organisatrice de la psychiatrie dans son ensemble.

Nous allons essayer de démontrer comment, au contraire, elle propose des réponses à la complexité psychiatrique.

B/ HISTORIQUE.

« Il faut rappeler que le concept de Psychothérapie Institutionnelle n'est apparu que progressivement à l'intérieur d'un vaste mouvement dans lequel de nombreux psychiatres se sont engagés à la fin de la guerre 1939-1945. Ce concept a donc été lié aux efforts de transformation d'un certain nombre de services des hôpitaux psychiatriques français » [100].

B1. Les précurseurs.

Si la notion de Psychothérapie Institutionnelle a été utilisée pour la première fois par DAUMEZON et KOËCHLIN, en 1952, dans les Annales Portugaises de Psychiatrie, l'idée de se servir du milieu hospitalier comme d'un facteur thérapeutique date du début du XIX^{ème} siècle. ESQUIROL, dans la filiation du traitement moral de PINEL, en jetait les premières bases en amenant, en 1822, l'idée qu' « une maison d'aliénés est un instrument de guérison : entre les mains d'un médecin habile, c'est l'agent thérapeutique le plus puissant contre les maladies mentales ». BOUCHET, dans un article de 1848 dans les Annales Médico-Psychologiques, insistait sur l'importance de la pensée médicale dans l'organisation des soins : « L'individualité sociale doit disparaître et se fondre dans la vie en commun qui constitue la base actuelle et principale du traitement des aliénés. Mais il ne faut les appliquer qu'à des travaux dont l'utilité est immédiatement sensible pour eux, les malades ne devant être mis à la disposition d'aucune pensée étrangère et comprendre que la pensée du médecin s'étend sur eux dans toutes leurs actions ».

Mais, le traitement moral de la folie, très imprégné de la « psychologie des passions », en honneur à l'époque, va dériver, sous l'influence de deux facteurs principaux, vers l'asile au sens le plus péjoratif, celui qu'il a progressivement acquis au cours du XX^{ème} siècle : tout d'abord, dans la suite des travaux de BAYLE sur les articulations anatomo-cliniques mises au jour à propos des liens entre l'infection syphilitique (1822) et le délire de grandeur, une grande partie de ce XIX^{ème} siècle va être consacré aux développements neurologico-mécanicistes et contribuer à « chosifier » le malade mental ; et puis, l'impossibilité d'analyse du transfert – concept découvert plus tard par FREUD – allait amener les soignants de l'époque à une passivité thérapeutique défensive qui ne sied pas aux malades mentaux, tant elle va dans le sens de leur propre apragmatisme, contribuant ainsi à la mise en place de « mécanismes asilaires ». La description de la démence précoce, et la vision du malade mental qui la sous-tend, n'a été que l'aboutissement logique de cette évolution entropique des conceptions de la psychiatrie.

Seules, quelques expériences d' « open doors » et de « no restraint » (TUCKE) sont menées à cette époque ; mais, si elles sont bien connues de leurs contemporains, elles restent confidentielles. Il a fallu attendre la révolution freudienne pour qu'un contre-courant puisse enfin voir le jour à la recherche d'une psychopathologie du sujet.

Sigmund FREUD.

En effet, FREUD, en inventant la psychanalyse, (re)met le sujet au centre des préoccupations des thérapeutes, même s'il montre que, justement, le moi est en quelque sorte surdéterminé par d'autres instances, notamment l'inconscient, mais aussi le sur-moi. Découvrant le transfert, loin de le considérer uniquement comme la mise en acte des résistances inconscientes, « Wo es war » (« Là où

du *ça* était »), il en fait un levier thérapeutique [35] très puissant sur lequel appuyer le « *soll Ich werden* » (« du *Moi* doit advenir »). Préoccupé de névrosés, il va développer, avec et pour eux, une technique thérapeutique et une tentative systématique de compréhension de la psyché humaine. S'il est lui-même intéressé par l'étude des foules (LE BON) pour approcher au plus près des mécanismes d'identification, il ne va pas développer d'une façon heuristique l'étude des psychoses, même s'il nous a laissé quelques textes très féconds sur cette question. Cependant, et c'est en cela que je propose de le ranger dans les précurseurs de la Psychothérapie Institutionnelle, il prononce à Budapest, en septembre 1918, au Vème Congrès International Psychanalytique, une conférence dans laquelle il dit : « *Pour conclure, je tiens à examiner une situation qui appartient au domaine de l'avenir et que nombre d'entre vous considéreront comme fantaisiste mais qui, à mon avis, mérite que nos esprits s'y préparent. Vous savez que le champ de notre action thérapeutique n'est pas très vaste. Nous ne sommes qu'une poignée d'analystes et chacun d'entre nous, même en travaillant d'arrache-pied, ne peut en une année se consacrer qu'à un petit nombre de malades. Par rapport à l'immense misère névrotique répandue sur la terre et qui, peut-être, pourrait ne pas exister, ce que nous arrivons à faire est à peu près négligeable. [...] On peut prévoir qu'un jour la conscience sociale s'éveillera et rappellera à la collectivité que les pauvres ont les mêmes droits à un secours psychique qu'à l'aide chirurgicale qui leur est déjà assurée par la chirurgie salvatrice. La société reconnaîtra aussi que la santé publique n'est pas moins menacée par les névroses que par la tuberculose [...]. À ce moment-là, on édifiera des établissements, des cliniques, ayant à leur tête des médecins psychanalystes qualifiés et où l'on s'efforcera, à l'aide de l'analyse, de conserver leur résistance et leur activité à des hommes qui, sans cela, s'adonneraient à la boisson, à des femmes qui succombent sous le poids des frustrations, à des enfants qui n'ont le choix qu'entre la déprivation et la névrose. [...] Nous nous verrons alors obligés d'adapter notre technique à ces conditions nouvelles. [...] Peut-être nous arriverait-il souvent de n'intervenir utilement qu'en associant au secours psychique une aide matérielle [...]. Tout porte à croire que, vu l'application massive de notre thérapeutique, nous serons obligés de mêler à l'or pur de l'analyse une quantité considérable du plomb de la suggestion directe [...]. Mais quelle que soit la forme de cette psychothérapie populaire et de ses éléments, les parties les plus importantes, les plus actives, demeureront celles qui auront été empruntées à la stricte psychanalyse dénuée de tout parti pris.* » [36].

Pour une bonne part, la Psychothérapie Institutionnelle est une réponse à cette prospective à laquelle FREUD se livrait au sortir immédiat de la guerre 1914-1918.

Hermann SIMON.

Mais un autre précurseur a eu beaucoup d'importance également : Hermann SIMON, psychiatre très influencé par BLEULER et l'école de Zurich et, par ce biais, par FREUD. Adoptant une nouvelle orientation fondamentale en face du malade mental, il proclame explicitement que l'application à une vie collective active et ordonnée est le meilleur moyen psychothérapeutique pour obtenir la guérison symptomatique. Pour SIMON, trois maux menacent les malades dans les hôpitaux psychiatriques, contre lesquels doit lutter sans arrêt la thérapeutique : « *l'inaction, l'ambiance défavorable de l'hôpital, et le préjugé d'irresponsabilité du malade lui-même* ». Aussi, pour réaliser son plan thérapeutique global, il propose quelques réflexions intéressantes : « *dans le psychisme de chaque malade existe, à côté d'une partie malade, une partie saine et le psychiatre doit intentionnellement négliger la première [...] et chez chaque malade, à côté des symptômes appartenant en propre à la maladie, se trouvent d'autres manifestations psychiques (comportements agressifs, inhibition, perte de la vivacité, théâtralisme, stéréotypies, et spécialement toutes les manifestations à caractère antisocial) qui sont conditionnées par l'ambiance et, étant en rapport avec la personnalité prémorbide, elles peuvent être favorablement influencées par la thérapeutique plus active* ». Pour réaliser ces visées, SIMON organise la thérapeutique en s'appuyant sur trois temps : la liberté, inspirée par le « *no restraint* » et l'« *open door* », qui ne doit pas être confondue avec le simple « *laisser faire, laisser aller* », la responsabilisation par la « *thérapeutique plus active* » et « *la structuration téléologique du milieu* », la maîtrise psychothérapeutique du milieu avec étude des résistances émanant du personnel et de l'hôpital.

D'autres personnes ont contribué à développer l'idée de psychothérapie collective et notamment aux États Unis, où les « *ligues* » de protection des aliénés prenaient leur essor dès la fin du XIXème siècle et au début du XXème siècle, principalement sous l'impulsion de A. MEYER et BEERS. En France, c'est Édouard TOULOUSE qui créa en 1920 la première Ligue française d'hygiène mentale. Ce sont surtout les apports anglo-américains qui ont donné aux thérapeutiques de groupes leurs développements les plus significatifs.

La psychothérapie de groupe américaine et les clubs sociaux thérapeutiques. L'influence psychanalytique et le mouvement sociométrique.

À partir des travaux d'auteurs français (DEJERINE, CAMUS, PAGNIEZ), la psychothérapie de groupe américaine s'est élaborée progressivement. À Boston, en 1905, PRATT crée les premiers groupes thérapeutiques pour tuberculeux, étendus par ÉMERSON à d'autres affections somatiques, telles que les diabètes et les cardiopathies, et que MARSCH applique, en 1908, au traitement des maladies mentales.

L'année 1909 est marquée par la série de cinq conférences que FREUD, invité avec JUNG et FERENCZI, fait à Worcester. Envisageant, dès 1911, les productions délirantes comme des tentatives de guérison et de réinvestissement du monde extérieur, FREUD va proposer, dès 1918, nous l'avons vu, d'étendre les techniques psychanalytiques aux établissements. Or, dès 1933, l'American Psychiatric Association se consacre à l'étude du problème de la psychothérapie dans les services publics de psychiatrie et, notamment, pour les psychotiques. Déjà, à partir de 1923, H. S. SULLIVAN avait commencé à travailler avec les schizophrènes au Sheppard Pratt de Towson dans le Maryland. En 1934, à New York, SLAVSON introduit la technique psychanalytique dans les groupes d'enfants. En 1946, KLAPMAN reprend l'étude du traitement des psychoses par les méthodes pédagogiques, qu'il place au centre de la psychothérapie générale dont le malade est le sujet dans l'ensemble de l'organisation hospitalière, et réalise ainsi « *un plein-temps thérapeutique ordonné par une pensée médicale* » (TOSQUELLES). À la suite de cet auteur, un certain nombre de programmes ordonnés de la vie hospitalière, dans lesquels divers types de psychothérapie de groupe se succèdent, sont mis au point par BETTIS, HAMILTON, MALONS, HALLE, LANDRY. Tous ces travaux sont liés en partie à l'influence de MORENO qui proposa, d'abord à Vienne, puis aux Etats-Unis à partir de 1926, ses méthodes psychodramatiques et sociométriques. La sociologie américaine de WARD et GIDDINGS, influencée par COMTE, SPENCER et DARWIN, se concrétise sous l'influence de MORENO dans le « mouvement sociométrique » et ses diverses extensions : théorie de la spontanéité, théorie des relations interpersonnelles et des groupes, théorie de l'action, théorie des rôles sociaux, étude des groupes restreints, dynamique des groupes de Kurt LEWIN,... Avec le sociodrame et le psychodrame, la psychothérapie de groupe constitue une des trois branches de la sociométrie qui se sont progressivement orientées vers les groupes psychanalytiques (SLAVSON, GABRIEL, ACKERMANN, WOLF, aux USA ; FOULKES et, plus tard, RICKMANN et BION, en Grande-Bretagne). « *Est ainsi décrite l'influence des patterns inconscients sur les patterns conscients régissant le fonctionnement des groupes, l'amélioration du fonctionnement du moi dans les situations de groupe [...], l'analyse des résistances et des types de transfert en groupe, l'analyse du contre-transfert des thérapeutes... S'attaquant aux symptômes, ces techniques impliquaient la pratique concomitante de la réintégration sociale au travers d'activités variées, allant de la rééducation professionnelle aux réunions multiples et à la réalisation de clubs sociaux thérapeutiques à « gouvernement autonome organisé », selon la formule de BIERER au Glasgow Royal Mental Hospital (1938). Pour MORENO, une thérapie d'intergroupe ou de reconstruction s'impose, les problèmes d'un individu ne pouvant être résolus dans un groupe artificiellement coupé de la collectivité. La psychothérapie de groupe en institution exige donc l'insertion dans l'actuel du groupe aussi bien des déterminants affectifs interindividuels que des déterminants sociologiques sous-jacents (à savoir, la structure et la dynamique de l'institution et sa position dans les contextes sociologiques plus vastes). Le passage aux activités thérapeutiques concomitantes à plusieurs groupes (comme la socioanalyse de BOCKSTAELL, les activités centrées sur le T-group de BETHEL, le N Groupe de SCHUTZ, les travaux de G.R. BACH, GRIMBERG, BASOMBRIO, FIGUEROA, RODRIGUE, les thérapeutic communities de Maxwell JONES, etc.) constitue, par la mise en évidence et le maniement de cette double polarité, une des directions de recherche les plus importantes* ».

À noter également les travaux de FROMM-REICHMANN à Chestnut Lodge, de 1935 à 1957, qui vont poser les principes d'une psychothérapie psychanalytique intensive institutionnelle, dans la double lignée de FREUD et GRODDECK, d'une part et de H.S. SULLIVAN d'autre part. K. MENNINGER a exploré aussi ces voies psychothérapeutiques et institutionnelles.

En Amérique du Sud, des travaux sont intéressants à signaler : en Argentine, Angel GARMA introduit la pensée kleinienne et Enrique PICHON-RIVIERE réalise des groupes d'adolescents psychotiques à Buenos Aires. C'est là que Salomon RESNIK et Willy et Madeleine BARANGER iront se former à la psychanalyse, avant de rejoindre, pour ce qui concerne RESNIK, l'Angleterre et sa prestigieuse école psychanalytique (KLEIN, ROSENFELD, BION, BICK, WINNICOTT...), puis en France où il travaillera avec TOSQUELLES et OURY. Il restera, jusqu'à aujourd'hui, très intéressé par les approches de groupe dans la compréhension et le traitement de la psychose.

Ainsi, les conceptions anglo-américaines ont permis aux psychiatres français de dépasser, en l'enrichissant, la « thérapeutique plus active » dont Hermann SIMON avait exposé les principes.

Les pédagogues.

ITARD, considéré comme le père de la psychiatrie infanto-juvénile, a tenté d'éduquer Victor, l'enfant sauvage de l'Aveyron. Même si sa tentative s'est soldée par un échec relatif, il faut bien dire qu'après lui la pédagogie ne s'est plus pensée comme avant. Puis SEGUIN introduit de nouvelles conceptions dans le domaine de la pédagogie. Avec MONTESSORI, PESTALOZZI, DEWEY, DECROLY, MAKARENKO, COUSSINET, des groupes d'enfants et d'adolescents sont pris en charge et éduqués en référence à une conception plus ouverte de l'homme. Des personnalités très marquantes, telles que FREINET et la pédagogie qui portera son nom, font évidemment partie des précurseurs. Là encore, les découvertes freudiennes vont influencer des pédagogues comme AICHORN, HUG-HELLMUTH, à Vienne, et également Véra SCHMIDT qui tentera une expérience de crèche à Moscou jusqu'à la condamnation de la pensée psychanalytique par la vulgate stalinienne. Tous ces précurseurs pédagogues ont eu une influence sur l'utilisation des méthodes de groupe dans la prise en charge des malades mentaux, enfants et adultes.

Plus tard, nous verrons les rôles joués par A.S. NEILL, à Summerhill, puis par F. DELIGNY [20], d'abord auprès des enfants et adolescents délinquants, puis des autistes ; de même, par Fernand OURY [69], s'appuyant sur la pédagogie de FREINET et la fécondant avec d'autres par la psychanalyse pour proposer la « Pédagogie Institutionnelle ».

B2. Les fondateurs.

Le renouvellement de l'assistance psychiatrique française de 1942 à 1950.

En France, l'histoire des thérapeutiques institutionnelles s'inscrit dans le renouvellement de l'assistance psychiatrique inaugurée par BALVET, en 1942 au Congrès de Montpellier, qui, avec TOSQUELLES, dénoncent l'état des malades mentaux et reprennent l'idée de H. SIMON selon laquelle il faut considérer la collectivité elle-même comme malade et déterminer par quel processus les établissements psychiatriques aggravent les malades mentaux, ce que OURY appellera plus tard la « pathoplastie ». Les 40 000 malades mentaux morts pendant la guerre 39-45 (sur les 80 000 hospitalisés en France) donnent un caractère tragique à leurs prédictions et, s'appuyant sur les expériences des prisonniers revenant des camps de concentration allemands, un grand mouvement de transformation des conditions d'exercice de la psychiatrie est engagé à partir de 1945 par BALVET, BONNAFE, CHAURAND, DAUMEZON, EY, FOUQUET, LE GUILLANT, SIVADON, TOSQUELLES et d'autres, dans le cadre des Journées Psychiatriques Nationales (1945-1947) et au sein de la Commission des maladies mentales, jusqu'au Congrès de Bonneval sur les « Psychothérapies collectives » (1951). Dans cette période très féconde, le groupe BATIA, à l'instar du groupe BOURBAKI des mathématiciens, composé de AJURIAGUERRA, BONNAFE, DAUMEZON, DUCHENE, EY, FOLLIN, FOUQUET, LACAN, LE GUILLANT, MIGNOT et SIVADON, se réunit avec l'idée de conjuguer le psychanalytique et l'institutionnel. Mais la guerre froide va aboutir à l'éclatement du groupe en deux tendances, l'une psychanalytique prévalente et l'autre constituée des psychiatres communistes pris en otage dans les menées staliniennes antipsychanalytiques. Cette séparation aura de très lourdes conséquences sur la psychiatrie française.

Georges DAUMEZON.

« Georges DAUMEZON devient médecin-directeur de Fleury-les-Aubrais, en 1938. C'est son deuxième poste. Brillamment reçu au médicat en 1937, à l'âge de 25 ans, il a rédigé sa thèse sur « La situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés ». Très engagé dans le mouvement des Éclaireurs unionistes, il poursuivra cette activité même après sa prise de fonction de médecin-chef à Sarreguemines. Il a puisé dans cette expérience une partie de ce qu'il va investir comme organisateur de ce collectif dont il se verra confier la charge par un arrêté ministériel. Sa formation juridique, l'aura que lui valent ses fonctions de secrétaire général du tout nouveau Syndicat des Médecins des Hôpitaux Psychiatriques, font de lui le référent privilégié de ceux qui cherchent des points d'ancrage théoriques et pratiques pour mener « le combat désaliéniste » (BONNAFE) dans des services de plus de 400 malades avec des infirmiers à peine sortis de l'ère du gardiennage. DAUMEZON met l'accent sur l'importance d'une étude sociologique du milieu asilaire et sa transformation par la création d'activités diversifiées fournissant aux patients des occasions de rencontres et d'échanges. Pour la réalisation de cet objectif, il montre l'importance de ce personnage en position de convivance avec les malades qu'est l'infirmier et, en 1949, il crée avec Germaine LE GUILLANT, permanente aux Centres d'Entraînement aux Méthodes d'Éducation

Active, des stages de formation destinés aux infirmiers en psychiatrie. Ces stages vont avoir une influence déterminante pour l'essaimage de cette action transformatrice, voire subversive.

Il fait école, et deux de ses élèves qui achèvent leur internat à Maison Blanche avant son arrivée à Sainte Anne, vont prolonger son action dès leur accès à la fonction de médecin-chef. Philippe KOEHLIN, co-auteur de l'article qui crée le terme de « psychothérapie institutionnelle », rédigera sa thèse sur « Étude sur la place du travail dans la pratique psychiatrique actuelle » (1951), ouvrira en 1960 l'hôpital psychiatrique Charcot en Seine et Oise, où, en tant que médecin-directeur, il initiera une expérience analogue à celle de DAUMEZON. Philippe PAUMELLE, qui a choisi pour sujet de thèse « Essai du traitement collectif du quartier d'agités » (1952), et ceci avant l'ère des neuroleptiques, s'engage en 1960 dans la réalisation d'un secteur de santé mentale sous la forme juridique d'une association loi 1901. L'expérience du XIIIème arrondissement se fera avec quelques psychanalystes de valeur attirés par le travail en institution (RACAMIER, DIATKINE, LEBOVICI, WOODBURY). Ils feront part de leur expérience dans un ouvrage paru en 1970 : « Le psychanalyste sans divan » [4].

Les stages des CEMEA sont l'occasion de rencontres entre médecins et infirmiers. Mais DAUMEZON constate certains malentendus quant à l'usage qui peut en être fait. Il écrit le 9 mai 1957, dans une lettre destinée à ceux qui l'ont aidé dans la réalisation de ces stages : « L'utilisation par les médecins et les administrateurs qui ne participent pas à ces perspectives des stages et de leur enseignement, donne lieu souvent à des résultats aussi aliénants que l'était l'asile traditionnel ». L'amertume qui se dégage de cette remarque répondait au fait que les infirmiers revenaient des stages des CEMEA enrichis, non pas tant de techniques sociothérapeutiques ou de recettes pour occuper les malades, que d'une approche et d'une compréhension du fait psychopathologique et des modes relationnels, qu'ils avaient eux-mêmes vécus, entièrement repensés et modifiés. Il en découlait un changement radical de leur attitude professionnelle et le désir de la mise en place de structures désaliénantes et thérapeutiques. Et, ce faisant, ils se heurtaient au traditionalisme de la hiérarchie infirmière et médicale. C'est ce qui va l'amener à proposer des rencontres entre psychiatres et psychanalystes d'où sortiront, aux termes d'échanges fructueux et parfois passionnés, des orientations très précises, tant sur le devenir de la psychothérapie institutionnelle que de la psychiatrie de secteur.

Paul SIVADON.

« Paul SIVADON se révèle très tôt comme un organisateur. Après un bref passage en province, il occupe un poste de médecin à Ville Évrard où il va réaliser la première expérience d'une psychiatrie enrichie en personnel avec le soutien financier de la Sécurité Sociale. C'est lui qui le premier accueille des collègues venant travailler avec lui en qualité d'assistants. Peu après, Louis LE GUILLANT et Henri EY organiseront à leur tour des CTRS (Centre de Traitement et de Réadaptation Sociale). Il crée un club de malades ouvert sur l'extérieur et réalise un foyer de post-cure. Il souligne l'importance pour la vie d'un service – idée neuve à l'époque, préconisée également par BALVET, BONNAFE et DAUMEZON – des réunions de personnel.

L'importance que SIVADON accorde au travail et à l'architecture le désigneront tout naturellement pour devenir le conseiller puis le premier médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique réservé aux enseignants dont va se doter la MGEN. La Verrière essaïmera dans Paris et en province en créant des hôpitaux de jour, des centres de consultations spécialisées et des centres de post-cure. Son départ comme enseignant à Bruxelles permettra à ses élèves (AMIEL, CHANOIT, GARRABE, RICHOUX) de prendre des responsabilités dans ces différentes institutions. » [4, p. 403].

François TOSQUELLES.

François TOSQUELLES est né à Reus, en Catalogne, le 22 août 1912, dans une famille de la petite bourgeoisie marchande à prétentions culturelles. Ayant fréquenté dès son enfance, par le réseau d'alliances familiales, une institution psychiatrique locale inscrite dans le contexte culturel et politique de la « Renaissance catalane », très tôt il s'engage dans le paysage psychiatrique et dans le combat politique. Devenu médecin de cette institution psychiatrique, il fut l'un des élèves de MIRA I LOPEZ, dont la tâche informative fleurit sur le terrain parcouru avant lui par les anciens psychiatres du mouvement philanthropique du siècle dernier. Ceux-là même qui ont été à la source de l'Institut Pere Mata, dont MIRA finit par être conseiller auprès de la direction, avant même qu'avec l'organisation de l'Université Autonome de Barcelone, il n'occupe la chaire de psychiatrie. MIRA donc, maître et ami, devint le lieu porte-parole de la continuité, ainsi que le tournant significatif, pour ne pas dire la coupure, dans la psychiatrie vécue comme pratique concrète, où le jeune TOSQUELLES s'engagea : psychiatrie infantile, psychologie du travail, psychologie juridique et pédagogie, constituent pour ainsi dire les divers centres d'intérêt que MIRA développa dans ses approches de la folie classique et de la psychothérapie, où s'ouvrait le champ théorique de la psychanalyse et des effets des groupes sociaux, dans la progressive et variable singularisation d'un chacun.

C'est à l'occasion des faits politiques d'Autriche et d'Allemagne, qu'un certain nombre de Juifs se sont réfugiés à Barcelone, accueillis par MIRA. L'un d'eux fut l'analyste de TOSQUELLES, de la fin 1931 à 1935. TOSQUELLES, dès 1934, avait tiré les conséquences des difficultés structurelles rencontrées par l'introduction de la psychanalyse classique du divan : d'une part, dans les institutions et, d'autre part, il va sans dire, en ce qui concerne les enfants et les psychotiques, voire les psychopathes. Ce fut grâce à Werner WOLF, un autre « réfugié », qui travaillait au même institut Pere Mata, mythologue fort entiché de la psychologie de la forme, que s'ouvrit une incidence dans l'avenir professionnel de TOSQUELLES... Cette malade, à propos de laquelle TOSQUELLES avait publié l'observation en 1935, tout à coup, ne dit plus rien sur le divan... TOSQUELLES demanda l'aide du groupe de contrôle, où alors WOLF dévoila ce que tous les infirmiers savaient, qu'elle avait choisi de parler à une malade du service, sourde et aveugle. C'est à cette occasion que WOLF dit : « Es ist eine gestalt », un ensemble d'éléments, d'espaces articulés, dont on ne peut isoler sans leurre les parties, voire les individus en co-action dans ces espaces. C'est le point de départ de la Psychothérapie Institutionnelle.

TOSQUELLES a été dans sa jeunesse un lecteur attentif de MARX, voire un militant, ayant de ce fait une certaine pratique des groupes d'avant-garde. Quoi qu'il en soit, la guerre d'Espagne arrêta l'essor de la « psychiatrie civile-civilisée » de Catalogne. Ce fut pour lui l'occasion d'engager une intense activité psychiatrique au front d'Aragon, qui ne trouvera cependant paradoxalement l'occasion de son épanouissement majeur qu'après les journées sanglantes de mai, dont TOSQUELLES survécut par miracle, et aux fronts du sud de l'Espagne, où il fut le chef des services psychiatriques de l'Armée de la République, depuis le début de 1938 jusqu'au 1^{er} avril 1939. C'est là que des services mobiles de secteur, ainsi que la communauté thérapeutique d'Almovar del Campo, s'articulaient avec ce qu'on peut appeler l'hygiène mentale aux armées, avec des tâches de sélection professionnelle de diverses armes, sans pour autant cesser de rendre service à la population civile, en cas d'urgence ou d'impasses psychiatriques. Lorsqu'il put échapper au piège franquiste, il gagna la France le 1^{er} septembre 1939. Il était convaincu que l'expérience psychiatrique qui était déjà la sienne pourrait être utile à la lutte antifasciste dans laquelle la guerre de 1939 s'inscrivait. Ce fut pour lui l'occasion d'instaurer un service psychiatrique dans le camp de concentration de Sept Fonds. Le 6 janvier 1940, il fut invité, trouva accueil et champ opératoire à Saint-Alban, en Lozère.

La débandade de 1940 amena à Saint-Alban, hasard et nécessité, refuge et combat, un certain nombre d'intellectuels, médecins et hommes de lettres. Il s'agit donc d'évènements et de conditions que l'on peut considérer en effet comme exceptionnels, grâce auxquels il fut possible de mettre en place un dispositif psychiatrique où les perspectives du passé de TOSQUELLES pouvaient se montrer opératoires. La projection et la diffusion de cette expérience se répandirent après la guerre. Devenu médecin, puis psychiatre de l'Université française après avoir franchi tous les échelons de la hiérarchie hospitalière, il sera nommé médecin-directeur en 1953. Durant ces années de guerre et d'après-guerre, se retrouvent A. CHAURAND, L. BONNAFE, P. BALVET, puis M. DESPINOY, R. MILLION, F. FANON, J. OURY et, plus tard, R. GENTIS, Y. RACINE et H. TORRUBIA qui venait, chaque semaine, d'Aurillac à Saint-Alban.

Il prend la responsabilité médicale de l'institution pour enfants « Le clos du nid » à Marjevols. TOSQUELLES va accueillir à Saint-Alban les premières journées du G. T. Psy en 1960, puis, lors de sa disparition en 1965, il deviendra le premier président de la Société de Psychothérapie Institutionnelle. En 1970, après une tentative à Marseille, il est nommé à Nouvelle Forge, dans l'Oise, dans un secteur de psychiatrie infanto-juvénile. Puis, en 1975, nommé à Agen, il se rapproche du sud, après avoir renoué depuis quelques années avec la mouvance renaissante de l'Institut Pere Mata. Après avoir pris sa retraite en 1979, il continua d'animer de très nombreux groupes de praticiens « pour divers types d'entretiens visant à la formation professionnelle du personnel "psychiste" et au dévoilement de l'objet même de la psychopathologie qui s'impose à ces professionnels » [101].

Son influence sur la psychiatrie française a été considérable et nous n'avons pas fini d'en découvrir tous les prolongements aujourd'hui. TOSQUELLES est mort en septembre 1994, à Granges-sur-Lot ; il avait participé, juste avant sa disparition, à l'ouvrage collectif sur la Psychothérapie Institutionnelle et conclu sa contribution ainsi : « En tout cas, malgré la confusion et le pessimisme où se trouve engagé l'ensemble des hommes en 1994, malgré mon état physique actuel qui justifient ensemble le pessimisme égocentrique le plus radical, je dois dire ici que je reste convaincu que tant qu'il y a des hommes à la surface du monde, quelque chose de leur démarche reste acquis, se transmet, disparaît parfois, mais aussi resurgit quoi qu'il en soit de catastrophes mortifères qui nous assaillent souvent. Comme on le sait, cette résurgence prend le plus souvent des formes nouvelles qui s'actualisent entre nous dans les enjeux du transfert » [102].

Les psychothérapies collectives ; période des rencontres : 1950-1960.

En 1951, organisées par Henri EY, ont lieu les journées de Bonneval (après les fameuses journées de septembre 1946 sur la « Psychogénèse des névroses et des psychoses » avec BONNAFE, EY, LACAN,...) sur le thème des « Psychothérapies collectives ». TOSQUELLES expose l'organisation mise au point dans l'hôpital de Saint-Alban et les bases de la Psychothérapie Institutionnelle. Il est vivement critiqué par LE GUILLANT qui lui reproche que « *les techniques de groupe flottent à mi-chemin entre des concepts psychanalytiques imprécis et une sociologie approximative (...) puis, plus loin, « ces transformations à l'intérieur du dispositif matériel de l'asile nous éloigne des vrais problèmes psychiatriques que sont l'étude des situations pathogènes qui aliènent les hommes, leur mode d'action et de transformation. L'hôpital n'est ni un village ni une usine et il n'a que faire de singer leurs institutions. Le malade doit certes participer à des groupes, mais à ces groupes humains réels auxquels il appartenait et continue d'appartenir.* » [4, p. 405].

TOSQUELLES lui répond qu'il scotomise précisément l'analyse du rejet du malade par la société, surtout quand il est psychotique. On peut voir déjà, dans ces oppositions, les racines de ce qui va aboutir au courant anti-psychiatrique de COOPER et BASAGLIA, puis, plus tard, à une certaine conception de la réhabilitation sociale, celle qui n'envisage pas de traitement possible pour la psychose et se contente donc d'un « traitement social ».

À cette époque ont lieu d'autres travaux qui concourent à l'approfondissement de ces notions de psychothérapie collective et favorisent les rencontres entre différents courants de pensée. C'est ainsi que la Fédération Nationale de Croix-Marine, après la création, à l'initiative de DOUSSINET, de la première société régionale d'hygiène mentale à Clermont-Ferrand en 1947, va venir jouer un grand rôle dans la diffusion et la mise en place des idées de la psychothérapie institutionnelle. Henri EY va également contribuer à ce renouveau par l'organisation à Paris, en 1950, du premier congrès international des psychiatres, au cours duquel « *un grand nombre de participants vont pouvoir réviser leurs positions et leurs malentendus* » [102, p. 51].

De nombreux textes préparatoires vont également aboutir à la présentation par le ministère de circulaires visant à réorganiser le fonctionnement de la psychiatrie : la circulaire du 4 février 1958, portant sur l'organisation du travail thérapeutique, et celle du 15 mars 1960, sur la psychiatrie de secteur. Mais en attendant la parution de ces textes, les psychiatres se sont servis des associations loi 1901 conventionnées avec les hôpitaux psychiatriques : Saint-Alban, Lannemezan, Ville Évrard, Villejuif, Bonneval, Aix en Provence, Vauclaire, Leyme, Auch, Aurillac, Toulouse, etc. Les travaux des auteurs ont porté sur l'analyse critique des structures traditionnelles et sur les structures idéales, sur l'utilisation de la psychanalyse et de la sociodynamique. Citons, par ordre chronologique : RIDOUX, 1950 ; ALIZON, FOLLIN, SCHEER, KOECHLIN, 1951 ; BENOISTON, BERTHIER, CALVET, PAUMELLE, THEALLET, 1952 ; MARGAT, PUECH, 1953 ; AZOULAY, FANON, OULES, TEULIE, 1954 ; RAPPARD, SCHWEICH, SEGUI, 1955 ; OURY, 1956 ; AYME, BAUDRY, BIDAULT, RACAMIER, 1957 ; CHAIGNEAU, FERNANDEZ-ZOÏLA, GENTIS, GUILLET, MICHAUD, TORRUBIA, 1959 ; ROELENS, 1960 ; COLMIN, 1961 ; PONCIN, ROTHBERG, SIMEON, TBOUL, 1962...

En 1957, au congrès de Zurich, OURY fait une intervention sur « L'entourage du malade dans le cadre de la thérapeutique institutionnelle », dans laquelle il insiste sur les deux aliénations et sur l'importance d'effets inattendus de cette technique : « *Par une technique du milieu, le médecin arrive à éclairer des zones de la personnalité de chacun qui seraient restées à tout jamais dans l'ombre. Elle tend à créer des systèmes de médiation contrôlés médicalement entre l'ensemble du personnel de l'hôpital et l'ensemble des malades. (...) Cette dialectique soignants-soignés instaure un ordre particulier qui bouleverse les structures trop anciennes et donne sa signification à tout système médiatif que l'on cherche à créer* ».

Entre temps, en 1957 et 1958, ont lieu, à l'initiative de DAUMEZON, les rencontres du groupe de Sèvres. Ce groupe rassemble tous ceux qu'anime la volonté de changements institutionnels, les héritiers de PINEL et de FREUD. AYME [4, p. 405] les décrit ainsi : « *Le groupe réunit soit ceux qui veulent subvertir l'institution asilaire pour en faire un véritable instrument de soins, désireux de guérir dans la même démarche les institutions et les malades qu'elles accueillent, soit ceux qui veulent créer un ailleurs dégagé des facteurs d'aliénation de structures héritées du passé* ». Il poursuit : « Les premiers sont principalement des psychiatres cliniciens qui, à partir des expériences de type simonien, élaborent une rationalisation des phénomènes de groupes en institution selon plusieurs directions : psychanalyse, psychiatrie, phénoménologie, anthropologie structurale, psychologie sociale, linguistique... (DAUMEZON, OURY, TOSQUELLES, BAILLY-SALIN, AYME, CHAIGNEAU, ...). Les seconds sont plutôt des psychanalystes qui étendent une méthode éprouvée en thérapeutique individuelle aux situations de groupe (LEBOVICI, DIATKINE, RACAMIER, KESTEMBERG, ...). Le problème se pose, à partir de cette tendance, de la spécificité thérapeutique propre des phénomènes de groupe. Les thèmes abordés touchent à la lutte

contre la suraliénation asilaire, à la participation des infirmiers à la psychothérapie et à la politique de secteur. Mais un conflit éclate et deux tendances vont développer, chacune dans leur style, une théorico-pratique référée à la fois à la psychanalyse et aux institutions. Rappelons toutefois, au niveau du contexte général, que STALINE est mort en 1953 et que le rapport fait par Kroutchev en 1956 au XXème congrès du PC d'URSS peut laisser espérer une détente ; la reprise en main de Budapest en octobre 1956 montrera qu'il n'en est rien. À noter également le début de la guerre d'Algérie en 1954, avec ses conséquences en France et en Algérie. Un autre événement aura une grande portée dans le conflit du groupe de Sèvres, la scission de la Société Psychanalytique de Paris et la création de la Société Française de Psychanalyse après le rapport fait à Rome par Jacques LACAN en septembre 1953.

La dispersion : 1960-1970.

Autour de TOSQUELLES et de OURY, un petit nombre de responsables de services de psychiatrie se regroupent (GENTIS, PONCIN, RACINE, TOSQUELLES, OURY, TORRUBIA, COLMIN, PAILLOT, AYME, puis BAUDREY, CHAIGNERAU, MICHAUD, MILLION, POLAK, RAPPARD, VERMOMREL, GUATTARI) pour douze rencontres qui vont se situer entre le 1^{er} mai 1960 et le 31 octobre 1965, avec la participation fréquente de Jacques SCHOTTE, psychiatre et psychanalyste enseignant à Louvain (cf., à ce sujet, le numéro spécial de l'Information psychiatrique de juin 1999). Les thèmes abordés sont là encore indicatifs des préoccupations des participants tant sur les plans théoriques que pratiques : l'établissement psychothérapique comme ensemble signifiant, l'argent à l'hôpital psychiatrique, fantasme et institution, le concept de production dans le collectif psychiatrique, la notion de superstructure, le transfert en institution...

Puis, en 1965, la Société de Psychothérapie Institutionnelle est créée sous la forme d'une fédération de groupes régionaux. C'est là que TOSQUELLES propose sa célèbre métaphore : « *La psychothérapie institutionnelle marche sur deux jambes : la psychanalytique et la politique* ». Une revue appelée « Psychothérapie institutionnelle » est éditée et va faire paraître sept numéros sur les grands concepts : le transfert, la transversalité, la hiérarchie, la pédagogie,... Mais, en 1968, la SPI cesse de fonctionner... Devant la grande affluence que commencent à connaître ces petits groupes, GUATTARI crée la FGERI (Fédération des Groupes d'Étude et de Recherche Institutionnelle) qui publiera la revue « Recherches ».

Pendant ce temps, RACAMIER, LEOVICI, DIATKINE et PAUMELLE vont travailler ces articulations différemment et produire un livre très important, « *Le psychanalyste sans divan* », qui contient beaucoup d'éléments très intéressants, notamment la prudente contribution de DIATKINE : « *L'apport de la théorie psychanalytique à la compréhension des maladies mentales et éventuellement à l'organisation d'institutions destinées à les traiter* » et également celle de RACAMIER sur les « *Interactions dynamiques entre les malades et l'institution* », dans laquelle il décrit en détail l'« *observation princeps de STANTON et SCHWARTZ* » sur les « *phénomènes de résonance sociopathologique entre dissociation schizophrénique et dissociation du milieu* ». OURY généralisera le principe de STANTON et SCHWARTZ en élaborant sur le plan thérapeutique la réponse que constitue la « *constellation transférentielle* » à ces problèmes spécifiques des psychoses. Cet ouvrage, s'il reste un élément fondamental des travaux de l'école du XIIIème, offre un certain nombre de divergences avec le courant de Psychothérapie Institutionnelle, notamment sur le concept de « transfert » : pour l'équipe du XIIIème, le transfert doit être restreint à la seule cure-type et à ses entours immédiats ; les mouvements affectifs entre les patients et les soignants sont des attitudes et des contre-attitudes et ne relèvent pas du même espace de référence. Pour le mouvement de Psychothérapie Institutionnelle, le transfert englobe l'ensemble de la situation institutionnelle et doit donc être appréhendé en tant que tel dans les espaces de paroles institués ; TOSQUELLES crée à cette fin le concept de « contre-transfert institutionnel ».

Mais s'il n'est pas possible de ne pas reconnaître ces divergences, je reste persuadé, quarante ans après, que les points de rapprochements étaient plus nombreux que les divergences. Bien sûr, outre les positions politiques différentes, nous pouvons comprendre aujourd'hui que la question des appartenances psychanalytiques a eu la plus grande importance sur les avatars... institutionnels de ces courants. Je n'oublie pas non plus que ces psychanalystes, LEOVICI et DIATKINE, ont fondé à cette époque l'école de pédopsychiatrie française qui a aujourd'hui un grand renom sur le plan international. Des rapprochements sont sans doute maintenant possibles et souhaitables. En tous cas, ils sont attendus par ceux qui se soucient aujourd'hui à la fois de psychanalyse et d'institution, notamment pour le soin des psychotiques enfants et adultes.

Jean OURY.

En 1947, alors qu'il est en quatrième année de médecine, OURY assiste grâce à MILLION au cycle de conférences hebdomadaires de la rue d'Ulm : EY, LACAN, BONNAFE, TOSQUELLES... Il hésite entre la recherche en physique-chimie à l'Institut PASTEUR et la psychiatrie. AJURIAGUERRA reçoit une lettre de TOSQUELLES qui propose deux postes d'interne à Saint-Alban : OURY et MILLON y arrivent le 3 septembre 1947. C'est le début d'une amitié avec TOSQUELLES qui ne se démentira jamais. OURY reste à Saint-Alban deux ans, puis part à Saumery en octobre 1949. En décembre 1950, il est thésé et qualifié en psychiatrie et se retrouve de fait médecin-directeur jusqu'en 1953. Le 3 avril, OURY s'installe à La Borde avec les patients de Saumery qui l'ont suivi. Commence alors l'histoire d'un lieu qui a contribué à soigner un nombre énorme de patients atteints de psychoses et d'autres pathologies, mais aussi à accueillir des stagiaires du monde entier venus à La Borde pour y réfléchir avec les soignants permanents, les « moniteurs », sur les pratiques et la théorie de la psychothérapie institutionnelle et, à dire vrai, de la psychiatrie, et pouvoir en importer les « invariants structuraux » dans leurs services d'origine. OURY rencontre LACAN, va travailler avec lui pendant plus de vingt ans, et particulièrement dans le cadre de l'École Freudienne dont il devient un des principaux membres, et ainsi participe de cette aventure du « retour à FREUD ». Il rencontre également Félix GUATTARI qui apportera à La Borde son dynamisme intellectuel et y prendra racine.

Cette clinique, unique en son genre, a été et est encore le lieu le plus actif dans l'élaboration de la théorico-pratique psychiatrique référée à la Psychothérapie Institutionnelle. OURY, « *un des psychiatres qui connaît le mieux au monde la psychose* » (GENTIS), continue d'enseigner à la façon d'Antigone, sans certitudes, acceptant toujours de remettre sur le métier les concepts fondamentaux, en forgeant de nouveaux, intransigeant sur la position éthique, généreux de sa culture encyclopédique, toujours en position d'épistémologue devant un problème quel qu'il soit, et rigoureux dans la présentation de ses réflexions les plus novatrices. Ses séminaires et conférences-débats sont toujours des sources de surprises et d'enrichissements, et il fait partie de ces quelques rares personnes qui aident vraiment à penser en première personne et non à la manière de... Lecteur insatiable, il articule FREUD, LACAN, MARX, TOSQUELLES, MALDINE, SCHOTTE, HEIDEGGER, KIERKEGAARD et d'innombrables auteurs, avec ses propres conceptions, ouvrant ainsi des perspectives à la fois théoriques et concrètes aux champs psychiatriques. Infatigable militant de la Psychothérapie Institutionnelle, il continue d'animer ce mouvement en insistant sur la nécessité des espaces ouverts, sans jamais abandonner ceux qui comptent sur lui. De très nombreux documents écrits, enregistrés, filmés, sont consultables pour approcher l'histoire de ce qu'il faut bien appeler un des géants de la psychiatrie contemporaine.

AYME, CHAIGNEAU, GENTIS, RAPPARD, TORRUBIA.

Ils ont eu également, parmi les principaux artisans de ce mouvement, un rôle important dans la diffusion des idées et des pratiques de la Psychothérapie Institutionnelle.

Jean Ayme, psychiatre des hôpitaux, médecin-directeur à Clermont de l'Oise, puis chef de service à Sainte-Anne à Paris, est un militant depuis le début de sa carrière psychiatrique. Il va devenir Président du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux et arriver à faire prendre conscience de l'importance des concepts de la psychiatrie de secteur et de la psychothérapie institutionnelle dans la pratique des équipes de secteur françaises. Passionné d'histoire, il va écrire de très importantes contributions [4 et 5] à celle du mouvement de Psychothérapie Institutionnelle, mais il est aussi l'auteur d'un ouvrage [6] fondamental sur l'histoire de la psychiatrie française au cours de la deuxième moitié du XXème siècle.

Hélène Chaigneau, psychiatre des hôpitaux, chef de service à Maison-Blanche, a contribué à l'approfondissement permanent des concepts de la psychothérapie institutionnelle par son souci de la rigueur et de la justesse. Son esprit critique et sa brillante intelligence des personnes et des événements en font un des piliers de la sagesse psychiatrique. Plusieurs de ses élèves (KARAVOKYROS, BAILLON...) ont contribué à développer de véritables politiques de secteur dans les services qu'ils ont dirigés.

Roger GENTIS, formé à Saint-Alban avec TOSQUELLES et ses collègues, a su donner un essor particulier à la psychiatrie en publiant un pamphlet, « Les murs de l'asile » [42], qui eut un énorme retentissement, laissant malheureusement dans l'ombre une pratique très intéressante d'ouverture psychiatrique sur le secteur, le projet Aloïse, menée à Orléans en articulation avec le « culturel ». Il s'est également penché sur les thérapies mettant le corps [43] en scène dans les approches psychothérapeutiques.

Philippe RAPPARD, psychiatre des hôpitaux, interne chez Henri EY, a écrit une thèse sur « Les clubs thérapeutiques » (Bordeaux, 1955). Chef de service à Étampes, il a publié de très nombreux textes sur la théorie de la psychothérapie institutionnelle et, notamment, son fameux « La folie et l'État » [86].

Horace TORRUBIA, psychiatre des hôpitaux, chef de service à Fleury-lès-Aubrais avec GENTIS, après avoir participé à la guerre civile espagnole aux côtés des républicains, est obligé de fuir son pays, à l'instar de TOSQUELLES. Il fait sa médecine à Toulouse et est nommé à Aurillac, ce qui lui permettra des contacts intenses avec l'équipe de Saint-Alban. Il a incarné une fonction très importante dans le mouvement de psychothérapie institutionnelle, celle du doute méthodique : « Et si ce n'était pas ça ? », se plaisait-il à dire lors des discussions roboratives que les uns et les autres avions avec lui. Toujours soucieux de cohérence sur le plan intellectuel et de vérité sur le plan affectif, il a su instaurer dans son service une qualité des soins rare. À une patiente délirante qui, le voyant arriver pour la première fois dans le service, lui avait envoyé une magistrale paire de gifles, il répondit, devant son personnel prêt à « maintenir » la patiente pour le défendre, qu'il avait compris qu'elle voulait lui parler ; et de s'isoler avec elle pour l'écouter, indiquant par ce geste qu'il souhaitait transformer les passages-à-l'acte en autant d'occasions de parler. Un ouvrage reprenant ses principales publications devrait sortir prochainement.

B3. Psychothérapie institutionnelle et psychiatrie de secteur : renaissance ou survie ? (1970-2000).

La mise en place du secteur en référence à la psychothérapie institutionnelle : 1970-1980.

ARTARIT, BAILLON, BAILLY-SALIN, BROUSTRA, CERTHOUX, CHOLLET, COLMIN, DISSEZ, GAUSSEL, HENRY, KARAVOKYROS, LIAUZU, RACINE, RIBSTEIN, ROTH, TOSQUELLAS, VIADER et beaucoup d'autres... vont mettre en place, là où ils sont nommés, les secteurs de psychiatrie avec un certain nombre de vicissitudes qui donnent lieu à beaucoup de travaux. Je dois souligner, à ce moment, la place déterminante qu'a eue le syndicat des psychiatres des Hôpitaux pour relayer, soutenir et élaborer collectivement les applications de la doctrine de secteur dans chaque département, souvent contre les directions administratives locales peu au fait des raisons profondes de cette révolution psychiatrique.

La mise en place de la psychiatrie de secteur à partir des années 1970 va avoir une influence déterminante dans l'extension des idées et des pratiques de la psychothérapie institutionnelle, dans la mesure où pour ses fondateurs, nous l'avons vu, l'importance de la désaliénation à accomplir est déterminante pour changer le visage de la psychiatrie. Plusieurs scénarios vont se dérouler : soit le service hospitalier est ancien avec un passé très asilaire en ce qui concerne les pratiques et la mise en place du secteur extrahospitalier sera pour le moins pénible ; soit le service hospitalier n'existe pas et il va s'agir d'une *implantation préalable*, mais la question des hospitalisations se posera souvent d'une façon conflictuelle avec les services chargés des hospitalisations à leur place ; soit le service hospitalier a déjà depuis longtemps commencé à travailler dans un esprit de secteur et cette réforme va se mettre en place dans de bonnes conditions humaines pour les patients et les soignants.

C'est en 1976 que le groupe régional de Brignac va se mettre en place, sous l'impulsion de COLMIN qui a réuni à Sainte-Gemmes-sur-Loire quelques psychiatres autour de lui dans le but de transformer ce vieil asile en un établissement fonctionnant en référence à la psychothérapie institutionnelle ; il s'agit, au début, de Jacques HENRY, Gérard MERCIER, Marie-Françoise LE ROUX, Daniel DENIS et Pierre DELION. Un contact avec Jean OURY permet, pour la première rencontre de 1976, de rassembler quelques psychiatres intéressés parmi lesquels MONROY, BAILLON, LECLERC, BIDAULT, LAFFOND, DISSEZ, ROULOT, SANS et quelques autres. Ce groupe continue aujourd'hui de se réunir, depuis 24 ans, et a abordé de nombreux thèmes toujours articulés avec des monographies de services.

Les CPN (Centres Psychothérapeutiques de Nantes), à cette époque, pratiquent autour de quelques foyers nantais une psychothérapie institutionnelle très militante qui fera naufrage dans la création de la Fondation PI au Cellier.

À La Roche-sur-Yon, PENNEC et les HORASSIUS [3] mettent en place une psychiatrie de secteur très en lien avec les expériences de PAUMELLE à Paris ; ils ont la chance rare d'avoir un directeur, MAZURELLE, qui favorise les initiatives des psychiatres de secteur et de leurs équipes. C'est là que se formeront BARRE, HALIMI et les GLOANNEC. À Nantes, GANRY développe son service dans cette mouvance, avec P. RHABILLER et TOURET à Fontenay-le-Comte.

À Villeurbanne, J. HOCHMANN [50 et 51] pour les enfants et SASSOLAS pour les adultes, dans la même lignée, mettent en place leur association « Santé mentale et communauté », dont le travail

d'approfondissement et d'articulation entre psychanalyse et institution est remarquable à bien des égards.

Un développement bien tempéré : 1980-1990.

Mais en France, d'autres régions ont réalisé un très gros travail de réflexion pour mettre en place une psychiatrie de secteur de bonne qualité. Je cite à titre indicatif : LE ROUX à Morlaix puis à Landerneau, DISSEZ avec DRYLEVICZ à Tours, MINARD à Dax, CHEMLA à Reims, HENRY, DENIS, BUZARE, ROBELET et DELION à Angers, RICHON à Thouars, ROTH à Sarreguemines, MERCIER à Laval, VIADER, GIUDICELLI, MOREAU et TOSQUELLAS à Marseille, PHERIVONG à Rennes puis à Fontenay-le-Comte, DAROT à La Roche-sur-Foron, LEGENDRE à Anemasse, MARCIANO à Béziers, TONNELIER à Toulon, DROGOUL à Paris, CONSTANT à Chartres, HALIMI à La Roche-sur-Yon, SANS avec Contadour (familles d'accueil thérapeutique) à Nantes, SAINT-SIMON à Toulouse, ...

Des débats passionnés ont lieu pour savoir s'il faut ou non créer des clubs thérapeutiques dans l'extra-hospitalier, comment les articuler avec les clubs intra-hospitaliers et avec les structures associatives de la commune ou du quartier urbain. Les questions de la ségrégation se posent avec acuité dans la mesure où chaque service a accueilli les patients hospitalisés dans différents services antérieurement très cloisonnés, à la fois sans mixité vraiment réalisée, avec des séparations de pathologies beaucoup trop rigides. Les infirmiers psychiatriques sont très actifs dans cette transformation de la psychiatrie et, dans la mesure où ils ont été une des principales forces vives pour ces changements très profonds, la suppression de leur diplôme spécifique a été pour la psychiatrie dynamique un coup très dur. En effet, il aurait été tout à fait possible de ne pas traiter ce problème ainsi tout en leur permettant de rejoindre le corps des Diplômés d'État auquel ils auraient dû appartenir pour services rendus.

Mais l'évolution va montrer les difficultés engendrées par une analyse trop superficielle des problèmes posés à la sectorisation. Certains services vont devenir très clivés en deux parties, quelquefois très différentes : un extra-hospitalier de bonne qualité et un intra-hospitalier asilaire. Ces exemples reposent sur une organisation séparant de fait les deux parties du service et en faisant des services quasiment autonomes l'un par rapport à l'autre. Cette constatation est la résultante d'une absence de prise en compte du contre-transfert institutionnel, notion sur laquelle TOSQUELLES insistait beaucoup. En effet, comment soigner un patient en extra-hospitalier et espérer qu'il développe une relation de confiance avec ces soignants si, dès la première décompensation, ce sont d'autres soignants, ceux de « l'intra », qui le prennent en charge ? Nous savons bien que cette logique, loin de répondre à des arguments techniques, est un aménagement des conditions de travail privilégiées des uns par rapport aux autres. La logique psychothérapique repose sur la relation transférentielle qui, elle, repose sur la continuité des soins. Sans cette continuité, pas de relation psychothérapique et, donc, pas de psychothérapie institutionnelle.

Pour nous aider à penser toutes ces difficultés, OURY, « *le plus public des psychiatres privés* » propose dès le début des années 1980, peu après la mort de LACAN, de faire un Séminaire à Sainte-Anne chaque mois. Il commencera par « *Espaces, transfert et psychose* ». Ces séminaires continuent encore aujourd'hui et, par l'étendue des thèmes abordés et leur prise directe dans le concret, permettent à beaucoup de soignants de mieux travailler et penser la psychiatrie. C'est en 1986 qu'a lieu au Mans, à l'initiative de DELION, une première journée nationale des associations culturelles qui a pour thème : « *Le lit, la table et les couloirs : psychopathologie de la vie quotidienne* ». Cette manifestation annuelle réunit à l'équinoxe de printemps, chaque année maintenant, de 300 à 500 participants des équipes soignantes francophones pour travailler ensemble sur des thèmes mobilisateurs : le transfert, les potentialités soignantes, la fonction d'accueil...

C'est également dans cette décennie que les acteurs de différentes régions ont commencé leurs réunions : Association Méditerranéenne de Psychothérapie Institutionnelle avec TOSQUELLES, MOREAU, OLIVE et VIADER ; Sar-Lor-Lux avec ROTH, HOFFMANN,...

La psychothérapie institutionnelle dans la psychiatrie en crise : 1990-2000.

Les effets de la logomachie sur la « désinstitutionnalisation » se font sentir lourdement dans la mesure où les acteurs de la psychothérapie institutionnelle en arrivent à être obligés de rappeler aux collègues, aux tutelles hospitalières, etc., que la diminution du nombre de lits hospitaliers en psychiatrie ne doit pas être une fin en soi. En supprimant des lits, on ne supprime pas le travail psychothérapique à continuer avec les patients au long cours ; au contraire, on l'augmente. Comme la logique de la diminution du nombre des lits a été très bien récupérée par les décideurs pour faire des

économies, ceux qui luttent contre les effets néfastes de cette diminution « sèche » passent facilement pour des conservateurs anti-progrès. Le courant antipsychiatrique désormais représenté par cette tendance est à nouveau en opposition avec la Psychothérapie Institutionnelle.

Il semble qu'une partie du courant de la Réhabilitation Sociale, très en pointe actuellement, ait rallié ces positions et tente d'anticiper sur le « délestage » des patients chroniques dans le médico-social en proposant, en lieu et place d'un *traitement possible de la psychose*, auquel certains n'ont jamais vraiment adhéré, des prises en charge qui s'éloignent progressivement de la notion de soin actif. L'idée d'aider le patient à se réinscrire dans le monde du travail est louable et préside à la notion de soins de réadaptation ; il n'en est pas de même lorsque la réhabilitation prétend remplacer le soin. Allant de pair avec ces restrictions budgétaires objectives et les diminutions de psychiatres dans le service public au profit d'une installation massive dans la pratique privée, la suppression du diplôme d'infirmier psychiatrique, sous le prétexte de l'Europe, va aboutir à leur démoralisation et cette période reste pour beaucoup celle d'un moment de dépression générale centrée sur l'hôpital-entreprise, laissant le renforcement des pouvoirs des directeurs prendre toute son ampleur. Les ordonnances JUPPE, réorganisant la philosophie de la Sécurité Sociale, vont créer les Agences Régionales de l'Hospitalisation, véritables lieux du pouvoir sanitaire. Une nouvelle culture apparaît dans les hôpitaux généraux qui tend à être extrapolée dans les hôpitaux chargés de la psychiatrie, sans tenir le moindre compte de leurs spécificités incontournables. Les efforts importants pour développer un « esprit d'équipe » dans les services sectorisés sont l'objet d'attaques en règle pour instaurer un « discours d'entreprise » hospitalocentrique.

B4. Aujourd'hui : état des lieux.

La référence : « La psychothérapie institutionnelle c'est la psychiatrie » (J. OURY).

Quelques pôles de référence : le CRIC à Caen (VILLENEUVE, CRETE, ÉCOBICHON), l'AMPI à Marseille (MOREAU, OLIVE, TOSQUELLAS, VIADER), la Criée à Reims (CHEMLA, ROCHEREAU), l'ACSM à Angers (ALAPETITE, PETIT, DELION...), l'AREPP à Dax (CASTERA, CLAUS, MINARD,...), La Borde à Cour-Cheverny (OURY, COUTURIER, BICHON, LECARPENTIER, ROULOT,...), Saint-Martin-du-Vignogoul à Montpellier (BOKOBZA, MORNET, ENJALBERT,...), Esper au Cellier (CROSSAY, ÉTIENNE,...), Institut Camille Blaizot à Caen (VILLENEUVE), Clinique de Chailles (JEANGIRARD, MARTIN), Cluny à Bellangreville (DEUTCH, CRETE), Reus (LABAD, GARCIA), Barcelone (Fernando VICENTE), Huesca (GONZALES), Rome (AMATI), Mendrizio (PELLANDINI, MAZZOLINI), Setubal (BRAULIO), Sarrebrück (HOFFMANN), Sarreguemines (ROTH), Tours (DISSEZ/JOUHET, DRYLEWICZ), Pontarlier, Bressuire (RICHON, FILET, MARQUET), Rodez (SANS), Bondy (BAILLON, DOUKAN,...), Paris (DROGOUL, SIMON), Villejuif (SPIESSER), Rennes (CHEVALLIER, LAUNAT), Saint-Alban (NAYRAT, BETEILLE), Saint-Simon à Toulouse (MONMAYRANT), Maubeuge (INION), Fontenay (PHERIVONG), etc.

B5. La Psychothérapie Institutionnelle et ses proches : les Thérapeutiques Institutionnelles.

Équipe du XIII^{ème} arrondissement de Paris.

Cette équipe « s'efforce d'intégrer la perspective psychanalytique à la réalité nouvelle d'institutions qui ont cessé d'être a priori hospitalo-centriques. La présence de l'équipe traitante auprès et au sein de la communauté sociale, sa disponibilité, sa continuité, sa mobilité et presque son ubiquité, sa présence consistante, indestructible et durable, sont considérées par PAUMELLE comme des conditions essentielles du travail institutionnel. Au lieu que le psychiatre matérialise et représente, par son propre isolement dans le sein de la forteresse hospitalière, la rupture du malade d'avec le tissu socio-familial, le psychiatre de secteur représente un lien continu et un médiateur actif entre le malade et la réalité sociale, réalité dont il fait lui-même partie. BEQUART et AZOULAY s'attachent à définir la situation institutionnelle et chacun d'eux la différencie de la situation psychanalytique. Il est évident que l'institution ne saurait calquer son ambition sur celle de la cure psychanalytique, mais n'en permet pas moins, dans certaines conditions, une mobilisation psychodynamique réelle ». Cette équipe de renom, avec PAUMELLE, DIATKINE, LEBOVICI, BEQUART, AZOULAY, BALIER, ... a été rejointe par WOODBURY, venant des USA, porteur de la culture psychanalytique de Chestnut Lodge. Les avancées sur le plan des thérapeutiques institutionnelles ont continué et aujourd'hui, avec une équipe renouvelée (GAUTIER [41], BONNET, AVRAM, SOUFFIR...), des travaux importants continuent d'y être réalisés. L'exemple de l'« Unité du soir » [29], créée par DIATKINE, est un modèle des nouvelles voies que peuvent prendre les thérapeutiques institutionnelles.

HOCHMANN, SASSOLAS.

Jacques HOCHMANN [51], en créant avec son équipe lyonnaise l'association Santé mentale et communauté, a mis en œuvre un vaste projet de secteur permettant d'accueillir les enfants et les adolescents en souffrance psychopathologique, y compris les enfants autistes les plus graves. Ce faisant, il pariait sur les capacités des soignants à prendre en charge ces pathologies dans la cité. Ses travaux, connus internationalement, insistent toujours sur l'importance de se déprendre du *processus autistisant* en s'appuyant sur la créativité, que seule *l'institution mentale* de chacun, mise au travail, peut produire. Par ce qu'il appelle *la mise en récit*, il conjugue d'une façon fine et articulée les avancées de la psychothérapie et les possibilités des institutions.

Marcel SASSOLAS [96], qui travaille également au sein de la même association, articule les plans psychanalytique et institutionnel au service des patients adultes psychotiques. Tentant de sauvegarder et restaurer leur activité mentale alors que celle-ci est justement, comme il le dit, l'épine irritative dont ils cherchent inconsciemment à se défaire, il préserve et renforce leur identité de sujet, alors qu'ils se fuient eux-mêmes dans des constructions délirantes. Ce faisant, il prend à revers certains aspects de la psychiatrie actuelle, volontiers tentée de réduire le fonctionnement mental à ses supports biologiques et comportementaux.

MISES.

Roger MISES [66], pédopsychiatre ayant eu une importance considérable en France quant à la mise en place des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et à leur reconnaissance dans le dispositif sanitaire, a appuyé sa réflexion sur son travail à la Fondation Vallée. Après plusieurs années auprès des enfants, les expériences réalisées par son équipe avaient réussi à transformer cette institution, devenue asilaire après le départ de son fondateur BOURNEVILLE, en un centre à vocation curative, assorti d'un dispositif extra-hospitalier orienté vers la prévention et les soins ambulatoires. En restant au plus près d'une pratique envisagée tantôt d'une façon élargie, tantôt à partir d'expériences focalisées, MISES montre comment les membres de l'équipe contribuent à l'évolution d'un authentique processus psychothérapique, les échanges éducatifs ou pédagogiques devenant même les instruments privilégiés de médiations psychothérapeutiques.

Tavistock Clinic.

La Tavistock Clinic de Londres, école mondialement connue de formation des psychanalystes kleinien, a beaucoup développé de travaux dans la direction des autismes et des psychoses. Ses psychanalystes, en acceptant de participer à nos congrès et journées de formation, contribuent très largement à notre meilleure compréhension de la psychopathologie. Par ailleurs, leurs liens avec les psychanalystes ayant développé des recherches sur les groupes (BION, ...) ouvrent des perspectives de travail en commun sur la double problématique de la psychanalyse des psychoses et des institutions. À noter enfin que le développement de la méthode d'observation directe des bébés, créée à l'instigation d'Esther BICK, est une approche pleine d'espoir dans la mise en place d'un véritable prévention concrète.

ISPS.

L'International Symposium for Psychotherapia of Schizophrenia and Child Psychosis est une association fondée par BENEDETTI, MÜLLER, LIDZ, ALANEN, etc., en vue de promouvoir les psychothérapies pour les personnes schizophrènes, autistes et autres psychotiques, dans un environnement international tenté par des approches en apparence plus pragmatiques et éloignées, pour ne pas dire hostiles, de la psychanalyse d'inspiration freudienne. La participation de quelques uns d'entre nous aux dernières réunions (Londres, en 1997 ; Stavanger, en 2000) laisse augurer de la possibilité d'être à nouveau en contact avec le monde anglo-saxon par leur intermédiaire et ainsi pouvoir témoigner des thèses de la psychothérapie institutionnelle sur un plan international.

Fédération Nationale des Associations Croix-Marine.

Cette fédération, née au lendemain de la deuxième guerre mondiale, est devenue une alliée de la psychothérapie institutionnelle. Elle organise chaque année un congrès sur des thèmes importants de la psychiatrie contemporaine, en réussissant à rassembler des professionnels de statuts très variés et à

les mettre en communication les uns avec les autres. Un groupe est traditionnellement animé par OURY et porte sur les problématiques institutionnelles concernant le thème des journées annuelles.

Union Internationale des Croix-Marine.

Présidée jusque là par Michel DEMANGEAT († 2011), elle a été créée par certains membres de la Croix-Marine afin de fortifier les liens avec les pays disposant de structures d'aide à la santé mentale et, particulièrement, les pays en voie de développement. Outre les pays européens, les principaux pays représentés sont les pays africains et d'Amérique du Sud. Cela contribue à créer des relations fonctionnelles avec ces pays en ce qui concerne aussi la Psychothérapie Institutionnelle.

Autres encore.

La Fondation John Bost (GABBAÏ) à Bergerac, l'hôpital de jour Wilson (DEMANGEAT) à Bordeaux...

C/ CONCEPTS.

C1. Le malade mental et la double aliénation mentale et sociale.

« Depuis 1948, au moment de la condamnation de la psychanalyse par le jdanovisme, j'ai insisté sur la distinction entre "aliénation sociale" et "aliénation psychopathologique". Prise de position fondamentale, d'autant plus qu'une vingtaine d'années plus tard les "antipsychiatres" considérèrent les maladies mentales comme simples effets des problèmes de société : thèse qui constitue l'un des facteurs de la confusion actuelle entre resocialisation et soins. Il est nécessaire de proposer quelques jalons pour lutter contre un processus de "déspécification" du fait psychiatrique. En effet, sur la base d'une idéologie médicale rudimentaire, cette attitude conduit à une hyperségrégation sous le couvert d'une technique moderniste (...). Le mot "aliénation", d'origine latine, apparaît dans plusieurs domaines : juridique, métaphysique, religieux, esthétique. Mais nous nous appuyons surtout sur les expressions germaniques, celles reprises par HEGEL, puis MARX. L'étude des processus, des contextes sociaux qui sont en jeu dans cette sorte de "sémiose", est d'autant plus importante que l'analyse de l'aliénation sociale est la base même de toute analyse institutionnelle » [72].

Cette longue citation de Jean OURY résume parfaitement la problématique de la double aliénation et les conséquences qui en résultent sur le plan psychiatrique. Elle permet, en outre, d'introduire la distinction soutenue par Hélène CHAIGNEAU entre psychanalyse et analyse institutionnelle. En effet, lorsque nous aborderons le niveau de fonctionnement de l'équipe soignante, nous verrons que la réflexion que cette équipe conduit sur son organisation interne et les rapports qu'elle doit entretenir avec les systèmes hiérarchiques étatiques classiques relèvent du niveau de l'analyse institutionnelle et partant de l'aliénation sociale, tandis que cette même équipe élaborant l'ensemble de ses relations contre-transférentielles, ce que TOSQUELLES nommait le *contre-transfert institutionnel*, travaille en référence, notamment à la psychanalyse, au niveau de l'aliénation psychopathologique. Celle-ci concerne l'aliénation du sujet, dans la lignée de FREUD et de LACAN principalement, par son entrée dans l'ordre du langage et de la problématique du désir, alors que celle-la, dans la lignée de HEGEL et MARX, la concerne par son entrée dans l'ordre social.

C2. La psychiatrie se doit de répondre des deux niveaux de la souffrance psychique et sociale.

Sur un plan fonctionnel, cette importante distinction ne vise pas à choisir de s'attacher à un des types d'aliénation pour refuser l'autre, bien plutôt de tenter, comme c'est souvent utile dans la démarche de la psychothérapie institutionnelle, de dialectiser les deux. Aussi, cela nous amène-t-il à pouvoir répondre des deux aspects dans la stratégie thérapeutique générale pour un patient : savoir articuler au plus près de sa problématique personnelle les moyens de travailler son aliénation psychopathologique par les approches psychothérapeutiques et ceux de son aliénation sociale par les approches institutionnelles. Mais si, dans certains cas, une psychothérapie individuelle est possible, l'accueil du patient sur la « tablature institutionnelle » (OURY) lui permet de se frayer un chemin « désaliénant » (BONNAFE) vers les autres, ce qui aura, en retour, une grande « efficacité » sur son travail psychothérapeutique. Pour d'autres, le travail sur la désaliénation sociale aura tout intérêt à se faire dans la cité, en s'appuyant sur des « relais » (DELION) avec lesquels il convient donc de tisser des liens à partir de la notion de « rapports complémentaires », selon E. DUPREEL [31].

C3. Le transfert et son utilisation en psychiatrie : création de champs transférentiels.

Le concept de transfert, mis au monde par FREUD dans son acception actuelle de « *processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique...* » sous la forme de « *répétition de prototypes infantiles vécue avec un sentiment d'actualité marqué* » [59], est à la base de toute psychothérapie et précisément de toute psychothérapie institutionnelle. Mais, comme FREUD l'avait prévu à Budapest en 1918 par son fameux « Nous nous verrons obligés d'adapter notre technique à ces conditions nouvelles », le transfert est sans doute le concept psychanalytique qui a le plus à être interrogé dans la psychothérapie des psychoses. S'appuyant sur les travaux de Klein, LACAN, RESNIK, PANKOW, ROSENFELD et de bien d'autres, OURY met en évidence les notions de « *transfert dissocié* » et de « *transfert multiréférentiel* » (TOSQUELLES). Il indique ainsi comment la personne psychotique, ayant construit avec le monde un rapport objectal singulier, ne peut « transférer » sur un seul psychanalyste comme cela se passe dans la cure-type. En revanche, dans l'établissement et avec l'équipe soignante qui l'accueille, il peut « instituer » d'une façon partielle, à l'instar des objets partiels, des investissements de divers ordres sur des personnes, des choses, des espaces, etc. Il s'agit d'une relation reposant en partie sur ce que les Kleiniens appellent « *l'identification projective pathologique* ». Par ce type de construction du rapport au monde, le patient actualise dans le « *transfert institutionnel* » les modalités selon lesquelles il s'est lui-même construit. Toute la difficulté consiste à repérer et réunir ces investissements hétérogènes et c'est l'objectif de ce que TOSQUELLES a appelé « *constellation transférentielle* », dans laquelle se trouvent rassemblés, souvent pour la première fois, les fragments projetés d'un sujet psychotique. Il ne s'agit pas de réunir un groupe qui prend en charge tel patient pour parler de ce qui se déroule aux niveaux conscient et objectif, bien plutôt de réunir ce qui a pu ou peut être l'objet d'un investissement partiel du sujet en question, que ce soit les soignants qu'il apprécie, mais aussi ceux qui le persécutent, etc., de façon à approcher les différents niveaux qui constituent la *réalité psychique* projetée du patient sur son entourage. À partir de ces réunions, un travail psychique d'élaboration et de perlaboration (FREUD) peut être entrepris dans la temporalité. Ginette MICHAUD précise que dans le groupe, « *ce que nous appelons relations de transfert sont les relations où apparaîtront des Imagos parentales transférées sur des personnes, des groupes de personnes ou le groupe entier, relations permettant de ne pas faire la séparation indiquée comme nécessaire et ainsi investir ces personnes ou le groupe du rôle toujours difficile à assumer complètement* ».

RESNIK s'intéresse à la notion de « *champs transférentiels* » pour éclairer les spécificités du transfert dans les pathologies les plus graves. Reprenant à Kurt LEVIN la notion de champ de forces, il indique quelle est la tension, quelles sont les forces existantes en un point et à un moment donné du champ. Il utilise le terme de « *valences positive et négative induites sur ou par un objet et décrit les influences directes et indirectes entre les objets constitutifs d'un champ. La notion de champ enrichit le concept de transfert en psychanalyse. L'expérience du transfert se développe dans un champ et dans un temps donnés, éléments constitutifs de l'idée de cadre analytique ou setting* ».

Si donc on retient ces lectures du concept de transfert, des implications en résultent immédiatement : pour qu'un patient puisse « investir » son entourage et que ces investissements aient quelque valeur signifiante, il doit pouvoir circuler librement. Nous voyons en quoi le transfert est lié de façon très étroite avec le fonctionnement de l'établissement, son ambiance, sa fonction d'accueil, ses possibilités d'échanges, véritables conditions de possibilités des rencontres. Dans les dispositifs sectoriels cette manière d'envisager le transfert peut être généralisée, à condition de disposer de l'opérateur qui en fonde l'utilisation, l'institution de la constellation transférentielle.

C4. Organisation des soins, rapports de dé-complétude et stratégies thérapeutiques.

Un patient présente une souffrance psychopathologique grave. Il est accueilli par un psychiatre et son équipe soignante. Une approche diagnostique va avoir lieu et aboutir à une première indication de soins. Le patient, au gré de ses investissements, va rencontrer des soignants de différents statuts, d'autres patients, leur attribuer un rôle, instituer avec eux des relations de qualités diverses et variées, participer à des groupes ou non, s'intégrer à la vie de l'établissement, soit à temps complet, soit à temps partiel, en fonction de son mode d'hospitalisation. La prescription médicale de soins va se dialectiser avec la « *liberté de circulation* » offerte au patient, pour produire un ensemble de contacts avec les autres, constituant ainsi une sorte de diagramme de l'organisation des soins du patient. Dans cette organisation des soins, nous voyons que le plus grand compte est tenu des trajectoires pulsionnelles de ce patient. Le milieu qui l'accueille doit comporter des espaces différenciés, non

réductibles l'un à l'autre, de sorte que la « ligne d'erre » (DELIGNY) du patient sur la tablature institutionnelle, sa trajectoire transférentielle, soit signifiante. Mais si les multiples espaces d'accueil, les « sites » (OURY) ou « situèmes » (PONCIN [54]), se doivent d'être différenciés pour constituer une possibilité de choix et donc de langage par le biais des « espaces du dire » (OURY), il est très intéressant qu'ils soient articulables entre eux, à l'exclusion de toute pensée totalisante (SARTRE [95]), dans le cadre des « rapports complémentaires ». OURY, pour bien indiquer les risques de totalisation inhérents aux établissements ne disposant pas d'opérateurs adéquats, propose de les appeler « rapports de dé-complétude » pour insister sur le fait qu'il s'agit de la construction d'ensembles ouverts. L'intérêt de cette conception est qu'elle n'est pas liée à l'établissement hospitalier mais plutôt à l'équipe soignante et, ainsi, peut tout à fait s'intégrer dans la pratique du secteur psychiatrique, associant dans ces rapports de dé-complétude le médecin généraliste, la famille, les travailleurs sociaux, l'enseignant..., travaillant en articulation à géométrie variable sur « ce qui suffit » (CHAIGNEAU) pour chaque patient. Nous touchons là à une dimension importante, celle de « mère suffisamment bonne » (WINNICOTT) qui propose "juste « ce qui suffit » mais pas plus" pour répondre aux besoins du bébé, et sans étouffer le temps nécessaire pendant lequel ce dernier construit psychiquement la représentation du besoin qu'il a adressé à sa mère, afin d'arriver un jour à y répondre lui-même. De la sorte, chez le patient, cette proposition s'appuie-t-elle sur sa partie saine, anticipant sur sa future autonomie et ses potentialités pour y parvenir. Il peut être intéressant de parler de *stratégie thérapeutique* dans la mesure où l'organisation ne peut être laissée au hasard, mais en même temps en laissant les événements arriver au gré des rencontres. Il s'agit donc bien de « programmer l'aléatoire » (OURY), c'est-à-dire de faciliter les conditions de possibilité des rencontres sans prétendre en fixer le contenu. En cela, la démarche de la Psychothérapie Institutionnelle reste éminemment freudienne puisqu'elle se préoccupe d'organiser un cadre thérapeutique pour y laisser émerger les éléments en provenance de l'appareil psychique du patient.

C5. Déploiement du traitement, trajectoire de vie et continuité des soins.

Un des problèmes cruciaux de la maladie mentale et de son traitement est la relation basale qu'elle entretient avec la « chronicité » ; et il va falloir tenir dans la durée la fonction de « *pare-excitations collectif* » (DELION [21]) tant que cela sera nécessaire. La chronicité a fait l'objet de nombreuses recherches et confrontations et doit absolument être différenciée de ce que BONNAFE et al. [13] ont qualifié de « *sédimentation* ». Là encore, les plans de l'aliénation psychopathologique et sociale sont retrouvés : la chronicité de la maladie mentale relève de l'aliénation psychopathologique et la sédimentation de l'aliénation sociale. Confondre les deux conduit à des sophismes sur le plan de la réflexion puisqu'elle fait porter sur la société des éléments qui relèvent directement du processus de la maladie et, ainsi, elle aboutit à des conclusions thérapeutiques inadaptées puisqu'elle prétend dé-chroniciser le malade mental en le dé-institutionnalisant. Cette dérive antipsychiatrique a conduit beaucoup de patients psychotiques sur les trottoirs des grandes villes.

Le déploiement du traitement, en s'appuyant sur la création par le patient de sa constellation transférentielle, a lieu dans les deux dimensions spatiale et temporelle. Les *espaces du dire* sont utilisés par le patient dans ses contacts avec le collectif et correspondent aux différents espaces investis qui se révèlent signifiants dans l'après-coup. Mais, sans la dimension de la temporalité, problématique en elle-même chez les patients aux psychopathologies les plus graves (autistes et schizophrènes), ces espaces singuliers ne sont pas articulables entre eux dans un processus de soin. La psychothérapie institutionnelle, par le *setting* qu'elle propose, assure une *continuité des soins* qui supplée à la *continuité d'exister* qui fait précisément défaut chez la personne psychotique et l'empêche de développer un transfert de type névrotique. Nous voyons bien ainsi comment le concept métapsychologique de transfert s'articule dans la praxis avec le dispositif concret de continuité des soins qui sera d'ailleurs repris comme un des piliers fondateurs de la psychiatrie de secteur.

L'ensemble du dispositif de soins doit pouvoir être polarisé vers ce souci éthique, cette « *responsabilité pour autrui* » (LEVINAS), qui consiste à assurer les soins dans la durée, ce que nous pourrions nommer une « *fonction phorique pérennisante* ».

Nous verrons que le soutien psychique des soignants dans cet effort de pérennisation de la fonction phorique est un des principaux enjeux du fonctionnement de l'équipe, tant il pose la question de la métabolisation du contre-transfert institutionnel.

D/ LES ACTEURS, LEURS CONCEPTS OPÉRATOIRES ET LEURS PRATIQUES.

D1. Individu, groupe et collectif : équipe soignante, initiative et hiérarchie.

Tenir compte des multiples aspects des rapports complexes entre le malade mental et son environnement proche et lointain est une nécessité éthique et logique. Ainsi, l'équipe soignante est amenée à accueillir un sujet pour lequel un abord unidimensionnel n'a plus grand sens aujourd'hui. Ses histoires individuelles, familiales, contextuelles, sont autant d'éléments très importants pour lui permettre de se déprendre de la double aliénation déjà évoquée. Pour ce faire, ce sujet va être en contact avec d'autres individus, soignants et soignés, des groupes institués ou non. Aussi, pour mieux concevoir les processus selon lesquels les soignants organisent une telle démarche thérapeutique, OURY a-t-il dégagé, au fil de son séminaire mensuel de Sainte-Anne, la notion de « collectif » [73] pour lui donner peu à peu la dimension d'une catégorie. Selon lui, le « collectif » est un opérateur, une « machine abstraite » qui élabore la loi du groupe, en tenant compte des aliénations psychopathologiques et sociales. C'est une reprise du concept de « polyphonie » introduit par TOSQUELLES dans son article sur la « sémiologie des groupes » [103], afin de faire comprendre comment chacun des membres du collectif, tout en « chantant » sa ligne mélodique non superposable à celles des autres, chante cependant la même partition. La néguentropie de cette machine abstraite permet de soutenir la gageure de la fonction soignante dans ses différents aspects fonctionnels : fonction de prise en charge et d'accompagnement dans la durée du transfert (fonction phorique) ; fonction phatique, organisatrice de l'articulation freudo-szondienne (Jacques SCHOTTE [97]) entre accueil, contact et trait unique identificatoire (*trait unaire* chez LACAN) ; fonction diacritique (OURY), sorte de rasoir d'OCKHAM [1] contemporain, séparatrice des registres constitutifs de la réalité quotidienne selon les ordres symbolique, réel et imaginaire, au plus près du « semblant » (LACAN [55]). C'est en référence à cette fonction diacritique que les notions d'établissement, de groupe et d'institution avaient déjà été décollées les unes des autres, en même temps que la notion de « fonction » se distinguait du bloc « statut/rôle » ; ce qui sous-entend une critique du présupposé de la hiérarchie statutaire par la redélimitation d'autres types de références pour tenir compte de la valeur subjective des acteurs d'une équipe soignante, à la recherche d'une hiérarchie « subjectale ».

Il ressort de ces indications que les rencontres avec un sujet malade mental et les soignants qui l'accueillent dans un service de psychiatrie ne peuvent passer que par un premier niveau, celui du sujet dont la fonction peut être soignante puisqu'il en a le statut et donc le rôle. Mais pour qu'une telle promesse soit tenue, il est incontournable que le soignant soit lui aussi respecté par sa « hiérarchie » comme un sujet et, ainsi, ait un accès facilité à ses potentialités soignantes. Ce qui amène à organiser le fonctionnement de l'équipe soignante de telle sorte que les *initiatives* soient possibles puisqu'elles sont souhaitables. Ce renversement de la perspective du fonctionnement habituel des hiérarchies professionnelles s'articule autour d'une dialectique difficile : dé-hiérarchisation statutaire/re-hiérarchisation fonctionnelle ou subjectale, dans laquelle l'abandon des fonctionnements hiérarchiques classiques permet progressivement l'émergence d'une *responsabilisation* de chacun des soignants, à la mesure du pari que les soignants inspirés par la psychanalyse font pour leurs patients, de pouvoir s'appuyer avec eux sur leur partie saine pour « combattre » la partie malade. Mais si cette modification technique est nécessaire, elle entraîne de véritables *résistances*, à la fois dans l'esprit des responsables administratifs hospitaliers qui voient d'un mauvais œil toute atteinte à leur pouvoir direct sur les « personnels » dont ils sont les « supérieurs hiérarchiques », mais aussi dans celui des soignants eux-mêmes qui participent de l'efficacité du fonctionnement hiérarchique classique en l'acceptant le plus souvent sans contestation de fond. Il faut en général quelques expériences en commun entre les participants de cette nouvelle politique de service pour qu'une confiance réciproque puisse amener à de nouveaux rapports entre les acteurs de la situation de soins. Inutile de dire que, là encore, la question du temps est d'une très grande importance. Les multiples monographies de services peuvent être consultées à cet effet et indiquer d'une façon plus précise, dans chacune d'entre elles, comment ces éléments théoriques et pratiques s'agencent pour transformer les fonctionnements d'équipes dans un sens qui sert les objectifs de traitement des patients. En effet, et c'est une grande leçon de la psychothérapie institutionnelle, dans chaque situation particulière, ces éléments doivent être abordés avec un « respect de l'historicité » du lieu, des personnes, et de ce qu'ils avaient déjà eux-mêmes mis en place auparavant. Sinon, les résistances au changement sont telles qu'elles rendent impossibles toutes les propositions d'amélioration. Nous avons ainsi vu de véritables catastrophes se mettre en place par des promoteurs qui, dans un souci de rapidité et d'efficacité, n'avaient pas assez tenu compte du facteur temps. Le résultat en a été une rigidification des positions de part et d'autre, et

la constitution de constellations paranoïaques dont on sait qu'elles sont les pires ennemis de l'institutionnalisation.

D2. Liberté de circulation et constellation transférentielle.

Pour favoriser dans un tel collectif les processus de transfert, seuls de nature à réactualiser la problématique singulière de chaque patient, il convient de lui offrir les plus grandes possibilités de rencontres avec les soignants, les autres patients, des personnes extérieures, à l'occasion des activités thérapeutiques, culturelles ou sociales. D'une certaine manière, le patient va ainsi être amené à créer sa propre constellation, un peu comme un peintre, au plus près du monde des sensations, choisit, plus ou moins consciemment, ses couleurs sur sa palette pour réaliser sa composition. Le projet pourra d'autant plus facilement se réaliser que le patient a de possibilités ouvertes. L'hétérogénéité des espaces, des groupes, des activités thérapeutiques, des temps interstitiels,... est d'une grande importance dans la démultiplication des possibilités de la palette. Mais si le patient ne peut pas circuler librement à la rencontre de toutes les occasions de « transferts », même partiels, fragiles, multiples, ses occurrences sont inutiles. Et il ne s'agit pas là que de la seule circulation physique, bien plutôt d'une *liberté de circulation* englobant aussi le « psychique ». C'est pourquoi il est indispensable de mettre en place un système dans lequel les patients peuvent facilement fabriquer leur propre chemin. Nous savons que dans un service de psychiatrie ces choses sont plus faciles à dire qu'à faire, tant cette pathologie confine, surtout dans ses formes les plus graves, avec la difficulté d'assumer sa liberté, à tel point que Henri EY parlait de la psychiatrie comme de la « *pathologie de la liberté* » [33]. Beaucoup de services sont encore fermés avec comme nécessité corollaire l'obligation pour les patients et les personnels stagiaires de demander la permission de sortir et de rentrer ; les possibilités de développer des initiatives sont directement contrées par le système hiérarchique et administratif hospitalier, et tout amène très vite un patient qui a tenté de mettre en pratique sa liberté de circuler à se trouver considéré comme gêneur ou revendicatif, suivant le style qu'il aura employé pour manifester son désaccord avec cette infantilisation inévitable. La seule solution sera, pour lui, de se conformer à l'image qu'un tel système attend de lui : devenir l'objet obéissant de la science médicale (DAUMEZON/GOFFMANN). Il n'y a pas loin de l'hypothèse de BION sur la force de la « *mentalité de groupe* » s'opposant au désir de tout un chacun d'exprimer, comme il le peut, son avis sur telle ou telle question concernant les orientations du groupe. Nul doute que cette description de ce qui se passe pour le patient peut s'appliquer de la même manière aux soignants qui souhaitent instaurer un tel système contre la hiérarchie de leur service.

La liberté de circulation ne va pas de soi ; elle est la résultante d'un grand nombre de paramètres dont certains ont déjà été évoqués. Il s'agit en quelque sorte de « *cultiver* » une ambiance propice à l'émergence de ce qui est le plus meurtri et le plus fragile chez le patient pour faire connaissance avec lui, et lui-même avec son propre passé, y compris inconscient. Cette démarche s'origine donc dans tout ce qui pourrait être déterminant pour modifier l'ambiance dans un sens psychothérapique. Nous voyons là que le système hiérarchique est en prise directe avec la qualité de cette ambiance, mais aussi avec la formation des soignants, leurs potentialités soignantes, la participation des acteurs du collectif à la vie quotidienne et à son organisation concrète.

D3. Accueil, club thérapeutique et tablature institutionnelle.

Accueil.

BIDAULT insistait dans sa thèse [11] sur la « *non-séparation entre direction médicale et direction administrative* » comme « *facilitant la mise au point d'une technique d'accueil par laquelle l'intention de s'adresser à l'autre comme à un sujet pourrait aboutir à une véritable communication* ». Pour lui, « *l'accueil ne peut être un acte individuel réduit au colloque singulier médecin-malade. Il est, au contraire, un fait de groupe et un acte institutionnel constitutif d'un fond dans lequel la figure du médecin doit se détacher d'une façon prégnante* » et, plus loin, « *l'accueil ne se borne pas au phénomène de l'entrée. Il se prolonge sans solution de continuité au niveau de tout le système institutionnel, ce rebondissement du phénomène vécu de l'accueil en diverses occasions, répond à une stratégie socio et psychothérapeutique pour chaque malade* ». Mais il ne suffit pas de décrire ce que serait une fonction d'accueil « suffisamment bonne », encore faut-il qu'elle tienne ses promesses d'hospitalité vis-à-vis de celui qui est précisément en panne de cette fonction dans sa vie psychique ; c'est dans cette perspective que la notion de « *club thérapeutique* » a été progressivement élaborée et mise au point par TOSQUELLES, puis OURY.

Club thérapeutique.

Dans son texte écrit en 1959 pour le rapport introductif aux journées annuelles de la Fédération Nationale des Sociétés Croix-Marine à Paris, OURY reprend très en détail l'histoire et la conceptualisation des clubs thérapeutiques et je ne peux qu'y renvoyer le lecteur. Pour lui, « *le développement des véritables clubs est relativement récent et semble résulter de la convergence de plusieurs courants : remise en question des fondements de la psychopathologie par l'avènement du freudisme ; doctrine de la thérapie active d'Hermann SIMON à Gütersloh après la première guerre mondiale ; développement des psychothérapies de groupe aux Etats-Unis à partir de 1930 ; activités extra-hospitalières s'inspirant de K. LEWIN à la Tavistock Clinic en Angleterre et aboutissant pendant la deuxième guerre mondiale à des applications à la thérapie hospitalière ; impulsion donnée par BIERER à la constitution de clubs socio-thérapeutiques, l'occupationnal therapy ; développement des méthodes actives dans le domaine de la pédagogie proposé par MAKARENKO, MONTESSORI, l'école de Hambourg, le mouvement FREINET, etc. ; mouvements de jeunesse tels que le Scoutisme, les Auberges de Jeunesse... Nous voudrions souligner cette brusque éclosion de conceptions analogues dans divers domaines : psychiatrie, pédagogie, protection de la jeunesse... Résultant de manifestations du profond remaniement historique et de remise en cause de la plupart de nos principes par éclatement des cadres culturels, les clubs thérapeutiques apparaissent dans cette perspective comme une étape d'un remaniement structural de la société globale. Par la remise en question du style de la vie intérieure des hôpitaux, ils ouvrent ceux-ci au monde environnant. Paradoxalement, ils deviennent des foyers de culture, refondant la vie collective sur une tradition authentique ; le phénomène de la folie retrouvant sa dignité par sa fonction de remise en question permanente de nos règles de vie »[74].*

De nombreux clubs thérapeutiques, ou des structures approchantes, ont alors été réalisées : DAUMEZON à Fleury lès Aubrais, SIVADON et FOLLIN à Ville-Évrard, LE GUILLANT à Villejuif, EY à Bonneval, BALVET et REQUET à Lyon, UEBERSCHLAG à Lannemezan, FANON à Blida et surtout TOSQUELLES à Saint-Alban et OURY à La Borde.

Le *club thérapeutique* est une structure associative rendue possible par la circulaire du 4 février 1958. Elle s'appuie sur l'intérêt de l'intervention d'une association dans l'organisation du travail thérapeutique, évitant que l'argent gagné dans les ateliers thérapeutiques soit la propriété de l'hôpital et non de ceux qui ont travaillé. Une telle association loi 1901 est en général composée de soignants et, si possible, de personnalités extérieures au soin, et porte le nom de *comité hospitalier*. Ce comité passe convention avec l'établissement de référence et crée, en son sein, un club thérapeutique composé, suivant les cas et les expériences de chaque service, de soignants et de patients, voire de patients seuls. Les objectifs immédiats de ces clubs thérapeutiques sont de pouvoir organiser la vie quotidienne du service en assumant la responsabilité des achats et des dépenses de chaque atelier : la cafétéria, les ateliers créatifs et/ou de production... Mais les objectifs sous-jacents sont de disposer d'une *tablature institutionnelle* d'espaces et de temps diversifiés possiblement utilisables par le patient, même à son insu, comme les touches d'un clavier, ou mieux, comme les éléments d'un langage. Ces lieux dans lesquels de l'argent est « gagné » viennent autoriser des activités qui en « dépensent », tels les voyages, les sorties et activités culturelles, un journal, ou un *fonds de solidarité*. Une assemblée générale de tous les membres du collectif a lieu chaque semaine, un bureau est élu parmi les patients ; puis ce bureau élit son président, son secrétaire et son trésorier (il arrive que le trésorier élu par ses pairs du bureau pour gérer les comptes du club thérapeutique soit lui-même sous curatelle aux termes de la loi du 3 janvier 1968). Des réunions ont lieu pour poser les problèmes à débattre, prendre les décisions ; des votes sont organisés pour les décisions concernant le budget du club et les orientations ; une réunion régulière a lieu pour les malades « entrants », éventuellement suivie d'un repas, pour les accueillir et leur expliquer le fonctionnement du club thérapeutique et du service, leur présenter les différentes personnes qui y occupent une fonction ; les soignants sont là comme « conseillers techniques ». Depuis la mise en place de la politique de secteur, ce dispositif a été « extrapolé » et des innovations ont eu lieu, telles que la création de « clubs de secteurs » (DENIS [28], LE ROUX [60]) ou des « clubs extrahospitaliers » (COLMIN [19], BUZARE [14]), avec tout un travail très intéressant de soutènement du traitement des patients par ces activités de groupe et des liens avec les autres associations de quartier ou de village. D'autres encore ont utilisé la « fonction club » (OURY), c'est-à-dire un opérateur qui n'a pas forcément la présentation d'un club thérapeutique mais qui peut en avoir la fonction ; par exemple, une classe coopérative (LAFFITE [57]), une association culturelle (CHEMLA [18]) ou un journal. On retrouve ces expériences dans différents types d'établissements comme les classes plus ou moins spécialisées (Fernand OURY, Catherine POCHE [83]), les Instituts Médico-Éducatifs (Claude GUILLON, Jean-François AOUILLE), les services de Pédopsychiatrie (Yves

RACINE [85], Pierre DELION). De telles organisations du milieu humain dans lequel se déroule la vie quotidienne, même à temps partiel, plutôt que de laisser se pérenniser les attitudes dépendance vis-à-vis des soignants et du système hospitalier, néfastes au traitement, ont permis et permettent de vivifier l'ambiance dans laquelle se passe les soins, de responsabiliser les patients sur des activités qui luttent de façon concrète contre les mécanismes d'aliénation et, surtout, d'introduire de la différence entre les lieux et les moments de la journée. On comprendra l'importance de cette stratégie dans l'aspect diachronique du traitement en ce qu'elle assure une fonction phorique pour le patient, soit tout ce qui contribue à lui permettre d'être porté, tenu, soutenu, accompagné, tant qu'il ne peut le faire lui-même, comme pour l'enfant qui ne parle ni ne marche a lui aussi besoin d'être porté dans les bras et dans la parole de ses parents jusqu'à ce qu'il puisse le faire lui-même. Il y a donc une véritable dialectique entre l'accueil, le club thérapeutique et la fonction phorique. Mais cette stratégie est également importante sur le plan synchronique, puisqu'elle met en évidence le chemin que le patient va être amené à prendre et, pour tout dire, à choisir, même par le négatif. Ne pas aller au rendez-vous prévu peut avoir plus d'importance que d'y avoir été sans y être vraiment. Il y a incidemment toute une réflexion sur le travail du négatif à mener dans ces nouvelles perspectives des institutions articulées entre elles, voire même « structurées comme un langage ».

Mais l'institutionnalisation de ces différents plans ne peut se produire que si des espaces sont dégagés et des temps prévus pour la réaliser : les réunions.

D4. Concept de réunion et fonction BALINT.

Il ne paraîtra pas surprenant que le principal opérateur de cette vaste politique de soins intensifs soit la réunion. Si pour OURY il s'agit d'un concept [75] qui organise le collectif, ROTHBERG [91] insiste sur les trois niveaux fonctionnels des réunions dans les équipes soignantes : un premier qui permet l'échange d'informations, un deuxième qui permet de partager les décisions, quand c'est possible, et un troisième qui permet ce qu'elle appelle les échanges affectifs. Ces trois niveaux vont être plus ou moins présents en fonction des objectifs des réunions et il convient de ne pas oublier qu'elles sont traversées, travaillées dans la « sous-jacence » (OURY [76]), par ce que BION [12] a proposé d'appeler les « basic assumptions » ou « hypothèses de base ». En effet, sans cette connaissance des lois de l'inconscient appliquée à une meilleure approche des groupes (ROUCHY [92]), de grandes difficultés peuvent apparaître et, notamment, tout ce qui va dans le sens de favoriser les passages-à-l'acte à la place de paroles ou même d'acting-out. Il y a lieu là de se reporter au magistral travail de LACAN [56] sur l'angoisse et son schéma y afférent, qui articule *Inhibition, Symptôme, Angoisse* [37] avec les catégories d'empêchement/embarras et d'émotion/émoi pour éclairer le passage-à-l'acte et l'acting-out, et les comprend en référence au transfert.

Mais du fait du développement des pratiques sectorielles, les réunions ont quitté le champ des services hospitaliers pour devenir des instruments de travail obligés des rencontres entre les partenaires du patient dans la cité. Et ce n'est pas un des moindres intérêts de cette politique de secteur que d'avoir permis de parler des patients, et avec les patients quand c'est possible, en lieu et place d'actes tutellisans les concernant, tel que cela fonctionnait précédemment. Aussi, de multiples réunions ont-elles lieu désormais, qui « tirent » notre pratique vers une fonction que je qualifie volontiers de « fonction BALINT », en référence à cet auteur [68] qui a su très tôt mettre en place des groupes avec les médecins généralistes notamment, pour leur permettre d'envisager une autre lecture de leur relation avec certains patients et donner une place aux « échanges affectifs » qui, sinon, infléchissent notre hypothèse de travail dans le sens de l'une des hypothèses de base inconsciente que ce patient vient à révéler chez le soignant. La fonction BALINT est donc le résultat d'un travail fait sur la relation entre un soignant, un pédagogue, un travailleur social, et son « client » (BAILLON), sans que celui qui propose la fonction BALINT ait à rencontrer le client en question. Il s'agit en quelque sorte de laisser émerger chez le professionnel l'entièreté de ses compétences dans la durée de la relation, plutôt que de l'engager à demander son avis à un expert et ainsi à se soustraire du problème relationnel contenu dans la difficulté mise en évidence par la rencontre qui, elle, appartient aux caractères spécifiques du fonctionnement de ces deux personnes. Inutile de dire que les liens sur lesquels ont lieu les déclinaisons de cette fonction BALINT sont « transversaux » (GATTARI [46]) et demandent l'instauration de relations de confiance. Quand ils fonctionnent, ce sont de véritables opérateurs de prévention ; en effet, les adresses au psychiatre sont pertinentes et la signification de cette adresse en consultation perd son caractère habituel de rejet.

D5. Associations culturelles, soutien psychique et formation des soignants.

Les soignants engagés dans ce processus long et complexe d'institutionnalisation, pouvant conduire à la psychothérapie institutionnelle d'une façon toujours asymptotique, ont expérimenté la nécessité de se retrouver pour échanger, élaborer et perlaborer leurs expériences. Aussi, en complément de démarches psychanalytiques personnelles, un mouvement est-il né à partir de Saint-Alban, sous la forme d'une association culturelle du personnel soignant, permettant aux acteurs de ces profonds changements de références culturelles de se retrouver pour réfléchir ensemble aux modalités et aux limites de ce renversement de perspective théorique. Au départ, ces associations ont été des lieux dans lesquels l'étude de textes fondamentaux ont permis une culture du milieu soignant, à une époque à laquelle la psychanalyse, notamment, n'avait pas encore pénétré les milieux psychiatriques. C'est ainsi que, pendant la deuxième guerre mondiale, à Saint-Alban, TOSQUELLES a mis à l'étude dans l'association culturelle, à la fois le texte de Hermann SIMON, qui n'était pas encore traduit en français, et la thèse de LACAN (1932). Puis, persuadé de l'importance de la place du « psychiste » (TOSQUELLES) dans la cité, a-t-il entrepris, sous l'égide de son association culturelle, d'animer un ciné-club à Saint-Chély-d'Apcher. OURY, et GUATTARI qui l'a rejoint, ont su donner à l'association culturelle de La Borde une dimension très riche sur le plan des échanges avec l'extérieur de la clinique, facilitant ainsi les liens avec le monde extérieur. À Angers, l'association culturelle du secteur 2 (HENRY) a organisé de nombreuses rencontres et conférences sur la psychiatrie et sorti un journal « Institutions : revue de psychothérapie institutionnelle locale », ancêtre de la revue actuelle de la FIAC. Progressivement, des associations culturelles se sont créées dans les lieux de psychothérapie institutionnelle, pour en arriver aujourd'hui à une Fédération Nationale Inter-Associations Culturelles (FNIAC) qui organise des réunions mensuelles de travail (DELION, ROULOT), Salle Magnan à Sainte-Anne à Paris, au cours desquelles sont étudiées des monographies de services et discutées les difficultés que l'équipe soignante rencontre dans la mise en œuvre de cette modalité du soin. La Fédération organise également des journées annuelles sur des thèmes à travailler ensemble (depuis celle du Mans en 1986, en passant par Tours, Dax, Angers, Cour-Cheverny, Landerneau, Villejuif, Perray-Vaucluse, Bressuire, Bondy en 2000 et Caen en 2001. Elle publie, depuis douze ans, une revue bi-annuelle « Institutions » (dont le rédacteur en chef est Franck DROGOUL) sur les thèmes des journées annuelles et également sur des thèmes intéressants pour la réflexion et la pratique psychiatrique : le transfert, l'argent, le politique, Weizsäcker, les potentialités soignantes... En complément avec la FNIAC, quelques associations culturelles organisent des congrès importants pour la formation continuée et le soutien psychique des soignants : l'AREPP, Association de Recherche et d'Étude en Psychiatrie Publique, à Dax (M. MINARD, A. CASTERA, C. MOUNEYRE) sur les notions de travail, d'histoire, de curiosité, de précarité, de médecine en psychiatrie (tous les actes des congrès sont parus chez Érès) ; l'AMPI, à Marseille (A. VIADER, H. MOREAU, A. OLIVE, J. TOSQUELLAS), sur « Culture, création et psychose » en 1992, « Loi, identification et institutions » en 1989, « Psychiatrie et barbarie » en 1998... ; La Criée, à Reims (P. CHEMLA, D. ROCHEREAU) sur « Le sacré » [16], « Asiles » [17] ; l'Association culturelle de Saint-Alban (P. MARCIANO, J.-Y. NAYRAT, M. BETEILLE) sur « La clinique du concret », « La part de l'œil »... ; l'ACSM, Association Culturelle en Santé Mentale, à Angers (M. ALAPETITE, D. PETIT, P. DELION) sur « Psychose et vie quotidienne » en 1996 [22], « L'autisme et la psychose à travers les âges » en 1998 [23], « Comprendre la psychose » en 1999, « Corps, psychose et institutions » en 2000 ; Psy-propos, à Orléans/Blois (M. LECARPENTIER, ...).

Jean OURY fait son séminaire chaque samedi à La Borde [77] depuis 1971 et chaque troisième mercredi à Sainte-Anne à Paris depuis 1981. Il y a abordé de très nombreux thèmes dont je cite quelques exemples : « Espace, transfert et psychose » en 1981-1982, « Le collectif » en 1984-1985, « L'aliénation » en 1991-1992, « Hiérarchie et sous-jacence » et « Le singulier » en 1998-1999, « Le narcissisme » en 1999-2000, « Le travail » en 2000-2001. Des soignants de toute la France se retrouvent ainsi chaque mois pour participer au groupe de travail de l'après-midi et assister à la conférence-débat d'OURY.

CHEMLA propose chaque mois, à Reims, un séminaire autour du thème des journées de La Criée. DELION [24], à Angers, fait un séminaire centré sur Pédopsychiatrie et Psychothérapie Institutionnelle. Les thèmes abordés sont en rapport avec l'autisme et la psychose infantiles et se nourrissent des avancées de la sémiotique [25] peircienne (Michel BALAT), des interactions parents-enfant et de la psychiatrie du bébé.

Un stage de formation destiné aux soignants est organisé chaque année à La Borde sur des thèmes importants de la psychiatrie.

Tous ces rendez-vous sont autant d'occasions d'approfondir la psychopathologie et toutes les sciences connexes qui sont importantes à sa compréhension, mais aussi de soutenir le travail psychique d'élaboration/perlaboration des équipes soignantes intéressées par cette approche de la psychiatrie. Ce dispositif vient utilement compléter les réunions propres à chaque équipe soignante et faciliter les engagements des soignants dans des démarches authentiquement thérapeutiques.

D6. Psychothérapie Institutionnelle et psychiatrie infanto-juvénile.

Plutôt que de tenter de trouver des différences théoriques entre la psychiatrie des adultes et celle des enfants, ce qui me paraît en contradiction avec l'idée que nous accueillions un sujet, qu'il soit adulte ou enfant, pour lequel nous allons créer un dispositif de nature à le soigner le mieux possible, je préfère proposer les articulations logiques qui président au fonctionnement d'un service de psychiatrie infanto-juvénile « en activité ». La pédopsychiatrie, par son existence même, a su féconder une dynamique de recherche-action qui a des effets bien au-delà des seuls enfants. La pratique des adultes nous apprend en effet que le travail psychothérapique se passe en dialoguant avec l'enfant qui est dans l'adulte en souffrance. On comprendra que les différences notables entre les services de psychiatrie pour enfants et pour adultes tiennent principalement au dispositif concret proposé aux uns et aux autres, plutôt qu'à une démarche radicalement opposée. La philosophie de la psychothérapie institutionnelle insiste d'ailleurs beaucoup sur les convergences entre les deux.

Quelques expériences se sont déroulées en France avec les enfants : Le Clos-du-Nid, établissement fondé par l'abbé OZIOL et dirigé par TOSQUELLES sur le plan médical, est une expérience intéressante à plus d'un égard. TOSQUELLES l'a rapporté dans son ouvrage *Pédagogie et psychothérapie institutionnelle* [104] d'une façon détaillée. Il aura également l'occasion de participer à la création de l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile de l'Oise, géré par une association La Nouvelle Forge. Maud MANNONI fonde, elle, L'École expérimentale de Bonneuil, qui s'avèrera une aventure absolument passionnante qu'elle a racontée dans de nombreux ouvrages.

Fonction phorique et accueil du transfert.

Avec l'enfant, l'équipe soignante va organiser ses espaces d'accueil de telle sorte qu'il soit, dès la première rencontre, dans la capacité de travailler dans une clinique transférentielle. Cet enfant avec ses signes, ses symptômes, ses indices de souffrance psychique, pouvant être apparentés à ces « *objets beta bizarres* » (BION), qui cherchent un conteneur pour y rencontrer une fonction contenante, la « *fonction alpha maternelle* », appareil à penser les « non-pensées ». Les soignants se trouvent dans la position d'occuper cette place d'appareil collectif à penser les non-pensées des enfants autistes et psychotiques, et leur fonction consiste à accueillir l'enfant dans sa singularité de sujet, c'est l'accueil du transfert, et à l'accueillir aussi avec ses « signes objectifs » (de maladie), c'est l'accueil diagnostique. Un risque existe de répondre en « *fonction omega* » (Gianna WILLIAMS [106]), ce qui reproduirait pour l'enfant le type de relation qu'il a instauré précédemment dans sa famille.

La fonction phorique est un concept tiré de *Le roi des aulnes* de Michel TOURNIER, qui concerne tout ce qui de l'homme, le met ou le laisse dans un état de dépendance tel qu'il a un besoin incontournable de l'autre pour être porté par lui, soit physiquement, c'est le cas du bébé qui ne peut encore marcher tout seul, soit psychiquement, et c'est le cas de beaucoup de personnes psychotiques qui ont longtemps, voire toujours, besoin de portage pour pouvoir suivre leur destin pulsionnel. C'est donc une des missions des institutions de proposer de tels *praticables* (OURY), comme cadre phorique, sur lesquels vont venir se jouer les autres fonctions sémaphoriques et métaphoriques.

Cette première fonction consiste à proposer un espace, physique et surtout psychique, dans lequel ce qui est *non-lieu* va pouvoir devenir *événement*. Là seulement pourra s'opérer le début d'une temporalisation transférentielle : « *il n'y a de temps que de temps de transfert* » (LACAN).

Fonction sémaphorique et feuille d'assertion.

Les signes étant exprimables quelque part, dans quelque lieu, vont pouvoir se polariser vers un appareil psychique disposé à les recevoir et à les organiser. Cet appareil psychique de plusieurs soignants constitue en quelque sorte la *feuille d'assertion*, celle dont Michel BALAT [7] dit qu'elle est le lieu sémaphorique de ce qui est à interpréter. Cette *fonction sémaphorique* est fondamentale puisqu'elle engramme les signes-indices de l'angoisse et de la défense contre l'angoisse. C'est dans le mouvement transfert-contre-transfert qu'elle va apparaître. La feuille d'assertion est comme un *objet malléable*, au sens de Marion MILNER. Pour cet auteur, « *la substance malléable est une substance d'interposition à travers*

laquelle les impressions sont transmises aux sens. Cette substance, à laquelle on peut faire prendre la forme de nos fantasmes, peut inclure la substance du son et du souffle qui devient nos paroles ». Il sera donc extrêmement intéressant de considérer notre équipe soignante comme une substance malléable qui se déforme pour être au plus près de ce qui vient du sujet psychotique et, en même temps, qui peut ne pas se détruire de le recevoir tout en conservant une trace de son « passage » sur sa feuille sémaphorique. C'est donc elle qui va recevoir les inscriptions des signifiants primordiaux, les garder, ce qui va servir de base aux premières représentations. Tout se passe comme si les représentations de choses, et les représentations de mots jusqu'alors considérées comme des représentations de choses (voir à ce sujet le chapitre de RABELAIS consacré aux souvenirs de la bataille des Néphélibates contre les Arismapiens dont les bruits avaient gelés à l'entrée de l'hiver et dégelèrent à l'occasion du printemps...), ne pouvaient prendre dans l'appareil psychique sous forme métaphorique et donc symbolique ; comme si le rapport à la chose de l'objet n'étant pas suffisamment symbolisable, séparable, détachable, ses représentations restaient en quelque sorte condamnées à y adhérer, à y coller, montrant dans la métapsychologie une des faces de *l'identification adhésive pathologique* (BICK/MELTZER). À ce moment-là, l'objet dont je dépends est plus important que le sujet qui y est aliéné. Cet objet est vital : je m'y accroche comme à une aspérité de la falaise. Si je lâche, je tombe dans le vide-angoisse d'anéantissement, angoisse de chute. Donc j'oublie l'objet et je n'existe que dans la tension avec l'objet. C'est à la fois le vecteur paroxysmal (szondo-schottien), avec sa dimension épileptique adhésive active tonique, et le vecteur sexuel, avec la prévalence du facteur sadique et la nécessité vitale de l'emprise sur l'objet (partiel et/ou primaire). Ce que j'émetts à cet instant de la détresse primordiale –*hilflosigkeit*– ce sont les indices de l'angoisse par les différents canaux qui me sont accessibles : le regard, la voix, la recherche du sein, l'émission catastrophique du scybale, quatre formes bien connues de l'objet « a », mais aussi toutes les variantes autour des troubles du tonus (hypertonie, hypotonie, agrippements, trismus...) et les autodéfenses contre cette angoisse archaïque qui m'envahit. Cette double référence indiciaire (détresse et autodéfense) complique la valeur des dépôts de signifiants primordiaux sur la feuille d'assertion sémaphorique et elle incitera le collectif à produire de la discrimination entre ces deux aspects indiciaires, pour l'utiliser dans la prise en charge ; certains exemples montrent que des défenses contre l'angoisse « coupent » la communication, tandis que d'autres la provoquent.

Fonction métaphorique, forclusion et signifiants primordiaux.

Il s'agit donc bien là d'un travail d'interprétation. Mais ce travail d'interprétation, s'il ne peut se faire que dans le cadre du contre-transfert institutionnel, c'est-à-dire en situation d'élaboration et de perlaboration de la constellation transférentielle, va se trouver confronté à la validité de ses hypothèses non pas sur un plan structural synchronique, puisque c'est en quelque sorte ce qui en fait tout l'intérêt, mais sur le plan de leurs articulations avec la diachronie de l'histoire familiale. C'est pourquoi, il semble tout à fait essentiel de lier ces hypothèses structurales avec la dynamique historique familiale, car ce qui se présente comme structure de *forclusion* peut dès lors s'articuler avec des problématiques d'évitement de la castration dans le lignage et ainsi prendre sens dans la relation transférentielle. C'est la *fonction métaphorique*.

C'est ainsi que nous avons été amenés à proposer des hypothèses sur les structures de forclusion portant, non pas, comme c'est bien connu, sur la seule métaphore du Nom-du-Père, mais plus archaïquement dans l'organisation de la vie psychique de l'enfant sur les signifiants primordiaux de la fonction paternelle, comme puissance d'hétérogénéité fondatrice, ce qui pour les enfants correspond à un dosage subtil du *pareil* et du *pas-pareil*. C'est ainsi que dans le développement de l'enfant, celui-ci passe par un certain nombre d'étapes structurantes dans lesquelles la fonction paternelle a un rôle déterminant essentiellement par voie indirecte : je prendrai l'exemple du *Fort-Da* [39], dans lequel le bébé va être amené à investir à la fois le jeu de la bobine, sa maîtrise jubilatoire et, finalement, son articulation symbolique pour assumer la frustration, manque imaginaire d'un objet réel, puis la privation, manque réel d'un objet symbolique, représentant la mère absente. Mais en même temps, dans cet exemple, la castration est déjà en marche dans la mesure où Wilhelm-Ernest FREUD sait que l'absence de sa mère est intrinsèquement liée à sa présence au père. Le désir de sa mère est tourné vers le père. La prohibition de l'inceste a déjà (re)pris une place concrète dans l'appareil psychique maternel. C'est d'ailleurs un point que F. DOLTO [30] a particulièrement étudié dans son histoire du processus de la *castration symboligène* qui commence son œuvre dès la naissance avec la castration ombilicale, puis les castrations orales et anales, avant d'en arriver aux castrations primaires et secondaires directement en rapport avec la problématique phallique et la prohibition de l'inceste.

Toujours est-il que le refoulement de l'enfant va porter sur l'objet de l'interdit. Dans le cas où cette mise en forme de l'absence n'a pas lieu, donc n'a pas de lieu psychique chez l'enfant, le lieu psychique dans lequel il doit s'articuler va s'organiser sans système de représentation des « raisons désirantes » de l'absence. Il n'y aura donc pas de structure psychique apte à refouler cet insupportable. Symboliquement non recevable, la réalité de l'insupportable de la prohibition de l'inceste ne pourra faire retour que dans le Réel.

C'est ainsi que nous pouvons expliquer le souvenir infantile de Sergueï PETROV [38] qui, jouant avec un couteau auprès de sa bonne dans le jardin, hallucine la castration dans le Réel, indiquant ainsi qu'elle est forclosée dans le symbolique. Peut-on étendre cette structure de forclusion à l'amputation du pourtour de la bouche indiquée par TUSTIN [105] comme le fantasme fondamental de l'enfant autiste ? Le *trou noir* dans le Réel pour le « pourtour de la bouche » dans le symbolique, et ce dernier comme impossibilité pour l'enfant d'accepter de perdre avec sa bouche le contact du sein ?

Il me semble que les structures de forclusion qui portent sur les signifiants primordiaux sont le fait de l'absence de l'absence, c'est-à-dire l'impossibilité à fabriquer les liens entre les choses et leurs représentations. Ces liens sont le fondement du Symbolique ; ils sont les contreparties masochistes du lien sadique d'emprise sur les choses. Le monde du symbolique est un triste monde marqué du sceau de la perte assumée en connaissance de chose... Nous ne pouvons malheureusement pas, dans ce cadre restreint, développer le rôle de la pulsion de mort dans cette butée à l'accès au symbolique, ni celui que vient jouer une institution digne de ce nom dans la bifurcation qu'elle peut opérer dans le trajet entropique de Thanatos. Et tout notre travail consiste bien à remettre en circulation les liens entre les signifiants primordiaux pour en faire des systèmes articulés de représentations intériorisées.

L'exemple de Morgan, un enfant autiste, au travers de trois activités thérapeutiques – cheval, conte et groupe d'observation – nous montre comment le *signifiant primordial* (qui marque pour lui le lien solide entre ses deux hémicorps et qui se traduit par le fait qu'il peut, après six mois d'effort, monter sur le cheval et s'y sentir apaisé, sans angoisse, bien qu'il ait les deux jambes écartées, ce qui auparavant était impossible pour lui) se déplace de cette activité cheval à l'atelier conte (où il peut mimer le galop du cheval pour marquer sa jubilation), puis dans le groupe d'observation (dans lequel il met des chaises les unes sur les autres et grimpe dessus comme sur un cheval) ; et ainsi, ce signifiant primordial devient du *pareil* dans des contextes de *pas-pareil*, c'est-à-dire un *invariant structural* dans des contextes différents. Ce faisant, il *dé-contextualise* ce signifiant primordial et, de la sorte, il se met en chemin vers le symbolique.

E/ PROBLÈMES CRUCIAUX ACTUELS.

E1. Psychanalyse et institution.

Pendant longtemps la psychanalyse a permis de subvertir les traditions asilaires en mettant sur le devant de la scène psychiatrique le sujet lui-même et les modalités de son être-au-monde, telles que FREUD les avaient découvertes et nous les avaient transmises. Nous avons vu combien les concepts de transfert, d'inconscient, de répétition, d'aliénation et bien d'autres, ont fécondé les nouvelles pratiques et permis de faire avancer, pour l'homme, la qualité des soins psychiatriques, au point que la psychothérapie institutionnelle, en insistant sur le primat du psychopathologique, donnait une modélisation possible à la démarche thérapeutique proposée aux patients les plus graves, notamment les psychotiques. Mais nous avons également vu comment l'histoire contemporaine a pesé sur les différents acteurs de la psychiatrie, sur leurs groupes d'appartenance, leurs références idéologiques et théoriques. Le courant psychanalytique n'a pas échappé à ces mouvements évolutifs et de nombreux conflits sont explicables par des positions marquées des uns ou des autres sur tel ou tel point de théorie et/ou de pratique. Si, parmi les membres du mouvement de Psychothérapie Institutionnelle, les appartenances aux écoles psychanalytiques sont très diverses, ce qui en fait une richesse me semble-t-il, une question a traversé depuis le début les réflexions sur les institutions, celle de la position du psychanalyste « dans » ou « à côté de » l'équipe soignante. En effet, pour certains, l'efficacité de la psychanalyse ne peut être avérée que si le psychanalyste reste totalement en dehors de tout contact de « vie quotidienne » avec le patient. Sinon, il quitte le monde dans lequel le patient le situe et sur lequel il projette les fantasmes à partir desquels il pourra travailler au cours de sa psychothérapie ou de son analyse et, ce faisant, il empêche toute possibilité d'instaurer un transfert recevable sur le plan technique. Pour d'autres, le psychanalyste peut côtoyer le patient dans la vie quotidienne et ainsi, au contraire, faciliter les amorces du transfert. Je crois qu'aujourd'hui, nous

avons suffisamment avancé sur les plans théoriques et pratiques pour savoir que la cure-type a ses indications précises et spécifiques et que, dans ce cas, l'« institution » est réduite au minimum, un psychanalyste, un analysant et l'institution qu'ils développent à deux à partir du contrat qu'ils ont passé ensemble et qui contient en lui les histoires de chacun d'eux. En ce qui concerne les pathologies les plus graves, notamment celles qui, comme nous l'avons déjà vu, « utilisent » la dépendance, la cure-type n'est pas pertinente et les grands psychanalystes des psychoses (G. PANKOW, S. RESNIK, F. FROMM-REICHMANN, F. TUSTIN, G. HAAG, G. BENEDETTI...), même s'ils utilisent le *setting* de la cure-type, ne travaillent pas sans un lien avec la famille, une équipe soignante, pédagogique ou autre, bien placés qu'ils sont pour savoir que la question de la demande chez les psychotiques n'est pas traitable comme chez le névrosé..., sous peine d'imposture. La question, déjà posée par FREUD en 1918, est donc bien celle de pouvoir articuler les éléments d'un traitement en référence à la compréhension psychanalytique des maladies mentales. Il va de soi, aujourd'hui, que toutes ces précautions risquent d'être balayées par l'ampleur des nouvelles thérapies cognitivo-comportementalistes qui ne se soucient pas de tels « détails » et vont à « l'efficacité », du moins en apparence.

E2. Ségrégation.

Aujourd'hui comme hier, la pensée simplificatrice impose sa logique binaire aux dispositifs administratifs, préférant les argumentations du bon sens apparent à la complexité, voire l'hypercomplexité, qui régit le fonctionnement psychique de l'homme. Aussi, est-il plus facile d'organiser la psychiatrie en la calquant sur la médecine symptomatique et en en déduisant une pratique qui consiste à « trier » par grandes pathologies les patients qui en sont porteurs ou atteints et de les soigner dans des « groupes homogènes ». Dans le passé, on a vu les dérives que cette vision des choses a produites en examinant le fonctionnement des hôpitaux psychiatriques (DAUMEZON, CASTEL, GOFFMANN, GENTIS...). Les patients étaient accueillis dans un pavillon dit d'admission dans lequel un diagnostic était posé, ce qui permettait d'orienter ce patient vers le pavillon adéquat à son « projet thérapeutique » : chronique, alcoolique, travailleur, dangereux, arriéré, etc. Nous avons vu comment cette logique kraepelinienne a dévoyé la psychiatrie de ses missions et transformé l'hôpital en un univers concentrationnaire peu compatible avec ce que l'on appelle pudiquement son « humanisation ».

Aujourd'hui, après environ trente ans de travail acharné pour changer cet état de fait, notamment grâce aux possibilités offertes par la psychiatrie de secteur, une nouvelle tentative, cette fois économique, se fait jour, qui risque de conduire à une organisation, non plus hospitalière, mais de Santé Publique, calquée sur le même modèle : tout problème de santé mentale doit être traité en urgence ; le patient est donc adressé dans les services ad hoc dans les hôpitaux ; là, un diagnostic permet d'adresser le patient dans la « filière » qui lui correspond. Mais cette nouvelle façon de soigner, si elle est relativement satisfaisante pour tous les problèmes aigus et urgents, ne répond en aucune manière aux problèmes spécifiques de la maladie mentale, à savoir la chronicité de la maladie. Progressivement, nous voyons tout ce qui concerne la prise en charge de la chronicité être « transféré » du champ sanitaire vers le médico-social. Ce qui avait pu changer en quelques décennies, grâce au travail intensif des soignants appuyés sur la fonction médicale, risque d'être défait très vite, malgré les bonnes volontés de tous les acteurs de ce champ médico-social, par la pauvreté, voire l'absence en son sein, d'une pensée médicale. Ainsi, une nouvelle forme de ségrégation, que la psychothérapie institutionnelle avait combattue avec beaucoup de force, se reconstruit-elle d'une façon voilée. Qu'en sera-t-il demain de tous ces asiles périphériques reconstitués malgré tout ? Qui y prendra en charge les patients qui y seront « déposés » ?

E3. Nouvelles donnes économiques et administratives.

Les nouvelles analyses [10] proposées dans le champ de la Santé Publique montrent d'une façon claire que les contraintes économiques tiennent désormais lieu de politique et, souvent, de principal argument utilisé par les tutelles pour régler un problème médical. La perte du pouvoir administratif en 1970 par les médecins-directeurs des hôpitaux psychiatriques les empêche maintenant de peser sur les orientations générales d'un établissement de soins, même si la contrepartie en eût été d'assumer les difficultés contradictoires dans l'application d'économies budgétaires éventuellement nécessaires. Désormais, le directeur administratif dispose des pouvoirs hiérarchiques sur son établissement et, pour peu qu'il ne fasse pas l'unanimité des médecins contre lui, il peut ainsi imposer à des psychiatres la politique à suivre dans leurs services. De nombreux exemples peuvent être rapportés, mais ce qui importe ici est de bien montrer comment le pouvoir médical, jugé déterminant par les fondateurs

(DAUMEZON, TOSQUELLES, BONNAFE,...), une fois entravé par le pouvoir administratif qui, lui, est trop souvent soumis aux obligations du politique et de l'économique, amène à de très profonds changements dans les équipes soignantes. En effet, l'objectif n'est plus de mettre en place des dispositifs pour répondre aux besoins sanitaires d'un secteur géo-démographique donné, mais plutôt de ne réaliser que les dépenses qui rentrent dans le cadre de l'enveloppe budgétaire allouée à l'établissement. De plus, la décentralisation du ministère de la Santé vers les Directions des Agences Régionales de l'Hospitalisation (DARH), impose de nouvelles données hiérarchiques qui ne favorisent pas les initiatives ni la souplesse réactive nécessaire à cette pratique de la psychiatrie. Enfin, lorsqu'il est question de restreindre les budgets de la santé, tout le monde s'accorde à dire que la psychiatrie est un des budgets qui est le plus facile à diminuer sans que les patients ne se rebellent avec quelque chance d'être écoutés.

Tout cela pour dire que, ces dernières années, les circuits décisionnels aux niveaux local, régional et national, ont beaucoup changé et que la nécessité de pouvoir agir rapidement auprès des centres de décision, pour protéger l'exercice d'une psychiatrie qui ne se satisfait jamais de relations de type technocratique, se retrouve maintes fois en péril et menacée d'impuissance. Aussi, certains acteurs [98] du mouvement de psychothérapie institutionnelle parlent-ils désormais de la nécessité d'une nouvelle *résistance* aux tendances de cette psychiatrie déshumanisante, objectalisante et ségréguante.

E4. Précarité.

Un autre aspect de cette évolution de la psychiatrie, funeste aux patients passibles de chronicité, est qu'elle laisse un peu plus sur le côté aussi les personnes atteintes de précarité (Rapport ministériel de MINARD et PIEL). Nous sommes obligés d'admettre que les patients très malades se retrouvent trop souvent dans des situations de précarité, dues bien sûr à leur pathologie, mais aussi à des facteurs d'aliénation sociale très importants. Les deux dimensions entrent en « cercle vicieux » et leur prise en charge devient un problème en soi. Nous voyons bien actuellement dans les équipes soignantes comment les « nouvelles pathologies », les « nouvelles demandes » (psychiatrie des urgences, des catastrophes, syndrome d'immunodéficience acquise [SIDA], ...), entrent en concurrence avec les pathologies de la chronicité et, surtout, celles qui sont connotées de précarité. Il est très difficile de prendre en charge un enfant autiste ou un adulte schizophrène dans une « famille à problèmes multiples » ; et cela entre en conjonction avec une des particularités de ces familles touchées par la précarité, la difficulté non seulement à soutenir une demande mais même déjà de la reconnaître et de la formuler.

Nul doute que les équipes sensibilisées à la psychothérapie institutionnelle ont une écoute plus particulière pour ces pathologies difficiles, mais que seule une volonté farouche permet de continuer de considérer de telles situations comme prioritaires. Il est là plus facile qu'ailleurs de ne répondre que sur le seul plan social... ou d'attendre la demande !

E5. Public, Privé et Associatif.

Pendant très longtemps le service public de psychiatrie a concentré l'essentiel des services de psychothérapie institutionnelle, à l'exception de quelques cliniques privées dont nous avons déjà cité les principales expériences et de quelques structures associatives, le plus souvent adhérentes de la fédération nationale des Croix Marine. Actuellement, nous voyons se développer des liens de bonne qualité entre les trois types de structures de soins et de prise en charge. Mais un nouveau risque se fait jour car, récemment, à la suite de quelques affaires très regrettables dans certaines associations, quelques décideurs ont tendance à considérer que les associations ne sont plus des structures juridiques recevables dans le champ sanitaire, puisque les établissements hospitaliers sont désormais habilités pour réaliser les mêmes objectifs, ce qui tend à jeter le discrédit sur l'associatif. Nous voyons ainsi des DARH décider de la fermeture d'établissements gérés par des associations et leurs moyens budgétaires transférés aux hôpitaux. Et pourtant, la souplesse de leur fonctionnement était l'argument qui avait antérieurement rendu nécessaire leur création par ce biais. Il ne faudrait pas que les raisons qui avaient amené à utiliser l'associatif soient facilement oubliées, car la sous-jacence d'une organisation associative reste son tropisme pour les systèmes institutionnels ouverts, ce qu'une administration, par son caractère totalisant inévitable, rend souvent difficile. Sans oublier les risques encourus en cas de disparition des supports associatifs indispensables au fonctionnement des clubs thérapeutiques.

F/ PERSPECTIVES.

F1. Augmentations des missions confiées à la psychiatrie au détriment du traitement de la psychose.

Comme nous l'avons vu, la psychiatrie a changé ses manières d'apparaître-au-monde : elle est à l'écran, dans les journaux de vulgarisation, elle est appelée dès qu'un attentat a lieu dans le métro, qu'un autocar de personnes du troisième âge se renverse, ou qu'un pédophile sort de prison. Cette évolution, même s'il faut bien en discuter et en peser toutes les conséquences, est inévitable ; à nous de la rendre intéressante, car elle va dans le sens de la désaliénation quand l'information est bien faite. Nous avons beaucoup travaillé pour en arriver à ce que la psychiatrie soit « faite/défaite par tous » (GENTIS). Ce que nous n'avions pas vraiment prévu c'est l'augmentation du nombre de ces missions et donc des charges qui vont avec, sans compensations concomitantes et, même, avec une diminution globale des moyens. Les équipes soignantes travaillent désormais en « flux tendus psychiques » (DELION), à l'instar des usines de montage qui, pour éviter les problèmes de stockage, sont continuellement au bord de la rupture... Pas un instant de répit pour penser dans l'après-coup !

La tentation, dans une telle équation, est de se consacrer à une sur-spécialisation dans le vaste champ de la psychiatrie et de devenir le spécialiste de telle ou telle pathologie ou, pire encore, de tel ou tel symptôme. Pour autant, ce qui faisait le caractère spécifique de la psychiatrie de secteur française, la possibilité pour tout citoyen, quel que soit son secteur de référence, de disposer d'un soin de bonne qualité, se trouve invalidée par la tendance à la spécialisation. Pourquoi soigner pendant plusieurs dizaines d'années un schizophrène ou un autiste si l'on peut devenir le spécialiste des seules catastrophes de son département ou de sa ville ? Nous retrouvons là tout ce qui fait particularité de la psychothérapie institutionnelle, à savoir : l'accueil d'un autre en souffrance psychopathologique pour tenter de le soigner quels que soient ses symptômes, sa culture, ses croyances et son appartenance, et surtout d'abord penser à qui adresser ce patient dont on n'est justement pas le spécialiste. Dans cette perspective, une équipe soignante s'organise pour soigner tous ceux qui en ont besoin ; tandis que dans l'autre configuration, le spécialiste ne soigne que ceux pour lesquels il est spécialisé et ne va pas se sentir forcément concerné par les autres sur le plan de ses missions professionnelles. De plus, il appert que les moyens qui lui sont octroyés le sont par redéploiement de ceux des autres. Il ne s'agit pas de refuser la spécialisation, mais bien de l'articuler avec une pratique généraliste de la psychiatrie. Sinon, le risque est grand d'aboutir à une « sectorisation symptomatique » (DELION), prétexte à des « marquissats » (BONNAFE) de la psychiatrie.

F2. Baisse de la démographie médicale et perte des savoirs spécifiques.

Les dépenses de santé ayant trop augmenté par rapport au PIB, il a fallu les réguler d'une façon drastique en diminuant le nombre des médecins formés. Depuis plusieurs années déjà, certaines voix s'élèvent pour attirer l'attention des pouvoirs publics sur cette difficulté annoncée. En psychiatrie, en effet, le nombre des postes de praticiens hospitaliers actuellement vacants est extrêmement préoccupant et ne permet déjà plus aujourd'hui de faire fonctionner un nombre conséquent de services sectorisés. Nous avons vu que la présence médicale conditionnait d'une manière déterminante l'organisation d'un service en référence à la Psychothérapie Institutionnelle. La situation est donc à ce sujet très complexe, dans la mesure où la durée de formation de ce spécialiste est très longue sur le plan statutaire, sans compter les aspects centraux de cette formation que sont la psychanalyse personnelle, les contrôles en psychanalyse, les formations complémentaires à d'autres approches thérapeutiques (psychodrame, thérapies familiales psychanalytiques ou systémiques...) ou encore anthropologiques, psycho-biologiques, sémiotiques... Il y a donc un rapport étroit entre la formation des *psychistes* animateurs des équipes de psychothérapie institutionnelle et celle des personnels soignants qui en font partie. Il s'agit bien là, pour une part, d'un savoir élaboré en commun, d'une expérience trempée ensemble dans les prises en charge de patients très gravement touchés, d'une volonté de faire émerger des potentialités soignantes. Tout ceci ne se décrète pas et surtout demande un temps important à se réaliser. Aussi, une désorganisation de services et d'équipes ayant acquis une grande expérience de la Psychothérapie Institutionnelle n'est-elle pas seulement préjudiciable pour les années pendant lesquelles elle ne fonctionnerait pas, mais surtout par la perte de savoir qu'elle entraîne dans toutes les professions concernées, au premier rang desquelles les infirmiers psychiatriques ont eux aussi payé un lourd tribut.

F3. Réflexions renouvelées sur la prévention.

Mais si certains aspects peuvent apparaître difficiles à soutenir dans les années qui viennent, la Psychothérapie Institutionnelle nous a montré, par la cohérence de sa démarche et l'ensemble des problèmes de psychiatrie qu'elle aide à résoudre, que la prévention faisait authentiquement partie de la pratique renouvelée au service des patients. D'abord la prévention de la (re)décompensation, en nous aidant à réfléchir sur le soutien nécessaire à pérenniser (fonction phorique), pour un patient donné, a abouti à la nécessité de la post-cure extrahospitalière, ce qui, en son temps, a fait évoluer l'hospitalisation temps plein vers le temps partiel. En effet, il est apparu rapidement que les formules d'hospitalisation à temps complet pouvaient être utilement diminuées, jusqu'à ce qui suffit comme soin intensif, impliquant en retour une préoccupation concrète pour les conditions de vie, d'accueil dans une famille, les foyers, les appartements thérapeutiques (VIDON) ou associatifs, et les autres fonctions indispensables à son équilibre dans la cité : pédagogiques et/ou éducatives pour les enfants et adolescents, de travail pour les adultes. Il est apparu que l'importance de prendre en considération les relais (DELION) dans la cité était un des aspects fondamentaux d'une prévention bien comprise. En ce qui concerne les enfants, de nombreuses démarches de prévention ont vu le jour pour dépister tôt les enfants à risque autistique, psychotique ou dépressif, ainsi que les différentes *carences*, de façon à les traiter intensivement le plus tôt possible. Ce faisant, la prévention et le soin s'inscrivent dans une perspective de continuité, la plus adaptée aux prises en charge psychothérapeutiques. En retour, elles ont permis aux différents services d'enfants, d'adolescents et d'adultes, de mieux mettre en harmonie leurs préoccupations et ainsi de faciliter les passages de relais, les complémentarités de travail, autour de l'adolescence par exemple.

F4. Développement de la psychothérapie institutionnelle.

Le nombre toujours croissant de participants aux différentes manifestations culturelles et aux formations organisées par le mouvement de Psychothérapie Institutionnelle montre, à l'envi, que ses réflexions et les conséquences concrètes qui en découlent dans le travail psychiatrique sont bien reçues par ses acteurs. En France, ce mouvement s'est beaucoup développé après la Deuxième Guerre mondiale, mais il a souffert d'un malentendu avec la Psychiatrie de Secteur. Actuellement, beaucoup de praticiens de la psychiatrie revendiquent leur appartenance, peu ou prou, sinon au mouvement de la psychothérapie institutionnelle, du moins à une bonne partie de ses concepts opératoires. L'idée qu'elle est attachée au seul hôpital a déjà reflué et il est communément admis que sa méthode s'applique à une équipe soignante et non pas à un lieu particulier. Toutefois, les considérations économiques déjà évoquées laissent planer une ombre sur la possibilité de continuer à développer cette méthodologie très astreignante en quantité et exigeante en qualité de travail, consommatrice de beaucoup de personnel soignant, eu égard aux moyens actuellement disponibles. Mais comme ses fondateurs nous l'ont montré et appris, la résistance aux différentes adversités est toujours possible...

À l'étranger enfin, que ce soit en Europe où plusieurs équipes travaillent en référence à la Psychothérapie Institutionnelle (Espagne, Portugal, Italie, Suisse, Belgique, Allemagne, Grèce,...) ou même plus loin (Algérie, Brésil, Japon,...), de nombreux témoignages [27] existent de la fécondité de leurs approches spécifiques. Des liens se tissent avec l'International Symposium for Psychotherapia of Schizophrenia and child psychosis (ISPS, mouvement fondé par BENEDETTI, ALANEN, MÜLLER,...), ce qui aura l'intérêt de faire connaître davantage cette culture, ces expériences de la Psychothérapie Institutionnelle dans le monde anglo-saxon.

F5. Axes de recherche autour de la psychothérapie institutionnelle : histoire, psychologie, sémiotique, psychothérapie des psychoses, pédagogie institutionnelle, anthropologie, etc.

Les chemins à défricher ne manquent pas et plusieurs voies de recherche ont été et sont ouvertes :

Historique.

Après les différentes contributions très riches apportées par Jean AYME à l'histoire du mouvement de Psychothérapie Institutionnelle, des recherches sont entreprises pour éclairer des points plus précis de telle ou telle période de son histoire, de ses liens avec l'histoire en général. C'est ainsi que des recherches sont actuellement en cours autour de François TOSQUELLES (Carmen LE COUTEY, Lise

GAINARD). Une collection « Psychothérapie Institutionnelle » vient d'être créée aux Éditions du Champ Social (ex-Théétète) qui viendra compléter la collection « Connivences » dirigée par Michel BALAT dans les mêmes éditions. Elle est chargée de publier les travaux de TORRUBIA, CHAIGNEAU, BUZARE, FANON...

Psycho-biologique.

Déjà OURY avait écrit un chapitre sur la psychopharmacologie de la dépression [78]. Cette piste reste très importante dans la mesure où les médicaments psychotropes jouent un rôle fondamental dans le traitement des patients au long cours, mais où leur action est grandement corrélée à l'état psychique du patient, à son acceptation ou non de sa maladie et donc de son traitement, et, par conséquent, à l'ambiance de la prescription.

De même, des recherches en ce qui concerne les articulations neurologiques et psychopathologiques en pédopsychiatrie sont menées actuellement pour mieux comprendre comment aider les enfants et bébés à risque [Association of Infant Mental Health - France (WAIMH Fr) présidée par Bernard GOLSE, et ceux du courant développemental (A. BULLINGER, MF. LIVOIR PETERSEN). Déjà J. HOCHMANN et M. JEANNEROD [53] avaient écrit de concert un dialogue très important à ce sujet.

Des théorisations telles que celles de G.M. EDELMAN [32], P. FONAGY [34], peuvent servir, avec d'autres, d'« objets d'arrière-plan » à des rencontres épistémologiques de nature à nous aider à penser d'une façon dialectique la prescription du neuroleptique chez le patient schizophrène, ou la survenue du syndrome autistique chez l'enfant porteur d'une maladie de BOURNEVILLE, et ainsi, en améliorer les réponses spécifiquement humaines qu'elles nécessitent.

Sémiotique.

Michel BALAT [8] est le principal artisan de ces liens entre psychothérapie institutionnelle et sémiotique. Son implication dans les services d'éveil de comas l'a rendu très intéressé par l'étude des contextes institutionnels et les effets que ceux-ci peuvent produire sur les patients en question. La sémiotique [9], intéressante comme méthode logique dans l'étude de la sémiologie, donne des pistes fécondes dans le domaine de l'autisme et de la psychose.

Danièle ROULOT a écrit un article très important à ce sujet : « *Secondéité pure et univers schizophrénique* » [93], ouvrant ainsi une piste de recherche tout à fait innovante sur les plans psychopathologique et institutionnel. Je ne peux que renvoyer le lecteur intéressé à sa lecture.

Les enfants autistes présentent comme signe prévalent un trouble de la communication. En cela, les parents sont confrontés à un problème majeur dans l'abord de leur enfant, dans la mesure où, chez l'humain, la qualité des échanges précoces intervient pour une grande part dans les capacités de l'enfant à communiquer avec autrui. Une spirale interactionnelle se met donc en place très rapidement dans la famille de l'enfant autiste, qui aboutit à la rencontre avec l'équipe de pédopsychiatrie. Là, les soignants sont confrontés au même problème avec l'enfant : dialoguer avec un petit sujet qui n'utilise pas les voies habituelles du langage. En reprenant l'étude des interactions précoces chez le bébé, un parallélisme est possible entre la situation du bébé in-fans et celle du bébé à risque autistique. Ces deux champs peuvent être rapprochés de la sémiotique peircienne. Les trois niveaux d'interactions, *affectif*, *comportemental* et *fantasmatique*, correspondent respectivement aux trois catégories peirciennes de *priméité*, *secondéité* et *tiercéité*. Une étude des mécanismes autistiques permet de mettre en évidence la *structure iconique* qu'ils présentent, tandis que les mécanismes psychotiques relèvent davantage de la *structure indiciaire*. Ces éléments peuvent être rapprochés de la « grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité » [48] et permettre une lecture structurale de la clinique et de la psychopathologie à la lumière de la sémiotique. Les trois fonctions *phorique*, *sémaphorique* et *métaphorique* [26], trouvent ici leur place et leur cohérence : un enfant autiste est accueilli par une équipe soignante qui lui propose un accueil articulé dans un cadre de soins diversifié (fonction phorique) ; les soignants - et plus précisément leur appareil psychique - de la constellation transférentielle deviennent porteurs des signes en provenance de l'enfant (fonction sémaphorique) ; c'est par un travail sur eux-mêmes, en réunion d'élaboration/perlaboration, et avec les parents, par un travail d'historialisation, que du « sens » peut surgir (fonction métaphorique) et modifier en retour leur relation contre-transférentielle avec l'enfant.

Psychothérapies des psychoses.

Elles font l'objet de recherches constantes pour les acteurs du mouvement de la psychothérapie institutionnelle, dans la mesure où la personne psychotique est au centre de leurs préoccupations. Les techniques à fort tropisme corporel (packing, pataugeoire...) sont spécialement concernées.

Les deux plans, individuel et groupal, sont objets de recherches, dans la mesure où un patient peut très bien bénéficier d'une psychothérapie psychanalytique et également d'une participation à un petit groupe psychanalytique. Des éléments différents y sont travaillés et traités. À ce sujet, les apports de Salomon RESNIK [87 ; 88 ; 89], Gisela PANKOW [79 ; 80 ; 81 ; 82], Herbert ROSENFELD [90], Donald MELTZER [64], James GAMMILL [40], Geneviève HAAG [47], Joyce MAC DOUGALL [61], Pierre LAFFORGUE [58], Jeanne MAGAGNA [62], Anne ALVAREZ [2], Hélène et Alex DUBINSKY - Maria RHODE - Margaret RUSTIN [94], Gianna WILLIAMS [106] (de la Tavistock Clinic), Maguy MONMAYRANT [67], Didier HOUZEL [54], Jacques HOCHMANN [52], le groupe des formateurs à la méthode d'observation directe selon Esther BICK [49], et d'autres... sont précieux.

Pédagogie institutionnelle.

Le mouvement de la pédagogie FREINET a eu un très grand développement mais, actuellement, n'a pas le crédit qu'il pourrait avoir. Fernand OURY [69], pédagogue dans l'enseignement spécialisé, a su féconder ce remarquable héritage grâce à l'outil psychanalytique. Ses recherches rapportées dans ses très nombreux ouvrages, écrits seul ou en association avec d'autres, notamment Aïda VASQUEZ, ont abouti à la création d'un mouvement pédagogique, la « pédagogie institutionnelle ». La rigueur qui préside à l'organisation de la classe, les différentes « institutions » qui y sont développées, la réflexion sur le groupe des enfants et son fonctionnement en référence à un cadre symbolique, son ouverture sur le monde extérieur, sa correspondance, ses moyens de communication (antérieurement l'imprimerie et maintenant l'informatique), en font un milieu extrêmement propice à des rapprochements avec le mouvement de psychothérapie institutionnelle, notamment autour de la question des enfants. Nul doute que les groupes de recherche prévus ensemble donneront des hypothèses intéressantes à la fois les enfants et la pédagogie, les patients et la psychothérapie.

Anthropologie et rapport au socius et au politique.

Ce sont des sujets importants qui ont été défrichés par PONCIN, GUATTARI, MICHAUD, EGEBACK, DROGOUL, BAILLON, POLACK, SIVADON (la revue Chimère)...

<<<<<<>>>>>>>>

BIBLIOGRAPHIE.

- 1- ALFERI P. / Guillaume d'Ockham. Le singulier. Paris, éditions de Minuit, 1989.
- 2- ALVAREZ A. / Une présence bien vivante. Larmor-Plage, éditions du Hublot, 1997.
- 3- AUDISIO M. / La psychiatrie de secteur. Toulouse, Privat, 1982.
- 4- AYME J. / Contribution à l'histoire de la psychothérapie institutionnelle. *Information psychiatrique*, 1983, 59(3) : 399-412.
- 5- AYME J. / Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle. In DELION P., éd. *Actualité de la psychothérapie institutionnelle*, Vigneux, Matrice, 1994 : 32-69.
- 6- AYME J. / Chroniques de la psychiatrie publique. Ramonville, Érès, 1995.
- 7- BALAT M. / Le musement du scribe. Paris, L'Harmattan, 2000.
- 8- BALAT M. / Autisme et éveil de coma. Montpellier, Théétète, 1998.
- 9- BALAT M. / Fondements sémiotiques de la psychanalyse. Paris, L'Harmattan, 2000.
- 10- BELLANGER M. / Politique économique et économie psychique. *Pratiques en Santé Mentale*, 2001, 47, 2 : 10-17.
- 11- BIDAULT R. / L'accueil envisagé dans une perspective thérapeutique d'intégration du malade au groupe. Thèse pour le Doctorat en médecine, Lyon, 1959.

- 12- BION W.R. / Recherches sur les petits groupes. Paris, PUF, 1965.
- 13- BONNAFE L. et al. / Chronicité et sédimentation. Rapport du congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, Marseille, 1964.
- 14- BUZARE A. / La psychothérapie institutionnelle, c'est la psychiatrie. Montpellier, éd. du Champ Social, 2001.
- 15- CHAIGNEAU H. / Ce qui suffit. Réflexions surgies de la fréquentation au très long cours de quelques schizophrènes. *Information psychiatrique*, 1983, 59(3) : 437.
- 16- CHEMLA P. / Le sacré. Paris, L'Harmattan, 1995.
- 17- CHEMLA P. / Asiles. Ramonville, Érès, 2000.
- 18- CHEMLA P. et al. / Pérégrinations. In : Actualité de la psychothérapie institutionnelle, Vigneux, Matrice, 1994 : 147-178.
- 19- COLMIN J. / L'aventure du quartier Ney. Paris, Scarabée, 1980.
- 20- DELIGNY F. / Les vagabonds efficaces. Paris, Maspéro.
- 21- DELION P. / Psychothérapie institutionnelle et psychiatrie de secteur : le petit prince et le renard font du secteur à la mode de Möebius. *Information psychiatrique*, 1987, 63(8) : 999-1007.
- 22- DELION P. / Psychose et vie quotidienne. Ramonville, Érès, 1998.
- 23- DELION P. / L'autisme et la psychose à travers les âges. Ramonville, Érès, 2000.
- 24- DELION P. / Séminaire sur l'autisme et la psychose infantile. Ramonville, Érès, 1997.
- 25- DELION P. / L'enfant autiste, le bébé et la sémiotique. Le fil rouge, Paris, PUF, 2000.
- 26- DELION P. / La clinique, une pensée du concret. La musique de l'enfance. Montpellier, éd. du Champ Social, 2000, 62-67.
- 27- DELION P. / Actualité de la psychothérapie institutionnelle. Vigneux, Matrice, 1994.
- 28- DENIS D. et al. / Un inter-club pour cultiver des passerelles. Actualité de la psychothérapie institutionnelle, Vigneux, Matrice, 1994, 202-229.
- 29- DIATKINE R., AVRAM C. / Nouvelles voies thérapeutiques en psychiatrie de l'enfant : l'unité du soir. *Psychiatrie de l'enfant*, 1982, 2, 387-422.
- 30- DOLTO F. / L'image inconsciente du corps. Paris, Seuil, 1984.
- 31- DUPREEL E. / Traité de sociologie générale. Bruxelles, PUB, 1959.
- 32- EDELMAN G.M. / Biologie de la conscience. Paris, Odile Jacob, 1994.
- 33- EY H. / La conscience. Paris, PUF, 1968.
- 34- FONAGY P. / Psychopathology from infancy to adulthood : the mysterious unfolding of disturbance of time. WAIMH Congress, Montréal, Oral communication, July, 2000.
- 35- FREUD S. / Les chances d'avenir de la thérapie psychanalytique « Vous connaissez tous en effet le mécanisme, de beaucoup plus énergique, qui consiste à utiliser le transfert ». Œuvres complètes, Paris, PUF, 1993, X : 64.
- 36- FREUD S. / La technique psychanalytique. Paris, PUF, 1975 : 140-141.
- 37- FREUD S. / Inhibition, symptôme et angoisse. Œuvres complètes, Paris, PUF, 1992, XVII : 203-271.
- 38- FREUD S. / L'homme aux loups. Œuvres complètes, Paris, PUF, 1988, XIII : 1-118.
- 39- FREUD S. / Au-delà du principe de plaisir. Œuvres complètes, Paris, PUF, 1996, XV : 276-339.
- 40- GAMMILL J. / À partir de Mélanie KLEIN. Lyon, Césura, 1998.
- 41- GAUTHIER S. / L'organisation des soins par la psychiatrie d'adultes. In : DELION P., L'autisme et la psychose à travers les âges, Ramonville, Érès, 2000, 37-48.
- 42- GENTIS R. / Les murs de l'asile. Paris, Maspéro, 1968.
- 43- GENTIS R. / Leçons du corps. Paris, Flammarion, 1980.
- 44- GENTIS R., TORRUBIA H. / Notes sur la psychothérapie institutionnelle en 1968. Rapport introductif au colloque de Courchevel, *Information psychiatrique*, 1969, 45-144.
- 45- GIUDICELLI S. / Journal de bord d'un thérapeute. Paris, Seuil, 1996.
- 46- GUATTARI F. / Psychanalyse et transversalité : essai d'analyse institutionnelle. Paris, Maspéro, 1972.
- 47- HAAG G. / Les petits groupes analytiques d'enfants autistes et psychotiques avec ou sans troubles organiques. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, Paris, Érès, 1987, 7-8 et 73-87.
- 48- HAAG G. et al. / Grille de repérage des étapes évolutives de l'autisme infantile traité. *Psychiatrie Enfant*, 1995, XXXVIII (2), 495-527.
- 49- HARRIS WILLIAMS M. / Les écrits de Martha HARRIS et Esther BICK. Larmor-Plage, éd. du Hublot, 1998.
- 50- HOCHMANN J. / Pour une psychiatrie communautaire. Paris, Seuil, 1971.
- 51- HOCHMANN J. / Pour soigner l'enfant psychotique. Toulouse, Privat, 1984.
- 52- HOCHMANN J. / Pour soigner l'enfant autiste. Paris, Odile Jacob, 1996.
- 53- HOCHMANN J., JEANNEROD M. / Esprit, où es-tu ? Paris, Odile Jacob, 1991.
- 54- HOUZEL D. / Pstchanalyse des psychoses de l'enfant : point de vue. *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*, 1988, 5.
- 55- LACAN J. / D'un discours qui ne serait pas du semblant. Séminaire XVIII, 1971.
- 56- LACAN J. / L'angoisse. Séminaire, 1962-1963.
- 57- LAFFITE R. / Une journée dans une classe coopérative. Vigneux, Matrice, 1997.
- 58- LAFFORGUE P. / Petit Poucet deviendra grand. Bordeaux, Mollat, 1995.
- 59- LAPLANCHE J., PONTALIS J-B. / Vocabulaire de la psychanalyse. Paris, PUF, 1990, 492.
- 60- LE ROUX M-F. / Le club, carrefour du collectif et de la singularité. Actualité de la psychothérapie institutionnelle, Vigneux, Matrice, 1994, 276-284.
- 61- MAC DOUGALL J. / Éros aux mille et un visages. Paris, NRF, 1996.

- 62- MAGAGNA J. / Observation d'un bébé avec Esther BICK – L'observation du bébé. *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*, 1992, 12, 173-207.
- 63- MANNONI M. / Éducation impossible. Paris, Deuil, 1973.
- 64- MELTZER D. et al. / Explorations in autism. London, The Roland Harris Trust, 1975.
- 65- MICHAUD G. / La Borde, un pari nécessaire : de la notion d'institution à la psychothérapie institutionnelle (interférences). Paris, Gauthiers-Villars, 1977, 6-109.
- 66- MISES R. / La cure en institution. Paris, ESF, 1980.
- 67- MONMAYRANT M., en collaboration avec LACROIX M.B. / Enfants terribles, enfants féroces. Ramonville, Érès, 1999.
- 68- MOREAU, RICAUD M., Michael BALINT / Le renouveau de l'école de Budapest. Ramonville, Érès, 2000.
- 69- OURY F., VASQUEZ A. / De la classe coopérative vers la pédagogie institutionnelle. Paris, Maspéro, 1967.
- 70- OURY J. / Psychothérapie institutionnelle : transfert et espace du dire. *Information psychiatrique*, 1983, 59(3), 423.
- 71- OURY J. / Rapport introductif. *Psychothérapie Institutionnelle*, 1966, 4,15.
- 72- OURY J. / L'aliénation. Paris, Galilée, 1992, 4.
- 73- OURY J. / Le collectif. Paris, Scarabée, 1986.
- 74- OURY J. / Les clubs thérapeutiques. In : Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle, Paris, Payot, 1976, 69-70.
- 75- OURY J. / Peut-on parler d'un concept de réunion ? In : Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle, Paris, Payot, 1976, 160-168.
- 76- OURY J. / Hiérarchie et sous-jacence. Séminaire à Sainte-Anne, 1994-1995, 2002.
- 77- OURY J. / Les séminaires de La Borde. Montpellier, éd. du Champ Social, 1998.
- 78- OURY J. / Psychopharmacologie et psychiatrie. In: Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle, Paris, Payot, 1976, 186-190.
- 79- PANKOW G. / L'homme et sa psychose. Paris, Aubier, 1969.
- 80- PANKOW G. / Structure familiale et psychose. Paris, Aubier, 1977.
- 81- PANKOW G. / L'être-là du schizophrène. Paris, Aubier, 1981.
- 82- PANKOW G. (en collaboration avec ALIE, GUIBAL, LACAS, LUZARD, BARBIEUX-MARSALEIX, MAUGENDRE, PUGET, SANS) / 25 années de psychothérapie analytique des psychoses. Paris, Aubier, 1984.
- 83- POCHET C., OURY F. / L'année dernière, j'étais mort. Vigneux, Matrice, 1986.
- 84- PONCIN C. / Essai d'analyse structurale appliquée à la psychothérapie institutionnelle. Thèse pour le Doctorat en médecine, Nantes, 1962.
- 85- RACINE Y. / Psychothérapie institutionnelle, institutions et secteurs. *Information psychiatrique*, 1983, 59, 4.
- 86- RAPPARD P. / La folie et l'État. Toulouse, Privat, 1981.
- 87- RESNIK S. / Personne et psychose. Larmor-Plage, éd. du Hublot, 2000.
- 88- RESNIK S. / L'espace mental. Ramonville, Érès, 1993.
- 89- RESNIK S. / L'expérience psychotique. Lyon, Césura, 1986.
- 90- ROSENFELD H. / Impasses et interprétations. Le fil rouge, Paris, PUF, 1990.
- 91- ROTHBERG D. / Les réunions à l'hôpital psychiatrique. Paris, Scarabée, 1968.
- 92- ROUCHY J-C. / Le groupe, espace analytique, clinique et théorie. Ramonville, Érès, 1998.
- 93- ROULOT D. / Secondarité pure et univers schizophrénique. In : BALAT M., DELEDALLE-RHODE J., DELEDALLE G., éd. Signs of humanity, Berlin, New-York ; Mouton de Gruyter, 1992, 1087-1096.
- 94- RUSTIN M., RHODE M., DUBINSKY A., DUBINSKY H. / Les états psychotiques chez les enfants. Larmor-Plage, éditions du Hublot, 1997.
- 95- SARTRE J-P. / Critique de la raison dialectique. Paris, NRF, 1964.
- 96- SASSOLAS M. / la psychose à rebrousse-poil. Ramonville, Érès, 1997.
- 97- SCHOTTE J. / Le contact. Bruxelles, de Boeck, 1990.
- 98- TORRUBIA H. / La psychothérapie institutionnelle par gros temps. In : Actualité de la psychothérapie institutionnelle, Vigneux, Matrice, 1994, 15-27.
- 99- TOSQUELLES F. / Éducation et psychothérapie institutionnelle. Mantes, Hiatus, 1984, 31-42.
- 100- TOSQUELLES F. / Histoire critique du mouvement de psychothérapie institutionnelle dans les hôpitaux psychiatriques français. In : Pédagogie et psychothérapie institutionnelle, Mantes, Hiatus, 1984, 34.
- 101- TOSQUELLES F. / Biographie d'un psychiste. Pédagogie et psychothérapie institutionnelle, Mantes Hiatus, 1984, 216.
- 102- TOSQUELLES F. / Actualité de la psychothérapie institutionnelle. In : DELION P., Vigneux, Matrice, 1994, 51-426.
- 103- TOSQUELLES F. / Note sur la séméiologie des groupes. Bulletin technique du personnel soignant de l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban, fasc. B, 1962, 36-58.
- 104- TOSQUELLES F. / Pédagogie et psychothérapie institutionnelle. Mantes, Hiatus, 1984, 95-204.
- 105- TUSTIN F. / Autisme et psychose de l'enfant. Paris, Seuil, 1982.
- 106- WILLIAMS G. / Internal landscapes and foreign bodies. London, Tavistock, 1997, 123.
- 107- WILLIAMS M. / Les écrits de Martha HARRIS et Esther BICK. Larmor-Plage, éditions du Hublot,

SOMMAIRE

A/ Position du problème.

- A1. L'humain, l'accueil des différences psychopathologiques et l'intérêt des systèmes anti-ségrégatifs.
- A2. Les psychoses.
- A3. La psychothérapie et les institutions.
- A4. Pertinence de la Psychothérapie Institutionnelle.

B/ Historique.

- B1. Les précurseurs.
- B2. Les fondateurs.
- B3. Psychothérapie institutionnelle et psychiatrie de secteur : renaissance ou survie.
- B4. Aujourd'hui : l'état des lieux.
- B5. La psychothérapie institutionnelle et ses proches : les thérapeutiques institutionnelles.

C/ Concepts.

- C1. Le malade mental et la double aliénation mentale et sociale (OURY).
- C2. La psychiatrie se doit de répondre des deux niveaux de souffrances psychique et sociale.
- C3. Le transfert et son utilisation en psychiatrie : création de champs transférentiels.
- C4. Organisation des soins, rapports de dé-complétude et stratégies thérapeutiques.
- C5. Déploiement du traitement, trajectoire de vie des patients et continuité des soins.

D/ Les acteurs, leurs concepts opératoires et leurs pratiques.

- D1. Individus, groupes et collectifs : équipe soignante, initiatives et hiérarchies.
- D2. Liberté de circulation et constellations transférentielles.
- D3. Accueil, club thérapeutique et tablature institutionnelle.
- D4. Concept de réunion et fonction Balint.
- D5. Associations culturelles, soutènement psychique des soignants et formation continue.
- D6. Psychothérapie institutionnelle et psychiatrie infanto-juvénile.

E/ Problèmes cruciaux actuels.

- E1. Psychanalyse et institution.
- E2. Ségrégation.
- E3. Nouvelles données économiques et administratives : les conséquences.
- E4. Précarité.
- E5. Public, privé et associatif.

F/ Perspectives.

- F1. Augmentation du nombre des missions confiées à la psychiatrie au détriment du traitement de la psychose.
- F2. Baisse de la démographie médicale et perte des savoirs spécifiques.
- F3. Réflexions renouvelées sur la prévention.
- F4. Développement de la psychothérapie institutionnelle.
- F5. Axes de recherche autour de la psychothérapie institutionnelle : histoire, psychologie, sémiotique, psychothérapie des psychoses, pédagogie institutionnelle, anthropologie...

~~~~~