

L'INSTITUTION COMME OUTIL
SOIGNANT : LES RÉFÉRENCES
DU SOIN

Jean-Yves CASAUX (psychosociologue)

Je vais repartir de deux idées que nous avons travaillées, à quelques uns, dans un article intitulé « Théorisation des soins infirmiers en psychiatrie ».1

La première idée se rapporte à la pathologie mentale que nous proposons de comprendre, pour schématiser, comme témoignant de la difficulté pour quelqu'un de réaliser le deuil de l'objet affectif primaire, de sa difficulté ou impossibilité d'une symbolisation du réel. Le dépassement possible de cette aliénation dans la relation à l'objet primaire (la fusion) ne peut être réalisé que par la constitution d'un autre objet, un objet symbolique, objet-tiers entre soi-même et l'autre.

La deuxième idée est, donc, qu'il s'agit, avant tout, dans les soins psychiatriques, de permettre au patient de rentrer dans une dimension symbolique au monde ou de renouer avec elle. Pour ce faire, le soignant doit construire des conditions de relations, d'échanges possibles.

Ces conditions de relations ont une fonction et des modalités d'existence :

- Leur fonction : en tant que telles, ces conditions sont justement cet objet à valeur symbolique dont la médiation rend possible l'articulation je-tu, soignant-soigné, autour d'un tiers, ouverte sur l'altérité ; les objets médiateurs sont, à titre d'exemple, le langage, les différents cadres de soins, l'équipe soignante, le dossier de soins, la théorisation...

- Leurs modalités d'existence : ces conditions de relations ne sont pas autre chose que les situations de travail diverses que les soignants ont à construire pour (y) travailler précisément la diversité correspondante des formations psychiques plus ou moins pathologiques. Ces situations de travail sont, par exemple :

— dans la direction des soignés, les réunions soignants-soignés, les ateliers divers, les situations de relation duelle...

— dans la direction des soignants, les réunions de régulation, d'études de cas, de supervision, d'organisation du travail...

Toutes ces situations sont autant d'institutions-outils de travail. Cependant, ces outils sont des outils de travail dans la mesure où ils ne sont pas là pour exhiber une panoplie d'autant plus admirée qu'elle paraîtrait complète et telle qu'on pourrait éventuellement l'apprendre par cœur dans les écoles, mais plutôt dans l'exacte mesure où ces outils ont une signification, ont du sens pour les soignants au regard d'une perspective thérapeutique - toujours une dimension ternaire : les soignants, leurs outils, et ce qui donne sens à leur existence, c'est-à-dire la perspective thérapeutique !

On comprend l'importance, à propos de la formation des soignants non seulement d'un programme, mais encore d'un projet pédagogique de formation, lequel a justement pour but de donner sens à un programme.

L'institution : un outil des soins

Le terme « institution » a trois directions de sens qui ne sont pas sans avoir quelque rapport entre elles. Il désigne un appareil juridique comme l'institution scolaire, celle de la famille, ou bien une entité juridique comme l'hôpital en tant qu'établissement public ou privé. Mais ce terme désigne aussi un établissement considéré cette fois dans sa matérialité, avec des bâtiments, une superficie, une mission de production, et utilisant un personnel adéquat. Cette seconde acceptation a été particulièrement élaborée dans sa dimension d'outil thérapeutique essentiel par tout le mouvement de psychothérapie institutionnelle de 1940 à 1970 environ. Il y a aussi un troisième sens, lequel fonde les deux précédents et aussi les dépasse, et qui désigne l'action par laquelle on institue quelque chose : par exemple, définir un cadre spatio-temporel contractuel de relations soignant-soigné, enseignant-enseigné, en déterminer les règles, sont autant d'actes institutionnels, c'est-à-dire instituant des conditions d'échanges qui lient les protagonistes, instituant, donc, en un mot, des institutions.

L'histoire de l'institution comme outil de soins prend racine dans les élaborations du mouvement de la psychothérapie institutionnelle. Pour résumer cette position thérapeutique et son importance, j'utiliserai les discours respectifs de Jacques Hochmann et de Jean Oury. Selon le premier : « Le coup de génie des fondateurs de la psychothérapie institutionnelle (Tosquelles, Balvet, Bonnafe, Daumezon) a été de faire de nécessité vertu. Puisque l'asile et la ségrégation imposaient une cohabitation de longue durée aux malades mentaux et à ceux que la société déléguait auprès d'eux, c'est cette cohabitation qui fut utilisée pour créer un milieu thérapeutique. Dès lors, la vie quotidienne et toutes les activités de nourriture, de travail, de loisir devenaient l'occasion de rencontres et d'échanges porteurs d'une fonction soignante que Paul-Claude Racamier a bien décrite dans ces dimensions de soutien au Moi du malade ».2

Face, à l'empire des processus primaires du patient, la fonction du soignant est d'être, selon l'expression de Paul-Claude Racamier, un « ambassadeur de la réalité ». Jacques Hochmann précise : « en s'incarnant dans une activité courante, le soignant dément les projections délirantes et peut ainsi entrer en contact avec son patient. Par sa récurrence régulière, l'activité commune étaye un lien interpersonnel continu capable de résister aux attaques envieuses et au clivage de l'expérience en menus morceaux ».3

Autrement dit, la psychothérapie institutionnelle découvre et nous apprend que c'est au travers des relations que les patients et les soignants vont nouer entre eux à l'occasion d'activités communes prévues à cet effet ; au travers des relations que les soignants entretiennent à leur travail et ses objets ; au travers des relations que les soignants nouent entre eux et avec leurs partenaires administratifs de l'institution (et qui se manifestent dans les formes d'organisation du travail) que les patients vont faire l'apprentissage du destin social humain, qui est l'obligation faite à chacun d'inscrire ses désirs dans des demandes, afin d'échapper à l'infantile pulsionnel du tout ou rien. D'où l'extraordinaire importance de la nature de ces relations, de la nécessité de les analyser, de les modifier le cas échéant, étant donné qu'elles sont autant de schémas relationnels modélisants, qu'ils soient conscients ou inconscients, pour les patients dépendants de et pris dans ces relations. C'est ce dont témoigne Jean Oury : « [...] pour qu'une institution permette de « soigner » les gens qui y sont, il semble nécessaire que les désirs ne soient pas écrasés... Structuralement, nous devons - et c'est l'essence de la psychothérapie institutionnelle - introduire ce que l'on appelle [...] des médiations. Ces médiations ouvrent les relations binaires (importance des techniques de clubs thérapeutiques, d'aménagements de rencontres, d'échanges, etc.) vers quelque chose d'autre que la spéculation imaginaire [...] : une dimension symbolique.

On voit bien qu'on ne peut pas dissocier l'organisation technique du travail d'une prise en charge psychothérapeutique généralisée... Il n'est pas indifférent, par exemple, de savoir s'il est possible de modifier l'emploi du temps des soignants (abolition ou non des 3-8, grille des responsabilités, etc.), d'agir sur les rôles, statuts, fonctions, d'agir dans certaines hiérarchies, de discuter sur l'architecture, les aménagements, la gestion des structures administratives et des structures économiques, etc. Si ce travail permanent n'est pas inscrit dans le programme général de ce que nous appelons psychothérapie institutionnelle, il me semble que celle-ci n'est qu'une futilité souvent dangereuse.

Nous constatons, par exemple, que le remaniement d'une structure comme l'administration entraîne des effets de sens qui débloquent des situations névrotiques et peut avoir une efficacité psychothérapeutique plus grande que tel psychodrame ou telle prise en charge individuelle. Ceci n'est pas pour dire qu'il faut négliger ces derniers aspects de la psychothérapie, mais qu'il faut pouvoir les articuler avec ce qui se passe.

Nous constatons combien fallacieuse est la distinction entre « soignants et soignés », lorsqu'elle confond cette opposition distinctive avec celle, socio-économique du payant-payé, personnel-malade. Il est, en effet, évident que tel malade peut avoir sur un autre une influence bénéfique que n'aura jamais tel ou tel membre du personnel, de même que le départ ou l'arrivée de quelqu'un participe d'une façon positive ou négative à l'évolution d'un autre ».⁴

La thérapie institutionnelle de nos jours a évolué à partir d'une critique de la psychothérapie institutionnelle (qui d'ailleurs est atteinte d'une certaine absolescence) tout en reconnaissant sa dette aux acquis théoriques de cette dernière et les ayant même élargis et approfondis.

Une des critiques essentielles et que la pratique de la psychothérapie institutionnelle repose sur une sorte de mythe : la société, mauvaise par essence, est responsable des troubles mentaux. S'ensuit, logiquement, la doctrine de l'isolement thérapeutique en même temps que celle d'une institution utopique où tout pourrait être analysé grâce à l'outil psychanalytique. Cette institution idéale tend à donner une forme préexistante à l'interaction soignant-soigné, souligne Jacques Hochmann. Il s'agirait là de se protéger contre l'angoisse destructurante liée au rassemblement de fous dans un espace restreint. De nos jours, la thérapie institutionnelle cherche plutôt à comprendre comment le rapport du patient à l'institution, quelle qu'elle soit, reproduit et témoigne en répétition d'une pathologie individuelle ou familiale. L'institution n'est plus considérée comme une fin, dit Jacques Hochmann, un lieu idéal de vie, aseptisé, spécialement édifié pour une cure d'inspiration psychanalytique.

Psychiatrie communautaire et soins psychiatriques désinstitutionnalisés

Ces dernières années, les perspectives thérapeutiques institutionnelles se déploient dans deux directions théoriques et cliniques voisines, prenant en considération les circuits relationnels des patients et l'importance d'éviter une coupure d'avec leur milieu social et culturel : il s'agit de la psychiatrie communautaire de secteur d'une part, et des pratiques de soins psychiatriques désinstitutionnalisés d'autre part.

En ce qui concerne la première orientation, Philippe Paumelle la définit de la sorte : « C'est parce que le psychotique ne peut, bien souvent, verbaliser une demande claire de soins, qu'il ne suffit pas de l'attendre dans une consultation. Il se manifeste par le cri, parfois par le passage à l'acte violent, au moins par des tentions insupportables au niveau de son milieu familial et professionnel. Les psychiatres communautaires doivent apprendre à percevoir cette forme de demande qui est en même temps un refus ; et pour eux, le traitement conjoint du patient et de son milieu peut être étudié et poursuivi.

C'est parce que la psychose est dépersonnalisation que les grands rassemblements de fous que constituent les hôpitaux psychiatriques ont été, à juste titre, contestés par les psychiatres eux-mêmes, et que la relation thérapeutique personnalisée est un des principes essentiels de la thérapie communautaire.

Parce que la psychose est aussi annulation de la durée : la position antidotique, thérapeutique, est fondée sur la disponibilité et la continuité de la prise en charge des soignants (homme de rupture, le psychotique ne tolère pas la rupture).

Parce que la psychose est dénéigation de la réalité, nous sommes sensibles à l'organisation pathologique de mondes fermés antithérapeutiques au niveau de toutes les créations institutionnelles, même extra-hospitalières. Ainsi, l'ouverture des institutions sur la société commune devient l'une des préoccupations essentielles.

Parce que la psychose signifie scission, morcellement, position manichéenne, la qualité essentielle du travail d'équipe en psychiatrie se précise ; ce n'est qu'à la condition d'être vécu par le patient comme un tout, à la fois solide et souple mais indissociable malgré les projections scissionnelles du malade, dont la pathologie a fondamentalement valeur d'une contestation de la communauté elle-même, que l'équipe des soignants prend tout son sens...».⁵

En ce qui concerne la deuxième orientation, il faut dire tout l'intérêt de l'idée d'institution mentale, développée par Jacques Hochmann à propos de la pratique des soins désinstitutionnalisés. Dans cette perspective thérapeutique, les soins psychiatriques étant pratiqués dans le milieu social, sans la protection d'une institution matérialisée, les soignants se trouvent dans une situation de grande vulnérabilité : « [...] Nous risquons de perdre notre identité. Il nous faut alors nous référer à un modèle théorique qui donne sens à ce que nous faisons et raison à ce que nous sommes, qui nous institue face à nos malades et au reste de la société comme des travailleurs effectuant une tâche originale. La théorie, ce que j'appelle " l'institution mentale " est alors, à nos propres yeux et aux yeux des autres, ce qui définit dans sa spécificité notre pratique relationnelle».⁶

S'appuyant sur les travaux de Donald W. Winnicott et de Wilfrid Bion, Jacques Hochmann développe l'idée que c'est l'activité mentale auto-érotique des soignants qui joue le rôle de contenant des angoisses psychotiques projetées, dans la mesure où cette activité mentale se réfère à un modèle théorique fondant cette position (la théorie psychanalytique) et véritable source de plaisir pour son utilisateur.

Voilà donc, dans la mesure où il s'agissait de déployer quelque peu les propos nécessairement condensés du manifeste pour des réquisits de formation, esquissée toute l'ampleur des questionnements et des contenus cognitifs dont il nous apparaît que des infirmiers en psychiatrie et santé mentale compétents ne peuvent faire l'économie de la rencontre, les formations proposées actuellement ne paraissant pas répondre suffisamment à ce souci.♦

Note

1. Soins psychiatrie, n° 132, février 1992.

2. Jacques Hochmann, « Réalité partagée et traitement des psychoses », Revue Française Psychanalytique, n° 6, 1986, p. 1645.

3. Ibid.

4. Jean Oury « Quelques problèmes théoriques de psychothérapie institutionnelle ».

5. Philippe Paumelle, in Paul-Claude Racamier, Le Psychanalyste sans divan, Payot, 1983, p. 368.

6. Jacques Hochmann, « L'Institution mentale : du rôle de la théorie dans les soins psychiatriques désinstitutionnalisés », Information Psychiatrique, volume 58, n° 8, octobre 1982, p. 987.

Jean-Yves CASAUX