

DES FRONTIÈRES POUR SE RENCONTRER Quelques réflexions autour de la psychothérapie institutionnelle

Pierre Delion

Service de pédopsychiatrie CHRU Lille
6, rue du Professeur Laguesse, F-59037 Lille cedex
Tel.: ++/33/(0)3 20 44 97 47, p-delion@chru-lille.fr

Résumé: De nos jours en psychiatrie, la liberté de circulation, à savoir le préalable à toute entreprise thérapeutique, est remplacée par les frontières qui sont celles du renfermement et du cloisonnement. À cause de l'actuel engloutissement de la psychiatrie dans la santé mentale, dans la médecine déshumanisée et comptable, les frontières ne remplissent plus leurs fonctions de délimitation et de passage. L'auteur explore les frontières spatiales (image du corps, transfert dissocié, "situèmes", constellation transférentielle) et les frontières temporelles (rites de passage, rythme de base de la vie, enveloppes proto-narratives) pour indiquer comment celles-ci peuvent redevenir des membranes, des lieux de potentialités. Nous assistons aujourd'hui à la chronique d'une mort annoncée de la psychiatrie! On approche du moment où il sera impossible de pratiquer décemment, humainement, la discipline noble et complexe qu'est la psychiatrie. L'éthique médicale bafouée, l'heure est donc à la résistance.

Mots-clés: Frontières, Délimitation, Passage, Psychiatrie, Santé Mentale, Éthique.

Reçu: le 25 janvier 2009; **Accepté:** le 1^{er} février 2009.

La psychiatrie entre à nouveau dans une ère à risque: celle du renfermement et du cloisonnement. Pourtant la psychothérapie institutionnelle avait insisté sur l'importance de la liberté de circulation comme préalable à toute entreprise thérapeutique. La frontière qui peut devenir un mur infranchissable peut également trouver un autre statut plus compatible avec nos préoccupations.

Les frontières instaurent deux fonctions complémentaires: délimitation et passage. La délimitation permet d'aboutir à une identité sur laquelle le sujet peut compter quand il en a la nécessité. Cette identité est le résultat d'identifications progressives allant du plus archaïque au plus symbolique. Le passage permet les rencontres: "Les hommes sont les uns pour les autres un îlot inconnu qui se rattache aux autres îlots

par des ponts symboliques. Ces ponts renvoient, entre autres, aux rituels d'initiation, d'accueil, d'hospitalité et de rencontre" (Jeffrey, 1998).

L'asile a longtemps été un espace paradoxal dans la mesure où il était le résultat du franchissement parfois définitif d'une frontière en partance vers la folie et un en-deça de la plus élémentaire problématique des frontières dans la vie quotidienne, entraînant les malades vers une régression à la dépendance la plus aliénante. La dépendance pour le bébé est un moment au cours duquel la mère va l'aider à réaliser le projet de son indépendance progressive. La mère asilaire, elle, accroît son emprise pour aboutir à une dépendance perverse dont elle a le secret.

Et c'est la psychiatrie de secteur qui a permis de proposer un nouveau cadre pour sortir de l'asile et de la régression psychique. J'insiste sur ce double mouvement de "déprise" de l'aliénation sociale et mentale. La psychiatrie de secteur et la psychothérapie institutionnelle ont ensemble tenté d'en assumer toutes les conséquences. Dans ce cas, le travail va porter sur les frontières spatiales et temporelles des sujets en déshérence, mais aussi des équipes soignantes et des groupes de la société civile, ceux que les auteurs de la circulaire sur la sectorisation avaient nommé la (géo)démographie.

Sur les frontières spatiales, la question de l'image du corps est centrale pour comprendre les problèmes posés aux personnes psychotiques par leur être au monde. Pankow, parmi d'autres a travaillé cette question avec beaucoup de bonheur. Mais cela permet d'articuler également la question centrale posée par Jean Oury du "transfert dissocié", très en rapport avec l'image du corps. C'est là que la découverte de Claude Poncin à partir des "situèmes" constitue une grande avancée dans la démarche institutionnelle comprise comme pensée des espaces articulés entre eux comme "tablature" (Oury). Image du corps, transfert dissocié et situèmes sont les piliers de la constellation transférentielle (Tosquelles) dont la visée est de réunir les fragments de corps dispersés par projection dans les différentes figures transférentielles rencontrées dans l'institution.

Les frontières temporelles, telles qu'elles ont pu être abordées par Thierry Goguel d'Allondans (2002) dans son ouvrage sur les rites de passage selon les travaux de Von Gennep, sont autant de scansions du temps dans le déroulement diachronique du sujet. Ces rythmes de base de la vie transforment les faits bruts et actuels en événements grâce à la fonction de la narrativité. Il serait intéressant ici de reprendre les travaux de Daniel Stern sur les "enveloppes proto-narratives" qui

organisent pour l'enfant les inscriptions et donc les introjects qui contribueront à lui permettre de devenir son narrateur en première personne (Stern, 1993). Nous savons que la surface d'inscriptions dans l'appareil psychique n'est rendue possible que si un pare-excitations solide le protège des intrusions. Dans la psychose, il m'est souvent arrivé de dire que l'équipe soignante est une sorte de "pare-excitations collectif".

Ces deux aspects posent la question des rapports complémentaires: pour travailler ensemble, il faut définir les frontières comme passages, comme "structures d'avec", ce qui donne à la membrane des potentialités spécifiques. Pour que ça fonctionne, il faut que les membranes soient des lieux de potentialités, l'occasion d'énergies nouvelles, des lieux d'échanges et de rencontres. Or dans les fonctionnements institutionnels, lorsque ces potentialités baissent, cela aboutit à des cloisonnements, ces cloisonnements qui concrétisent l'impact des hiérarchies statutaires au détriment des hiérarchies subjectales.

Actuellement, nous sommes en passe d'assister à une dérive des continents exemplaire de ces pertes des fonctions sus-décrites comme nécessaires au bon exercice de la frontière, celle de l'engloutissement de la psychiatrie dans la santé mentale. Ce détournement de fonds est préoccupant à plus d'un titre.

En effet, la dérive actuelle des concepts qui président à *la consistance de la psychiatrie*, et partant, des pratiques qui en dépendent, n'est pas un résultat attendu par ses opposants, pire! C'est la conséquence d'un très préoccupant double discours du Politique et de ses conseillers techniques, de plus en plus éloignés de la réalité de terrain, et notamment des patients vivants (si on peut dire) dans une grande précarité. Or ces derniers ont droit, c'est notre devoir et notre honneur, à bénéficier des avancées de la psychiatrie de secteur qui semble la mieux à même de les aider sur le plan psychopathologique, à condition de le penser en lien partenarial avec tous ceux qui peuvent y apporter quelque chose de spécifique.

Qui, parmi ceux qui ont milité et militent depuis des dizaines d'années à la transformation des conditions d'accueil des malades mentaux, se plaindra de voir émerger la notion de "*Santé mentale*" comme champ dans lequel s'originent les nouvelles demandes contemporaines? Personne sans aucun doute, puisqu'il s'agit de l'étape logique résultant de la mise en place d'une prévention concrète pour les populations desservies par le système de santé mental français, dont je rappelle que, jusqu'à plus ample informé, la psychiatrie de secteur est la base légale. Mais là où le bât blesse, c'est à condition que

cela soit mis en œuvre avec les moyens qui sont nécessaires à toute innovation sans oublier la base logique – ici la psychiatrie – sur laquelle cette innovation a pris corps. Et que l'on ne me fasse pas pleurer sur l'impossibilité de trouver des moyens de financement pour cette mission, dont l'aspect symbolique a été amplement démontré par Michel Foucault et beaucoup d'autres. D'ailleurs tous les décideurs sanitaires savent dans quelle médiocrité budgétaire se débat l'ensemble des équipes de Santé mentale-Psychiatrie. Toujours est-il que sans une attribution supplémentaire significative, les moyens actuels – humains et financiers – seront détournés des soins aux malades chroniques (pas par principe, mais en raison du fait qu'ils requièrent la grande partie des moyens alloués pour l'instant), et "fléchés" pour les nouvelles demandes. Chacun de nous en sera réduit à choisir très vite entre ces "urgences néo-sociales" pour lesquelles les membres des cellules départe-"mentales" catastrophes sont sommés de répondre au coup de sifflet, et ces "urgences ordinaires" que sont les états psychiques que traversent trop souvent encore les patients les plus gravement malades, et plus précisément les personnes psychotiques. En effet, pas question pour moi de céder sur le fait que la psychose, l'autisme, sont autant de maladies psychiatriques qui nécessitent des médecins et des équipes soignantes parés à répondre par des soins intensifs aux dégâts très importants occasionnés par les angoisses archaïques dont elles sont grosses. Serions-nous devenus de simples "*santémentaliâtres*"? L'histoire nous apprend que lors de choix épineux, la tendance entropique habituelle a toujours consisté à suivre la pente la plus facile, celle des réponses standards, des moindres coûts, des décisions les plus simplificatrices. La lecture du livre de Alice Ricciardi Von Platen, écrit en 1948 et traduit en français en 2001, est à ce titre très édifiante (Ricciardi von Platen, 2001). Il ne faut pas continuer à se bercer d'illusions: soit les équipes s'orienteront vers les nouvelles demandes et en viendront à pratiquer "les nouveaux métiers de la Santé mentale", soit ils décideront, et j'accorde à ce verbe tout le poids que la philosophie médiévale donnait à la fonction "décisoire", que l'exercice de la Psychiatrie est important pour les malades mentaux, et ils ne pourront pas distraire les moyens de l'un pour assumer valablement les réponses à l'autre. Ce qui, à mes yeux, est extrêmement regrettable parce que la psychiatrie de secteur a permis de dialectiser ces deux dimensions fondamentales que sont la prévention (côté santé mentale) et le soin (côté psychiatrie), et *il est aujourd'hui absurde de pousser les psychiatres à choisir entre les deux aspects intriqués d'une même pratique*. Mais qu'on ne s'y trompe pas, entretemps, la pratique de la

psychiatrie aura été réduite à un exercice calamiteux, celui de l'arc réflexe: dépression/prozac, délire/clozapine, pour lequel bien entendu, il n'est pas tellement besoin de psychiatres. Zarifian a insisté en son temps sur l'importance de la relation psychothérapique dans laquelle la prescription doit avoir lieu pour avoir quelques chances de réussir (Zarifian, 1988). Or l'exercice de la psychiatrie dans un climat psychothérapique demande aux praticiens qui s'y engagent une formation initiale de douze années minimum (huit ans de médecine et quatre ans de spécialisation en psychiatrie), "enrichie" d'une formation à la psychothérapie par un travail approfondi d'initiation personnelle incontournable.¹ Disons qu'en une quinzaine d'années, un psychiatre peut être "suffisamment compétent" pour répondre aux très nombreuses demandes dont il est désormais "l'objet". La destruction pure et simple de la psychiatrie, telle qu'elle est "objectivement" (je n'écris pas: "intentionnellement") programmée aujourd'hui, demandera une génération entière pour être à nouveau une branche médicale capable de soigner aussi les malades mentaux et non seulement les nouvelles demandes, avec toutes les implications que cela comporte sur le plan des organisations institutionnelles et de leurs inerties propres.

La distinction entre les patients aigus et chroniques au profit de la démedicalisation de la prise en charge des derniers n'est pas la seule à être mise en œuvre, c'est maintenant la fonction médicale elle-même qui risque de disparaître avec cette politique démagogique, ou, à tout le moins, de se lyophiliser dans la seule fonction d'expert. En effet, le sous-effectif médical va obliger les médecins à ne plus soigner eux-mêmes les patients mais seulement à les orienter vers ceux qui pourraient le faire. Verrait-on d'un bon œil un chirurgien déléguer à ses collaborateurs d'autres professions qui travaillent avec lui et rendent possible son intervention, et leur confier l'exercice de la chirurgie? La délégation de certaines de nos fonctions à nos collaborateurs ne tient que parce que nous en sommes les co-acteurs présents sur le terrain. Or, je prétends que nous tenons notre légitimité médicale du fait que nous assumons le soin des patients dans le long terme, d'autant que leurs familles et eux-mêmes nous attendent au tournant de la durée. Nos capacités à poser les bonnes indications ne restent crédibles qu'à la condition de ce feed-back nécessaire à l'ajustement thérapeutique permanent. Sinon, notre participation à la constellation transférentielle

1. J'ose dire ici que cet approfondissement de la technique psychothérapique se fait pour celui qui s'y initie au prix d'un investissement psychique et financier très important et qui n'est jamais pris en compte dans notre reconnaissance professionnelle.

de tel ou tel patient se simplifiera par l'"adressage" à celui qui semble le plus spécialisé, mais sans l'exercice de la très importante complémentarité qui est une des spécificités fondamentales de la psychiatrie, et un contrepoids à tout retour à une psychiatrie asilaire. Quand un enfant a une maladie neurologique et une souffrance psychique, il suffira de l'adresser au neuropédiatre; quand un patient très précarisé est aussi un schizophrène, il suffira de l'adresser au service social. L'aspect spécifique de la souffrance psychique ne sera pris en compte que dans le cadre des inévitables décompensations aiguës, c'est-à-dire à un moment peu propice pour une réflexion en profondeur.

Pour en rajouter à ces soucis déjà considérables, la réticence voire la résistance d'un grand nombre de médecins à l'imposition "à la hussarde" des nouveaux canons de cette médecine déshumanisée et comptable, provoque chez certains de nos partenaires administratifs qui ont maintenant le pas hiérarchique sur les médecins (et ceci aussi bien dans le public que dans le privé dorénavant), un sentiment d'avoir à accomplir leur devoir de métonymes de l'État avec fermeté, quand ce n'est pas avec un sadisme inévitable, sur les médecins qui sont tous, c'est bien connu, des bourgeois profiteurs qui ne pensent qu'à leurs émoluments. Pourtant le dernier statut des praticiens hospitaliers insiste sur la non dépendance hiérarchique des médecins vis-à-vis des directeurs d'établissements hospitaliers dans le seul cas où il est question de l'éthique médicale. De quoi s'agit-il ici sinon de la préservation de ce que nous pensons juste pour la défense de certains patients à être soignés décemment et même humainement? Ne devons-nous pas dans certains cas aller jusqu'à faire respecter cette clause de notre statut afin de pouvoir jouer encore au moins le rôle d'avocats des patients que nous ne pourrons plus soigner? Les rapports se tendent entre les médecins d'une part, et leurs tutelles et les pouvoirs publics d'autre part, et, en dehors de toute récupération politique, il semble que les traumatismes vécus par les premiers de la part des seconds marqueront profondément, et pour longtemps, les professions médicale et soignante dans leur ensemble.

Je crois que nous sommes désormais fondés à appeler la méthode appliquée par l'État et ses représentants "sur" les acteurs du service de santé français (qu'on ne nous enverra pas longtemps dans ces conditions), *le syndrome de "maltraitance à médecins"*. Tosquelles, psychiatre catalan condamné à mort par le régime franquiste, fondateur du mouvement de la Psychothérapie Institutionnelle, disait souvent que la qualité des liens entre les médecins et les infirmiers psychiatriques, à l'époque où ces deux professions représentaient l'essentiel

des soignants en psychiatrie, se transmettait d'une façon univoque à celle existant entre les infirmiers et les malades mentaux. Aujourd'hui, le cadre a changé, les enjeux se sont déplacés, mais son analyse reste pertinente à mes yeux: la qualité des liens entre l'État et les médecins, acteurs incontournables du système de santé, risque de se transmettre aux liens entre les médecins et les patients. Bien sûr, l'éthique de chaque médecin tentera de corriger ce sadisme institué, *mais le travail en "flux tendus psychiques"* qui caractérise désormais l'exercice médical aura très vite raison des éthiques personnelles. Je crois que *des effets de seuil* sont ici inévitables: je préserve une certaine qualité des soins jusqu'à un point donné; au-delà, non pas parce que j'ai changé, mais parce que les conditions d'exercice se sont dégradées, je ne suis plus en mesure de le faire. Là encore, les premiers sacrifiés seront les patients qui présentent les plus grandes difficultés à être soignés, soit en raison de leur situation précaire, et les personnes en grande précarité a fortiori, soit en raison de la complexité de leur prise en charge.

Dans tous les cas, nous assistons à *la chronique d'une mort annoncée de la psychiatrie*, entendue comme discipline médicale assurant les soins aux malades mentaux tout le temps qu'ils en ont besoin, et ce, dans le respect de la dimension humaine et subjectale, dont ils sont, plus que tous les autres, les "naufragés" involontaires.² À ce titre, l'avenir de la psychiatrie publique est bien sombre. Mais comme dans tous les moments de crises humaines, il se trouve des hommes qui sont plus forts, plus convaincants, plus résistants que la logique des tristes calculs budgétaires soi-disant incontournables qui nous empêche de penser. Ces hommes-là doivent se faire entendre maintenant.

The Meeting of Frontiers: Some Reflections on Institutional Psychotherapy

Summary: Nowadays in psychiatry, free movement, which is the precondition of any therapeutic undertaking, is being replaced by frontiers called imprisonment and partitioning. As contemporary psychiatry is swallowed up by the sphere of mental health, by dehumanized and quantifiable medicine, these frontiers no longer serve the functions of delimitation and passage. The author explores spatial frontiers (body image, dissociated transference, "situèmes", transferential constellation) and temporal frontiers (rite of passage, basic rhythm of life, protonarrative envelopes) to demonstrate how they could become again membranes, spaces of potentiality. Today in psychiatry, we are witnessing the chronicle of a death foretold! We are approaching the moment when it will be

2. Cf. l'ouvrage de Patrick Declerck (2001) sur les clochards de Paris.

impossible to practise humanely, decently, the noble and complex art of psychiatry. Medical ethics are being violated: now is the time for resistance.

Key words: Frontiers, Delimitation, Passage, Psychiatry, Mental Health, Ethics.

Bibliographie

- P. Declerck (2001), *Les naufragés – avec les clochards de Paris*, Paris, Éditions Plon.
- T. Goguel d'Allondans (2002), *Rites de passage, rites d'initiation, lecture d'Arnold Van Gennep*, Québec, Presses Universitaires de Laval.
- D. Jeffrey (1998), *Jouissance du sacré, Religion et postmodernité*, Paris, Armand Colin.
- A. Ricciardi von Platen (2001), *L'extermination des malades mentaux dans l'Allemagne nazie*, (traduction de Patrick Faugeras), Toulouse, Érès.
- D. Stern (1993), *Journal d'un bébé*, Paris, Presses Pocket.
- E. Zarifian (1988), *Les jardiniers de la folie*, Paris, Odile Jacob.