



HAL
open science

Qui prend soin du réseau ? : essai d'actualisation du paradigme de la psychothérapie institutionnelle dans le système de santé mentale français

Héloïse Haliday

► **To cite this version:**

Héloïse Haliday. Qui prend soin du réseau ? : essai d'actualisation du paradigme de la psychothérapie institutionnelle dans le système de santé mentale français. Psychologie. Université Sorbonne Paris Cité, 2019. Français. NNT : 2019USPCC001 . tel-02309353

HAL Id: tel-02309353

<https://theses.hal.science/tel-02309353>

Submitted on 9 Oct 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



UNIVERSITE SORBONNE PARIS CITE
UNIVERSITE PARIS DIDEROT
Centre de Recherches en
Psychanalyse, Médecine et Société (CRPMS – EA 3522)
ED Recherches en psychanalyse et psychopathologie (ED 450)



THESE DE DOCTORAT

Soutenue publiquement le 25 janvier 2019 par **Héloïse HALIDAY**
pour l'obtention du grade de
Docteur en psychopathologie et psychanalyse

Qui prend soin du réseau ?

Essai d'actualisation du paradigme de la
psychothérapie institutionnelle dans le système de
santé mentale français

Sous la direction des Pr. Alain Vanier et Fethi Benslama

Jury :

Alain Vanier, Pr émérite, Université Paris Diderot

Directeur de thèse

Fethi Benslama, Pr, Université Paris Diderot

Co-directeur de thèse

Jean-Pierre Pinel, Pr, Université Paris-XIII

Président du jury

Lise Demailly, Pr émérite, Université Lille-I

Rapporteure

Rosa Caron, MCF-HDR, Université Lille-III

Rapporteure

Philippe Spoljar, MCF, Université Picardie Jules Verne

Examineur

« Il n'est aucun des registres évoqués ici sur lesquels on ne puisse, aujourd'hui et maintenant, faire toujours quelque chose d'utile. Il n'en est aucun sur lequel, aujourd'hui et maintenant, faute de moyens que nous ne parvenons pas à gagner, nous ne soyons contraints à souffrir de ne pouvoir, encore, que faire si peu. »

(Bonnafé, Andrau, Chaigneau, & Pariente, 1965, Journées du Livre Blanc de la Psychiatrie Française)

Table des matières

<u>TABLE DES MATIERES</u>	<u>3</u>
<u>REMERCIEMENTS</u>	<u>11</u>
<u>LISTE DES ACRONYMES UTILISES</u>	<u>14</u>
<u>INTRODUCTION : ELOGE DE L'IMPUISSANCE ET DE L'INDIGNATION.....</u>	<u>16</u>
<u>CHAPITRE I. OPPORTUNITES ET RISQUES POUR LA CLINIQUE INSTITUTIONNELLE DANS LE SYSTEME DE SANTE ACTUEL</u>	<u>32</u>
<u>I. CONTEXTE NATIONAL : LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL DANS LE MONDE DE LA SANTE.....</u>	<u>34</u>
A. LA REDECOUVERTE DU TRAVAIL D'EQUIPE : UNE PLURIPROFESSIONNALITE FACTEUR DE TRANSVERSALITE	39
B. LA REUNION PLURIPROFESSIONNELLE : UN REGAIN D'INTERET POUR LA PAROLE.	44
C. DEMARCHE PARTICIPATIVE ET <i>CARE</i> EN SANTE : REVALORISATION DES SAVOIRS EMPIRIQUES DES EQUIPES.	46
<u>II. CONTEXTE DISCIPLINAIRE : QUEL SENS DONNER A LA « SANTE MENTALE » ?</u>	<u>49</u>
A. PREAMBULE : FINANCEMENT ET GESTION DES DONNEES PATIENTS EN PSYCHIATRIE	50
B. LE « CHANGEMENT DE PARADIGME ». DE QUOI EST-IL QUESTION ?.....	54
C. LA SANTE MENTALE A-T-ELLE DETRUIT « L'ESPRIT DU SECTEUR » ?	60
D. TRANSFORMATION DES RELATIONS ENTRE PSYCHIATRIE ET POLITIQUE : LA SANTE MENTALE DANS LA COMMUNAUTE.	67
E. ALLER PLUS LOIN QUE <i>L'EMPOWERMENT</i> : DE « NOUVELLES RELATIONS » ENTRE ACTEURS ?.....	72
<u>III. CONTEXTE HISTORICO-POLITIQUE. MALENTENDU ET DISCORDE, LE TOURNANT DE LA « DESINSTITUTIONALISATION »</u>	<u>78</u>
A. LA DESINSTITUTIONALISATION, FILLE DE « L'INSTITUTIONNALISME »	79
B. UN TERME POLYSEMIQUE ET AMBIGU.	84
C. LES DESINSTITUTIONALISATIONS : DES MOUVEMENTS CYCLIQUES ET COORDONNES DANS LE MONDE OCCIDENTAL... ..	85
D. VIRAGE AMBULATOIRE OU « ASILE VIRTUEL » ?	89

IV. QU'EST-CE QU'UNE INSTITUTION ? TENTATIVE DE DEFINITION PSYCHODYNAMIQUE.....	99
A. L'INSTITUTION, UN PROBLEME POUR L'INTERDISCIPLINARITE.....	100
B. DE L'ANGLAIS AU FRANÇAIS, UN PROBLEME DE TRADUCTION.	112
C. LA RESPONSABILITE DES PSYCHIATRES REFORMATEURS EN QUESTION	116
D. L'ASILE EST PARTOUT.	124
E. UN MALENTENDU RISQUE POUR LA PSYCHOTHERAPIE INSTITUTIONNELLE.	130
V. CONCLUSION : QUELLE CREATIVITE DANS LES PRATIQUES ? LE RENOUVEAU DE LA PSYCHOTHERAPIE INSTITUTIONNELLE.	135

CHAPITRE 2. CADRE METHODOLOGIQUE D'UNE RECHERCHE DE TERRAIN EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE
.....138

I. LA « SENSIBILITE DU CHERCHEUR » : SECTEUR, PSYCHOTHERAPIE INSTITUTIONNELLE ET CLINIQUE D'ORIENTATION ANALYTIQUE.....	138
A. SECTEUR ET PSYCHOTHERAPIE INSTITUTIONNELLE	139
B. CLINIQUE D'ORIENTATION ANALYTIQUE.....	142
C. LA « PSYCHOLOGIE FONDAMENTALE DE TERRAIN »	144
II. DELIMITATION ET ETUDE DU PREMIER CORPUS : LA « PSYCHOTHERAPIE INSTITUTIONNELLE ».....	146
A. CHOIX DES AUTEURS : DISSENSIONS ET CONSENSUS PARMIS LES PSYCHIATRES.....	147
III. CHOIX DES TERRAINS, DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON.....	156
A. REPARTITION GLOBALE DES TERRAINS	157
B. REPARTITION DES DEPARTEMENTS PAR CLASSE IRDES ET PAR CHAMP (SANITAIRE/MEDICO-SOCIAL).....	162
C. REPARTITION DE L'ÉCHANTILLON PAR TAILLE DE VILLE	164
D. REPARTITION DES PROFESSIONNELS PAR METIER EXERCE.....	165
E. REPARTITION DE L'ÉCHANTILLON DES PROFESSIONNELS INTERVIEWES PAR TRANCHE D'AGE ET SEXE	166
IV. L'APPROCHE ETHNOGRAPHIQUE : PARTICIPER POUR MIEUX ENTENDRE.	168
V. LES ENTRETIENS. CONSTRUCTION DU GUIDE, MODE DE RECUEIL ET ANALYSE.	173
VI. OPERATIONNALISATION DE L'ANALYSE THEMATIQUE.	176
A. METHODE D'ANALYSE DU PREMIER CORPUS : L'ÉTUDE DE DOCUMENTS.....	177
B. METHODE D'ANALYSE DU SECOND CORPUS : LA REVISION DES OPERATEURS.	179

CHAPITRE 3. PREMIERS RESULTATS DE L'ANALYSE THEMATIQUE : LES « OPERATEURS » DE LA PSYCHOTHERAPIE INSTITUTIONNELLE.....187

INTRODUCTION. LA PSYCHOTHERAPIE INSTITUTIONNELLE EST-ELLE UNE PRAXEOLOGIE ?187

POURQUOI DES “OPERATEURS” ?197

A. DES OPERATEURS POUR REINTRODUIRE LA P.I. DANS LE CHAMP DE LA SANTE MENTALE..... 198

B. DES OPERATEURS POUR UNE TECHNIQUE DE L’AMBIANCE..... 200

C. DES OPERATEURS POUR DELIMITER LA PLACE DE LA PSYCHANALYSE ET DE LA POLITIQUE DANS LE CHAMP « PSY » . 203

D. DE L’OPERATEUR COMME OUTIL : PLAIDOYER POUR UN BRICOLAGE THEORICO-PRATIQUE 207

OPERATEUR 1 : LA DISTINCTION TOUJOURS A OPERER ENTRE STATUT, ROLE ET FONCTION212

A. LA CRITIQUE DU STATUT : UN MOUVEMENT D’INTROSPECTION DES MEDECINS ? 213

B. SUBVERSION DE LA HIERARCHIE PAR LE ROLE : LA PLACE DE L’INFIRMIER DANS LA THERAPEUTIQUE. 217

C. TRANSFERT ET JEU(X) DE ROLE(S) 219

D. VERS UNE HIERARCHIE FONCTIONNELLE 223

OPERATEUR 2 : COEFFICIENT THERAPEUTIQUE DE LA VIE QUOTIDIENNE229

A. UN QUOTIDIEN TROP SOUVENT NEGLIGE 230

B. LE COEFFICIENT THERAPEUTIQUE CONTRE LE « TOUT THERAPEUTIQUE » 234

C. DERRIERE LA « VIE QUOTIDIENNE », LES RELATIONS ET LES ECHANGES 235

D. LA VIE QUOTIDIENNE, PORTE OUVERTE VERS L’EXTERIEUR 237

E. LA FIGURE DE L’INFIRMIER, INCARNATION DU QUOTIDIEN ? 239

OPERATEUR 3 : « ÊTRE-AVEC » ET FAIRE ENSEMBLE241

A. ÊTRE AVEC ET FAIRE ENSEMBLE : UNE SPECIFICITE DE LA PSYCHOTHERAPIE INSTITUTIONNELLE 242

B. LE COLLECTIF : OPERATEUR, FONCTION, AGENCEMENT 245

C. UNE FONCTION COLLECTIF OPERATIONNALISEE PAR LE CLUB..... 248

OPERATEUR 4 : UNE FONCTION DE DECISION PARTAGEE ET AGIE EN REUNION255

A. LA REUNION, CHEVILLE OUVRIERE DU TRAVAIL THERAPEUTIQUE 256

B. DES ECHANGES D’INFORMATIONS ? 260

C. DERRIERE TOUTE REUNION, LA FONCTION DE DECISION PARTAGEE 263

D. UN OUTIL PROPRE A LA P.I. : LA « CONSTELLATION » 265

OPERATEUR 5 : LIBRE-CIRCULATION269

A. UNE THEMATIQUE ANCIENNE DANS LE CORPUS DE LA P.I.	269
B. DE L’ESPACE TRAITÉ COMME UN LANGAGE	272
C. POSSIBILITÉS DE RENCONTRES ET ORGANISATION DE L’HÉTÉROGÉNÉITÉ DES ESPACES	277
OPÉRATEUR 6 : LA FONCTION D’ACCUEIL	281
A. SE DISTINGUER DE L’ADMISSION	282
B. L’ACCUEIL, UNE FONCTION INSTITUTIONNELLE DÉCOUVERTE PAR LE TRUCHEMENT DES MALADES	284
C. L’ACCUEIL COMME TOLÉRANCE ET RESPECT DE LA SINGULARITÉ DE L’AUTRE : L’HOSPITALITÉ ET LA CONVIVIALITÉ ..	289
OPÉRATEUR 7 : NE PAS SURALIÉNER. PATHOPLASTIE, SURDÉTERMINATION ET SOUS-JACENCE.....	292
A. UN CONCEPT CAPITAL : LA PATHOPLASTIE.....	292
B. LA FUREUR, L’AGITATION ET L’INTUITION CLINIQUE	295
C. QU’EST-CE QUE LE MILIEU ?.....	297
D. UNE PSYCHOPATHOLOGIE DE L’ALIÉNATION SOCIALE	299
E. RENDRE VISIBLE LE TRAVAIL DE DESALIÉNATION : ASSAINIR, NETTOYER, DÉBLAYER.	301
F. ANALYSER L’INSTITUTION, LOIN D’UNE « PSYCHANALYSE POUR TOUS ».....	302
OPÉRATEUR 8 : GREFFER DE L’OUVERT	305
A. FERMETURE ET OUVERTURE : COMMENT RENCONTRER L’AUTRE ?.....	306
B. FACE AU TROUBLE DE L’ÊTRE-LÀ, UNE STRATÉGIE DU TRANSFERT	307
C. L’OUVERTURE D’ESPACE COMME MOYEN D’OUVERTURE PSYCHIQUE : RENCONTRE AVEC L’EXTÉRIEUR	311
CONCLUSION : LA PSYCHOTHÉRAPIE INSTITUTIONNELLE, UN SYSTÈME THÉORICO-PRATIQUE OUVERT.	316
<u>CHAPITRE 4. RESULTATS DE L’ENQUÊTE DE TERRAIN : PRÉSENCE ET ÉVOLUTION DES OPÉRATEURS DE LA PSYCHOTHÉRAPIE INSTITUTIONNELLE DANS LES PRATIQUES CONTEMPORAINES EN SANTÉ MENTALE</u>	<u>322</u>
INTRODUCTION À LA RÉVISION DES OPÉRATEURS	322
RÉVISION DE L’OPÉRATEUR 1 : STATUTS, RÔLES ET FONCTIONS DANS UN SYSTÈME DE SANTÉ MENTALE PLURIEL ET POLYCENTRIQUE	328
A. LA HIÉRARCHIE ET LE POUVOIR MÉDICAL EN QUESTION	329
B. LE QUOTIDIEN : CONVOITISE ET REJET D’UN FACTEUR DE LÉGITIMITÉ PROFESSIONNELLE.....	337
C. LE SUPPLÉMENT DE RELATION.....	345
D. COMPÉTENCE ET RESPONSABILITÉ : VERS UNE DIFFRACTION DES FONCTIONS INSTITUTIONNELLES.....	353

TABLEAU RECAPITULATIF	362
REVISION DE L'OPERATEUR 2 : LA VIE QUOTIDIENNE, ENTRE CREATIVITE, LEGITIMATION PROFESSIONNELLE ET UTILITARISME	363
A. QU'EST-CE QUE LA « VIE QUOTIDIENNE » ?	364
B. LES « PETITES CHOSES » ET LE « TAS DE SABLE » : DE LA DIFFICULTE DE DECRIRE LE ROLE DE LA VIE QUOTIDIENNE DANS LA THERAPEUTIQUE.	369
C. PEUT-ON ENCORE PARLER D'« ACTIVITE THERAPEUTIQUE SPONTANEE » DU PERSONNEL ? EXEMPLE DE L'ACCUEIL FAMILIAL THERAPEUTIQUE.	376
D. UNE NOUVELLE FORME D'UTILISATION DU QUOTIDIEN ? LE MODELE DE LA TRANSFERABILITE DES COMPETENCES.	381
E. L'EXTERIEUR AU QUOTIDIEN, L'EXTERIEUR COMME BUT.	386
TABLEAU RECAPITULATIF	391
REVISION DE L'OPERATEUR 3 : « AVEC », « ENSEMBLE », DES EMBRYONS DE COLLECTIF.....	392
A. JADIS, LA COMMUNAUTE.....	393
B. RAISON CLINIQUE : DE LA DIFFICULTE D'ETRE AVEC.....	394
C. « FAIRE AVEC » ET « FAIRE ENSEMBLE », LE COLLECTIF A L'ETAT EMBRYONNAIRE	397
1. Faire avec : quand les professionnels se joignent aux patients	398
2. Faire ensemble : quand professionnels et patients se sentent participer à un projet commun	403
D. LES ASSOCIATIONS, UN « COLLECTIF SOIGNANT » CONCRETISE ?	406
1. Un « lieu de soins indirect »	406
2. Financer un « prendre soin » hors normes	408
E. LES ASSOCIATIONS, OUTIL DE REMISE EN QUESTION DES STATUTS.....	410
F. LES ASSOCIATIONS, TREMLIN SUPPLEMENTAIRE VERS L'EXTERIEUR.....	412
G. COMMENT MAINTENIR LE COLLECTIF ? UNE SOMME D'ENGAGEMENTS PERSONNELS ET LE SOUTIEN DE L'EQUIPE.	414
TABLEAU RECAPITULATIF	419
REVISION DE L'OPERATEUR 4 : PREALABLES A TOUTE CLINIQUE DE L'EQUIPE EN INSTITUTION. LA COLLEGIALITE COMME TRAVAIL PSYCHIQUE.	420
A. LA PLURALITE DES PRESENCES : UNE NECESSITE EMPIRIQUE.	421
B. LA COMPLEMENTARITE DES INTERVENTIONS.	424
C. LA COLLEGIALITE COMME « TRAVAIL PSYCHIQUE » D'EQUIPE.....	427
D. AU CŒUR DE LA COLLEGIALITE : L'INTERPENETRATION DES LANGAGES PROFESSIONNELS.....	429

E. CIRCULATION DE L'INFORMATION ET SENTIMENT D'APPARTENANCE A L'EQUIPE.	432
F. REUSSIR A DECIDER, PARTAGER LA DECISION.	438
G. DIFFICULTES ACTUELLES DU TRAVAIL D'EQUIPE.....	443
TABLEAU RECAPITULATIF	449
REVISION DE L'OPERATEUR 5 : LIBERTE ET CONTRAINTE(S)	450
PREAMBULE : BREFS RAPPELS JURIDIQUES	450
A. LA FAUTE PROFESSIONNELLE.	453
B. LA CLINIQUE A L'AIR LIBRE.....	457
C. LIBRE-CIRCULATION POUR TOUS ?.....	460
D. LA LIBERTE DE CIRCULATION, UNE NOUVELLE CONTRAINTE JURIDIQUE ?	463
E. PRISE DE RISQUE ET RESPONSABILISATION, UN CHOIX PROFESSIONNEL CORNELIEN.	467
F. LA LIBERTE DE CIRCULATION, UN DROIT CIVIQUE DANS L'AIR DU TEMPS.	470
G. RURALITE, ELOIGNEMENT GEOGRAPHIQUE ET LOCAUX EXIGUS : UNE LIBERTE SOUS CONDITIONS.....	472
TABLEAU RECAPITULATIF	478
REVISION DE L'OPERATEUR 6 : L'ACCUEIL ENTRE DISPONIBILITE, ADAPTATION ET CASTRATION PROFESSIONNELLE ..	479
A. LE « PREMIER CONTACT » : PETIT ELOGE DU SECRETARIAT.	482
B. ACCUEIL ET ADMISSION, UNE DIFFERENCE QUI SE MAINTIENT... DIFFEREMMENT.	483
C. LE POLE RECEPTIF DE L'ACCUEIL : « PARTIR DU PATIENT » ET SE FAIRE DISPONIBLE.	486
D. LE POLE ACTIF DE L'ACCUEIL : « ACCUEILLIR LES GENS COMME ILS SONT » OU L'ADAPTATION.	489
E. L'ACCUEIL ET LA TOLERANCE : A-T-ON ENCORE LE « DROIT D'ETRE FOU » ?	493
F. LA REHABILITATION EST-ELLE UN ANTI-ACCUEIL ?	494
G. LE SENS DE L'ACCUEIL : LA NON-DEMANDE ET L'ECHEC.	499
TABLEAU RECAPITULATIF	504
REVISION DE L'OPERATEUR 7 : L'ALIENATION PROTEIFORME. CIRCULATION DES AFFECTS ET DES REPRESENTATIONS ENTRE USAGERS ET PROFESSIONNELS	505
A. CHRONICITE ET FONCTIONNEMENT OPERATOIRE : QUAND LE VOCABULAIRE PSYCHOPATHOLOGIQUE PERMET DE DECRIRE L'EXPERIENCE INSTITUTIONNELLE.	506
B. UNE ALIENATION PAR LES AFFECTS ? EFFETS DE LA CIRCULATION D'ELEMENTS-BETA SUR L'AMBIANCE.	513
C. L'ALIENATION A L'IDEAL ET LA VIE REUSSIE.	520
D. AU CŒUR DE LA DESALIENATION, LA VIGILANCE ET LA REFLEXIVITE.....	525

E. LE ROLE DES FORMATIONS DANS L'INTROJECTION D'UN REGARD EXTERIEUR BIENVEILLANT.....	528
F. S'OUVRIR, UNE SOLUTION PLUS SUPPORTABLE FACE A LA CASTRATION ?	532
TABLEAU RECAPITULATIF	537
REVISION DE L'OPERATEUR 8 : L'OUVERT ET L'EXTERIEUR. VERS UNE THEORIE DU « PRENDRE SOIN » INTER- INSTITUTIONNEL	538
A. UN BESOIN D'EXTERIEUR POUR PATIENTS ET SOIGNANTS.....	539
B. L'ACCROCHE INTER-INSTITUTIONNELLE : UNE « HISTOIRE D'HOMMES ».....	543
C. L'ISOMORPHISME : PARLER DES RELATIONS AVEC LES PARTENAIRES COMME ON PARLE DES RELATIONS AVEC SES COLLEGUES.	544
D. COMMENT FAIRE PRENDRE LA GREFFE ? LA STIGMATISATION : ENTRE RELIQUAT DE L'EPOQUE ASILAIRE ET SYMPTOME ACTUEL.....	551
TABLEAU RECAPITULATIF	557
DISCUSSION : QUELLES CONDITIONS DE TRANSMISSION ET DE TRADUCTION DE LA PSYCHOTHERAPIE INSTITUTIONNELLE AUJOURD'HUI ?	558
A. L'OPERATEUR CACHE : CE QUE LA PSYCHOTHERAPIE INSTITUTIONNELLE FAIT DE LA POSITION DU LEADER.	559
1. Se décaler du chef : le savoir expérientiel peut-il être le véritable meneur en psychiatrie ?.....	568
B. APPLICATION DE L'HYPOTHESE DE L'ISOMORPHISME AU CONTEXTE ACTUEL : VERS UNE VERITABLE PSYCHOTHERAPIE TRANS-INSTITUTIONNELLE.....	571
1. L'isomorphisme comme modèle de la psychothérapie trans-institutionnelle.	574
2. De l'isomorphisme au réseau comme rhizome.....	581
CONCLUSION	587
 <u>CONCLUSION GENERALE. POUR UNE CLINIQUE INSTITUTIONNELLE DES RESEAUX DE SANTE MENTALE</u>	592
 <u>ANNEXE</u>	612
 <u>BIBLIOGRAPHIE</u>	615
 <u>RESUME</u>	650

SUMMARY : “WHO CARES FOR THE NETWORK? A TENTATIVE ACTUALIZATION OF THE INSTITUTIONAL PSYCHOTHERAPY PARADIGM IN THE FRENCH MENTAL HEALTH SYSTEM”.651

Remerciements

On entend souvent en psychologie qu'il faut un village entier pour élever un enfant. Après plusieurs années passées à conduire et écrire ce qui n'était au départ qu'un projet tenant sur une poignée de feuilles, il me semble que cette maxime est tout aussi vraie s'agissant du marathon qu'est le doctorat.

Quelle n'est pas ma surprise, en écrivant ces remerciements, de remarquer que ma thèse est une mise en abîme d'elle-même : une étude sur le travail collectif dont la forme a progressivement épousé le fond. Ce que je présente dans cet écrit, c'est à un ensemble de personnes qui sont apparues sur mon chemin et n'ont cessé de me guider dans la bonne direction que je le dois.

Mes remerciements les plus sincères vont tout d'abord aux membres de mon comité de suivi, Martine Janner et Lise Demailly, ainsi qu'à l'ensemble des enseignants-chercheurs que j'ai sollicité pour constituer mon jury de soutenance et qui m'ont fait l'honneur de lire et de juger mon manuscrit : Lise Demailly et Rosa Caron, en qualité de rapporteuses de ce travail, Philippe Spoljar, à qui je dois également un grand merci de m'avoir donné ma chance en tant qu'A.T.E.R. à l'Université d'Amiens et finalement Jean-Pierre Pinel, que je remercie chaleureusement d'avoir accepté de présider ce jury.

A Fethi Benslama, merci d'avoir accepté de co-diriger ma thèse et d'avoir pris le temps, il y a déjà trois ans, de me faire répéter un oral de contrat doctoral qui allait changer le cours de mon cursus.

A Alain Vanier : je pensais chaque mot du discours que j'ai écrit lors du colloque du laboratoire en votre honneur. Merci de m'avoir poussée à affirmer mes idées et mes choix, d'avoir été présent quand j'ai douté, d'avoir été encourageant et juste.

Mes pensées vont à présent vers tous ceux qui ont accepté de se prêter au jeu de la recherche : les personnes soignées et accompagnées qui ont toléré ma présence et m'ont accueillie, et les professionnels qui m'ont ouvert les portes de leurs services, de leurs structures et de l'intimité de leurs pratiques. Merci de m'avoir dévoilé quelques-uns de vos

secrets d'artisans au détour de nos nombreux échanges : je suis fière de dire que j'ai continué d'apprendre mon métier à vos côtés.

Un grand merci également aux professionnels de la santé mentale qui m'ont accordé de leur temps lors d'entretiens de cadrage grâce auxquels, durant mon périple, j'ai pu me confronter au réel des enjeux que j'allais aborder : Stéphane Jung, Eric Piel, Marie-Christine Hardy-Baylé, Magali Coldefy, Bernard Durand, Jean Garrabé. C'est une chance que d'avoir pu entendre vos témoignages et retours d'expérience.

A David Gruson, merci de m'avoir présentée à la Fédération Hospitalière de France : mon travail n'aurait jamais pris un tel tournant sans ton intervention décisive. Merci à Marie Houssel et à Antoine Malone d'avoir de leur côté accepté que je m'embarque avec eux dans la sympathique épopée qu'a été notre groupe de travail sur la QVT, et plus encore de m'avoir traitée, tout du long, comme une véritable collègue.

A Jean-Jacques Schaller, qui a appris au marin d'eau douce que j'étais à naviguer dans les eaux universitaires : merci pour tes conseils stratégiques avisés et tes mille et une ruses.

A Patrick Guyomard, et même s'il est un peu tard pour le dire, merci d'avoir sauvé mon année de Master 1 ! Dans votre regard j'ai trouvé à plusieurs étapes importantes de mon parcours la ressource de penser que je pouvais aller encore plus loin. Votre bienveillance a été une force inestimable, et votre éthique une boussole dans les moments difficiles.

A François Cuesta, merci mille fois d'avoir été le premier à me faire professionnellement confiance : venir à ma rencontre à neuf heures du matin dans un amphithéâtre encore vide du Ministère de la Santé n'avait rien d'évident. Un tel geste ne s'oublie pas, ni les longues heures passées à refaire le monde de la santé mentale. Mon amitié pour vous n'a d'égale que mon désir de pouvoir, un jour, vous renvoyer l'ascenseur.

A Linda de Zitter, qui de référente de stage est devenue une collègue, puis une amie chère. Merci de m'avoir guidée lorsque je n'étais qu'une psychologue en devenir mais surtout, depuis que j'ai entamé cette thèse, d'avoir accueilli mes idées et fait partager les tiennes. Je n'oublie pas que nous avons maintenant un livre à écrire !

Aux amis proches qui n'ont pas posé de questions lorsque j'ai subitement disparu des radars sociaux : merci d'avoir compris. A Karolina, feu l'exceptionnelle gestionnaire de l'ED 450 que je peux aujourd'hui compter parmi eux, et à Kévin, mon camarade de projets

ambitieux qui a toujours ri de l'amour immodéré que je porte aux textes administratifs : merci pour votre soutien.

A Soizic, Anne-Laure et Marjorie, je dois une reconnaissance et des remerciements tout particuliers pour leur présence indéfectible : vous incarnez la recherche en laquelle je crois, celle qui se serre les coudes même quand on serre les dents, celle qui parle coopération, solidarité, entraide et qui le fait vraiment. Le tout en chantant Destiny's Child à tue-tête dans une maison normande.

A Lise, qui m'a vu tomber sept fois et m'a relevé huit. Merci d'avoir toujours estimé que mon travail était digne d'être lu, discuté et critiqué, de m'avoir dit quand ce n'était pas bon mais aussi quand ça l'était, d'avoir toujours vu en moi la chercheuse même quand j'étais dans le brouillard.

A Vincent, mon co-équipier dans la vie : un merci *to the moon and back* d'avoir apaisé mes colères, essuyé mes pleurs, défendu mon travail parfois contre moi-même. Tu as été ce qui restait quand, abattue, j'étais persuadée qu'il ne restait plus rien.

A ma famille, qui n'a pas douté du succès de cette entreprise et m'a appris à être fière de mes ambitions,

et à mes parents, plus que tout, qui ne se sont jamais lassés de devoir me demander : « attends, redis-nous exactement sur quoi tu travailles déjà ? » et pourraient presque soutenir ma thèse à ma place. Les fruits de cette recherche sont aussi ceux de votre conception de la vie et du travail : les mots me manquent en vérité, car « merci » ne suffit pas.

A tous, ce travail vous doit tant.

Liste des acronymes utilisés

AAH : Allocation Adulte Handicapé

AFT : Accueil Familial Thérapeutique

AMP : Aide Médico-Psychologique

ARS : Agence Régionale de Santé

ASH : Agent de Service Hospitalier

ASM 13 : Association de Santé Mentale et de lutte contre l'alcoolisme du 13^e arrondissement de Paris

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CCNE : Comité Consultatif National d'Ethique

CEDH : Convention Européenne des Droits de l'Homme

CEMEA : Centres d'Education aux Méthodes Actives

CESF : Conseiller en Economie Sociale et Familiale

CGLPL : Contrôleur Général des Lieux de détention et de Privation des Libertés

CHS : Centres Hospitaliers Spécialisés

CLSM : Conseil Local de Santé Mentale

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

DAF : Dotation Annuelle de Fonctionnement

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale

ESMS : Etablissements et services Sociaux et Médico-Sociaux

ESPIC : Etablissement de Soins Privé d'Intérêt Collectif

ETP : Equivalent Temps Plein

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

FHF : Fédération Hospitalière de France

GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle

HDJ : Hôpital De Jour

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IRDES : Institut de Recherches et de Documentation en Economie de la Santé

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MSP : Médiateur de Santé Pair

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDAM : Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie

PI : Psychothérapie Institutionnelle

PMSI : Programme de Médicalisation des Services d'Information

QVT : Qualité de Vie au Travail

RIM-P (ou RIM-Psy) : Recueil d'Information Médicalisé en Psychiatrie

RPS : Risques Psycho-Sociaux

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SAVS : Services d'Accompagnement à la Vie Sociale

SERAFIN-PH : Services et Etablissements : Réforme pour une Adéquation des financements aux parcours des Personnes Handicapées

SMC : Santé Mentale dans la Communauté

TISF : Technicien d'Intervention Sociale et Familiale

VAP : Valorisation de l'Activité en Psychiatrie

Introduction : éloge de l'impuissance et de l'indignation

« l'histoire de la folie, et l'œuvre de Foucault l'a suffisamment mis en évidence, est aussi une histoire de l'exclusion. C'est pourquoi il n'y a pas lieu d'être nostalgique d'une ancienne psychiatrie que nous aurions perdue » (Vanier, 2006, p. 3)

« On ne discute pas de la société en termes d'institutions, si on ne croit pas à la possibilité d'agir sur elle » (Guery, 2003, p. 16).

S'il importe que tout chercheur introduise son manuscrit en explicitant ce qui l'a poussé à démarrer un travail de thèse, il nous faut ici reconnaître que c'est à un sentiment d'impuissance et d'indignation que nous devons le point de départ de cette recherche.

Impuissance, car si nous avons découvert le monde de la maladie mentale avec un stage en Club Thérapeutique, notre véritable rencontre avec la psychiatrie publique eût lieu au moment de la réforme de 2011 sur les soins sans consentement, au terme d'un processus de judiciarisation de la discipline qui s'intégrait à une recomposition du champ d'action de la psychiatrie au sein du motif plus large de la santé mentale. Encore étudiante et peu renseignée sur le sujet, nous avons entendu, au fil des années, tant de professionnels nous raconter un « avant » bien meilleur que nous en avons remis en cause notre devenir en tant que psychologue, mais surtout le devenir d'un dispositif à l'ambition aussi démesurée que ce qu'exigeait son époque, celui de la psychiatrie de secteur. Tant de volontés réunies pour prendre soin de personnes en souffrance souvent malmenées dans l'opinion publique, et pourtant tant de difficultés et de contraintes administratives, tant d'inertie et parfois de maltraitance dans des services apparemment bien-portants, tant de controverses et de clivages entre soignants affiliés à des obédiences en conflit. Impuissance, car nous ne pouvions que nous identifier à l'indignation et au fatalisme de certains professionnels pour qui la période faste était révolue : nous aussi, un jour, ferions partie des désabusés de la psychiatrie.

Il n'était en effet pas des prérogatives des soignants de changer le système : le système changeait sans eux.

L'impuissance a progressivement cédé le pas à l'indignation, celle de soignants parfois révoltés qui nous ont transmis le goût d'une psychiatrie humaine, rusée et créative. Indignation parce que nous refusions d'exercer notre métier pétrie dans la résignation de ceux qui savent que les professionnels de la santé mentale n'ont pas réellement voix au chapitre lorsqu'il s'agit des recompositions de leurs organisations de travail. Indignation parce que plus nous avançons dans nos recherches et dans notre cursus, plus il s'avérait que le dispositif psychiatrique, si l'on comparait ses paramètres économique, juridique et idéologique, n'avait pourtant pas connu d'âge d'or ou de glorieuse époque durant laquelle il aurait vu ses indicateurs miraculeusement tous passer au vert. Jamais le dispositif psychiatrique n'a-t-il pu dire qu'il ne manquait de rien, tant les difficultés se sont succédées les unes après les autres en matière architecturale, puis de personnel, de lits, de financement et de réglementation. Indignation et impuissance, finalement, à la lecture d'un Georges Daumézon désillusionné qui, faisant le bilan d'une psychiatrie de secteur encore inégalement déployée en France, écrivait :

« Pourquoi vient-il sous ma plume la référence aux fées, bonnes et mauvaises, qui viennent au baptême de la Belle ; le secteur se verrait-il réserver le sort de dormir cent ans ? » (1977, p. 83)

Ainsi la question fondamentale de la recherche s'est-elle petit à petit imposée à nous :

Pourquoi ?

De notre mémoire de Master 1 jusqu'à ce manuscrit, cette célèbre maxime de Lucien Bonnafé ne nous a plus quittée :

« changer le système ségréatif institué, pour l'humaniser. Par des voies convergentes : à la fois, travailler dans et avec le système relationnel sur-aliénant, aliéniste ou asilaire, qui a été fabriqué dans cet ordre du rejet ; faire ce travail pour

y détruire les systèmes institués de gestion de la ségrégation et bâtir leur contraire. D'où la perspective dite : « psychiatrie, ou psychothérapie, institutionnelle ». A la fois, travailler dans et avec le système aliénant dit, dans la tradition aliéniste : « monde extérieur » ; y faire ce travail pour détruire les mentalités et les procédures, et bâtir leur contraire. D'où la perspective dite : « Psychiatrie de secteur ». » (Bonnafé, 1991, p. 321)

Demander aux professionnels de terrain de nous prêter leurs savoirs, mettre en forme cette somme d'intelligence pratique et la valoriser, la diffuser, l'enseigner partout où elle s'avèrerait nécessaire : voilà la pierre que nous souhaitons rajouter à une tentative historique et toujours recommencée de changer le système institué. Il nous a toutefois fallu nous heurter à quelques obstacles avant de pouvoir donner une forme à notre désir qui ne soit pas la simple validation d'une idéologie préalable. L'histoire de notre doctorat est donc celle d'un long processus de conjuration de l'impuissance et de l'indignation, qui n'a abouti que par la mise à disposition de la profonde colère que ces sentiments avaient fait naître chez nous au service de la recherche. Le travail qui va suivre représente un embryon de réponse à la question de la conciliation entre notre engagement disciplinaire clinique et notre intérêt pour un dispositif inter-institutionnel en crise qui demande aujourd'hui à être véritablement soigné.

Depuis le début des années 2000, la discipline psychiatrique n'a pas fondamentalement changé de nature, mais son environnement et son encadrement ont pris un tournant dans lequel aujourd'hui nous nous trouvons toujours : celui de l'organisation de réseaux et de parcours de santé mentale destinés à répondre de façon inter-institutionnelle aux besoins des patients et usagers. Les recherches portant sur ces récentes recompositions du dispositif psychiatrique et de celui plus large de la « santé mentale » ont ainsi connu une période de grande activité dans la seconde moitié des années 2000, au cours de laquelle un ensemble de thèses de disciplines différentes ont contribué à cerner et éclairer le même champ que les praticiens que nous connaissions tentaient de défendre. Nous pensons ici au doctorat de

Pauline Rhenter (2004) et à son analyse des politiques publiques en matière de psychiatrie puis de santé mentale, à la thèse de sociologie de Nicolas Henckes sur ce qu'il appelait le *nouveau monde* de la psychiatrie française (2007), au travail minutieux de Livia Velpry en sociologie de la maladie mentale (2008) mais aussi à la description géographique faite par Magali Coldefy du passage progressif de l'asile au secteur (2010). En 2015, lorsque notre recherche a commencé, nous avions donc connaissance de travaux de doctorat portant sur les institutions de soins dans de nombreuses disciplines, mais pas dans la nôtre¹. La psychologie clinique pouvait certainement tenter de se joindre à la recherche sur les institutions en santé mentale : il fallait pour cela proposer d'étudier non plus les patients, ni encore les relations des équipes de soins aux patients, mais bien les relations des professionnels entre eux et, plus largement encore, le réseau formé par l'ensemble de ces équipes.

Force est pourtant de constater qu'à partir du binôme psychiatrie de secteur/psychothérapie institutionnelle qui à Lucien Bonnafé paraissait si porteur d'espoir, deux destins fort différents se sont dessinés.

Celui des deux mouvements qui nous semblait initialement le mieux loti car il avait été officiellement reconnu, à savoir la psychiatrie de secteur, est aujourd'hui bien mal en point. Parce qu'elle n'a pas immédiatement bénéficié d'un cadre juridique et réglementaire clair (il a fallu pour cela attendre la moitié des années 70²), la psychiatrie de secteur s'est en effet développée de façon inégale en France, engendrant un certain nombre de reproches qui pour aussi compréhensibles qu'ils soient en matière de santé publique n'en sont pas moins

¹ Nous avons depuis eu l'occasion de lire le travail de thèse de Camille Veit, *Voyage à travers l'antipsychiatrie et la santé mentale : des discours organisateurs du sujet à l'épreuve de la folie et de la crise* (2016).

² « En forme de conclusion, le dernier point d'interrogation consiste à se demander pourquoi, en 15 ans, la politique de secteur ne s'est pas trouvée, non pas légitimée, mais confortée par un instrument législatif et non pas seulement réglementaire. C'est vrai que nombre de cas de figure dans la pratique du secteur ne sont couvertes par aucun texte légal, parfois même par aucun texte administratif. Je ne pense pas qu'une telle lacune soit une gêne actuelle, la présence de textes risquant d'être un carcan d'autant plus rigide qu'il sera neuf. Cela priverait le secteur de ses développements ultérieurs nécessaires, *l'après-secteur* sur lequel il faudra bien un jour nous interroger ». (Bailly-Salin, 1977, p. 93)

anachroniques au regard de l'histoire de son institutionnalisation. Les disparités en matière budgétaire (Lopez & Turan-Pelletier, 2017a) et d'offre de soins (Coldefy, 2010; Coldefy & Le Neindre, 2014) ont fait de l'homogénéisation des parcours de prise en charge le cheval de bataille des récents Ministères de la Santé (Laforcade, 2016), alors que la diversité des secteurs psychiatriques trouve son origine dans les dizaines d'années au cours desquelles la pression ministérielle n'a pas été assez forte pour garantir une implémentation synchronisée de cette innovation partout en France. L'homogénéisation actuellement en vogue, qui tente par conséquent de cadrer *a posteriori* un champ par définition labile et en prise sur le social, est soutenue par une vague de recentralisation de la gestion des centres hospitaliers avec la formation des Groupements Hospitaliers de Territoire³, dont la majorité intègre la psychiatrie au milieu des disciplines somatiques au motif que « l'exception culturelle » dont elle pouvait se prévaloir ne fait depuis longtemps plus l'unanimité (Guilé, 2016). Le principe même de la sectorisation est plus largement remis en cause par l'essor des unités intersectorielles fermées destinées à décharger les unités de psychiatrie générale de leurs malades hospitalisés sans leur consentement et le secteur, depuis la loi n°2016-41 dite de « modernisation du système de santé », n'est plus que l'un des multiples échelons pertinents pour coordonner les parcours de soins en santé mentale.

Ce qui a fait la réussite du secteur, à savoir sa transformation en un objet clinico-administratif, est donc aussi ce qui a dépossédé les soignants de ce dispositif. Si la psychothérapie institutionnelle n'est aujourd'hui plus beaucoup enseignée voire considérée comme le reliquat d'une période asilaire révolue, elle a par rapport au secteur l'avantage de son invisibilité : paradoxalement, dans un monde de la santé mentale où les rapports entre clinique et organisation n'ont jamais été aussi troubles, personne ne l'attend plus nulle part.

³ Les G.H.T. ont été créés par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 dite de modernisation du système de santé. Celle-ci imposait aux Centres Hospitaliers du territoire de se regrouper au plus tard le 1^{er} juillet de la même année. Les quelques 1000 hôpitaux du territoire se sont ainsi regroupés en environ 135 GHT, avec quelques exceptions notoires accordés à l'AP-HP, aux Hospices Civils de Lyon et aux Hôpitaux de Marseille (AP-HM), mais aussi à l'EPSM de Ville-Evrard, tous du fait de leur taille. Paris compte un GHT spécialisé en psychiatrie, qui regroupe ses établissements historiques : Sainte-Anne, les Hôpitaux de Saint-Maurice, Maison Blanche et Perray-Vaucluse, sous le nom « GHT Paris Psychiatrie et Neurosciences ».

C'est précisément en tant que complément oublié du secteur que l'heure est venue pour ce mouvement qui tentait de transformer les institutions de l'intérieur de prendre un nouvel essor. A lire les livres récemment sortis à ce sujet (Chemla, 2016b, 2018; Delion, 2018a; Delion & Coupechoux, 2016), il est évident que de nombreux professionnels engagés dans ce mouvement ont fait le même constat avant nous et sentent, eux aussi, que si ce sont dorénavant les réseaux entiers qu'il va s'agir de soigner, la psychothérapie institutionnelle a peut-être les moyens de programmer son retour.

La solution à la souffrance observée dans les lieux de soins et d'accompagnement n'est pas à trouver, pensons-nous, dans leur fermeture progressive, mais dans le travail psychique que l'ensemble de ceux qui prennent part au cheminement des patients peut produire pour contrecarrer l'inertie propre à tout groupe, et plus encore à toute structure en prise à la fois avec la maladie mentale et la bureaucratie. Nous soutiendrons cette hypothèse parce qu'elle nous paraît à même de subvertir le fatalisme dont nous avons parlé : tout établissement peut donner naissance à une institution qui est toujours, en puissance, mouvante et inerte. Si leur inertie est grandement déterminée par les structures organisationnelles parfois hiérarchiques et ségrégatives qu'ils construisent pour exister, leur capacité de mouvement et de subversion, elle, est partiellement décidée par ce que professionnels et usagers peuvent faire ensemble pour subvertir l'ordre établi de la hiérarchisation des rapports, pour lequel le terme de « travail institutionnel » nous semble très à propos. Nous nous rattacherons pour décrire ce travail d'institutionnalisation permanente à l'idée formulée par Michel de Certeau qu'il existe une créativité quotidienne reposant sur l'usage :

« A une production rationalisée, expansionniste autant que centralisée, bruyante et spectaculaire, correspond une *autre* production [...] : celle-ci est rusée, elle est dispersée, mais elle s'insinue partout, silencieuse et quasi invisible, puisqu'elle ne se signale pas avec des produits propres mais en *manières d'employer* les produits imposés par un ordre économique dominant [...] S'il est vrai que partout s'étend et se précise le quadrillage de la « surveillance », il est d'autant plus urgent de déceler comment une société entière ne s'y réduit pas ; [...] ces pratiques mettent en jeu une *ratio* « populaire », une manière de penser investie dans une manière

d’agir, un art de combiner indissociable d’un art d’utiliser » (de Certeau, 2010, p. XXXIX).

C’est cet art d’utiliser l’existant pour désaliéner en permanence l’institution et les interactions sociales qui y ont lieu que promeut la psychothérapie institutionnelle. Peut-être n’avait-elle pas totalement conscience, au moment de sa naissance, de ce qu’elle était en train d’inventer : un modèle de travail en équipe qui, parce qu’il se référait de plus en plus à l’« institution » et de moins en moins à l’« hôpital », ouvrait des pistes pour son exportation hors du domaine strictement psychiatrique vers celui d’un « prendre soin » plus global, à même de rejoindre à son horizon le champ de la santé mentale.

Notre travail avait cependant commencé à partir d’une toute autre hypothèse. Nous avons en effet supposé que les changements dans les politiques publiques en matière de santé mentale depuis la date symbolique du rapport Piel-Roelandt (2001)⁴ avaient *nécessairement* eu un impact sur les pratiques quotidiennes des professionnels et sur la vie des services sanitaires et médico-sociaux. Ce point de départ posait des problèmes de méthode⁵ : comment définir, avec un bagage disciplinaire psychologique et psychanalytique, ce qu’était une politique publique ou ce qui rentrait dans cette catégorie en matière de santé mentale ? Comment, ensuite, questionner les professionnels sur un potentiel lien entre ces politiques publiques – dont il fallait alors trouver des incarnations, notamment dans la loi – et leurs pratiques quotidiennes ? Comment, finalement, qualifier si ce n’était quantifier l’effet des premières sur les secondes ? Ce n’est qu’après plusieurs entretiens dans lesquels les

⁴ L’intitulé du rapport, *De la psychiatrie vers la santé mentale*, avait alors fait grand bruit dans la communauté psychiatrique et généré des réactions parfois violentes (Dissez, 2003).

⁵ D’autres chercheurs avec un bagage disciplinaire plus sociologique se sont d’ailleurs déjà penchés sur la question de l’effet de la mise sous contrôle budgétaire de l’activité soignante et des contraintes afférentes sur les pratiques professionnelles en psychiatrie (Bélar & Dembinski, 2012).

professionnels semblaient sinon méconnaître, à tout le moins ne pas se soucier des questions qui nous animaient, que l'un de nos interviewés nous a confié ce qui allait alors initier pour nous un premier changement de cap :

« Par rapport à votre interrogation initiale, l'impact du réglementaire ou du législatif, moi je ne crois pas trop à ça. Je pense que le réglementaire suit, le législatif suit. [...] C'est vrai qu'il y a l'histoire, que dans la psychiatrie la loi de 1838 c'est fondateur, certes, mais on n'a pas attendu la loi de 2002 pour informer le patient... [...] en France on croit beaucoup à ça, on croit qu'il suffit d'une loi pour régler un problème » (03PH66).

Au total, trois grands étonnements de cette nature nous ont permis d'attraper le fil rouge de notre travail de recherche : premièrement, la remise en cause du raisonnement descendant qui sous-tendait au départ notre hypothèse principale, à savoir que les principaux changements dans les politiques publiques concernant la santé mentale avaient eu un effet direct sur les pratiques des professionnels ; deuxièmement, la constatation que les « innovations » présentées par des courants récemment apparus dans le monde de la santé mentale et des soins aux personnes souffrant de troubles psychiques ressemblaient fort à des courants plus anciens comme la psychothérapie institutionnelle, sans toutefois en revendiquer l'héritage voire en déniaient toute potentielle affiliation idéologique avec elle ; troisièmement, la découverte que dans le monde plus large de la santé, secoué par l'urgence de penser la « qualité de vie au travail » des soignants, bon nombre d'intuitions sur le travail d'équipe portées et développées par la psychothérapie institutionnelle réapparaissaient sous d'autres guises du côté de la gestion et du management de la vie des services.

En tant que psychologue clinicienne, nous ne pouvions nécessairement pas questionner tous les champs de façon pertinente depuis notre seul point de vue situé et parfois biaisé par une approche disciplinaire unique : quantifier ou qualifier l'impact direct des changements dans le monde de la santé mentale n'était pas réalisable sans équipe interdisciplinaire et de solides apports sociologiques. En revanche, puisque de nombreux professionnels ne reliaient pas eux-mêmes les changements de politiques publiques à leurs

pratiques, voire bottaient en touche sur la question de l'innovation dans les soins en disant « ça, nous le faisons déjà avant qu'on nous en parle », il nous est apparu nécessaire d'investiguer les représentations conscientes et moins conscientes des professionnels sur l'organisation des soins qu'ils pratiquaient. Le but de ce travail s'en est trouvé modifié dans le sens d'une tentative de qualification de leur implication dans ce processus d'organisation, voire de la nature de ce que l'on appelle l' « organisation » elle-même, en tant qu'elle démarre dès le colloque singulier avec le patient.

Nous avons poursuivi notre réflexion en participant à un diplôme Inter-Universitaire intitulé « Santé mentale dans la communauté » afin de rencontrer les acteurs des innovations du système actuel et nous plonger dans les effets, supposément nouveaux et imprévisibles, produits par le passage d'une réflexion axée sur le secteur sanitaire à une pensée globale en termes de santé mentale. Au cours de la formation, nous avons toutefois remarqué que de nombreuses présentations évoquaient des thèmes qui nous semblaient familiers : les savoirs des patients/usagers, leur participation à leurs soins et à l'organisation des services, la mobilité des équipes dans la ville, la préoccupation pour le logement... La seule véritable nouveauté de ces thématiques consistait avant tout, nous semble-t-il, à la réussite d'un partenariat avec les pouvoirs publics dont le modèle avait été la traduction du secteur en objet administratif qui l'avait, par des circulaires, des arrêtés et des décrets puis par la loi de 1985, reconnu comme étant la politique française officielle d'organisation des soins aux malades mentaux. Les modes relationnels et les occasions de lien social proposés aux patients nous semblaient reprendre des principes du courant de la psychothérapie institutionnelle pour organiser la vie des nouvelles équipes et autres dispositifs novateurs : déhiérarchisation des rapports, temps partagés entre « soignants » et « soignés », attention portée au « lieu de vie » ; ainsi, les initiatives nouvelles dans le champ de la santé mentale semblaient en réalité actualiser des modes organisationnels qui, parce qu'ils étaient trop identifiés à la clinique de La Borde, donnaient l'impression d'être passés de mode. Nos entretiens avec les professionnels que nous rencontrions nous semblaient pourtant, eux aussi, étrangement cohérents avec l'ensemble des retours d'expérience qu'avaient fait en leur temps les promoteurs du secteur et de la P.I.

La dernière surprise de notre parcours a achevé de nous convaincre que le mouvement de la psychothérapie institutionnelle, que nous définirons tout au long de nos chapitres, avait

jadis saisi le cœur de l'organisation du travail dans les services de soins avec une grande justesse sans pour autant avoir été en capacité de valoriser ses découvertes empiriques au-delà d'un périmètre d'initiés.

Au cours de l'été 2017, nous avons été missionnée pour écrire une revue de littérature portant sur la qualité de vie au travail à l'hôpital pour la Fédération Hospitalière de France⁶. Ce travail, qui devait servir de base à l'écriture d'un livret de préconisations pour les établissements de santé, nous a moins montré l'importance de l'innovation en matière de management à l'hôpital qu'une forme de retour du refoulé qui aurait touché la question des relations interpersonnelles dans les services, de la circulation libidinale et affective dans les équipes de soins et de l'importance de l'ambiance tant pour le soin des patients que pour le moral des soignants. Constaté que des principes acquis en psychiatrie, tels l'instauration de réunions de service, l'importance du partage des informations ou encore la prise en compte du savoir des patients et de l'informel dans les soins, refaisaient surface sous les auspices du management d'équipe - aussi humain soit-il - semblait indiquer que la psychothérapie institutionnelle avait en son temps découvert quelque chose de la vérité du travail de soin. Le Réel de la coordination de plusieurs professionnels entre eux dans le cadre d'une confrontation quotidienne avec des personnes vulnérables – et ce bien au-delà de la seule discipline psychiatrique - revenait sans cesse, déguisé dans l'ensemble des articles que nous lisions sous la bannière plus politiquement correcte de la « qualité de vie au travail ». C'était ce Réel dont la psychothérapie institutionnelle avait pour ambition de s'occuper, Réel au nom duquel il nous semblait important de se référer à nouveau afin de ne pas participer à une réinvention de l'organisation des services de soins superficielle car déconnectée de l'histoire.

Au terme de ces trois étonnements qui nous ont guidée et accompagnée dans notre cheminement, nous avons donc été amenée à formuler la problématique suivante :

⁶ Ce document est disponible en ligne à l'adresse suivante : <https://www.fhf.fr/Ressources-humaines/Amelioration-des-conditions-de-travail/Rapport-FHF-sur-la-QVT-les-actions-a-partager-les-engagements-attendus>.

Dans quelle mesure la psychothérapie institutionnelle est-elle encore un ensemble théorico-clinique pertinent pour rendre compte et analyser le travail pluriprofessionnel en santé mentale ?

Pour répondre à cette question, notre travail s'est organisé autour de la réactualisation du corpus de la psychothérapie institutionnelle par comparaison avec les résultats d'une enquête ethnographique menée dans 14 structures sanitaires et médico-sociales françaises, entreprise dont nous présenterons les conclusions en quatre chapitres.

Notre premier chapitre sera destiné à la présentation du contexte de la recherche que nous avons menée. Cette mise en perspective touchera à plusieurs champs disciplinaires et recouvrira des problématiques qui se sont nouées de façon corrélée mais pas totalement simultanée. En nous intéressant aux professionnels du champ de la santé mentale, à leurs interactions avec les patients, leurs collègues et leurs partenaires extérieurs, nous avons en effet rencontré plusieurs questions qui ont fait et font toujours débat dans le monde de la santé, dans celui de la psychiatrie, mais aussi plus largement dans le contexte politique et social français. Nous convoquerons donc des éléments apparemment déconnectés : la qualité de vie au travail en santé, l'impératif de désinstitutionalisation et la définition à donner au terme d'institution, le passage de la psychiatrie à la santé mentale et finalement la psychothérapie institutionnelle, au motif que ces thématiques constituent pourtant, au regard de la question qui nous anime, un ensemble cohérent bordant notre recherche. Les rassembler comme nous le proposerons sera une façon de raconter l'histoire de notre cheminement intellectuel, mais aussi des projets dans lesquels nous avons été intégrée et qui nous ont montré des facettes différentes d'un même problème : celui de l'implication et de la reconnaissance du savoir-faire des professionnels dans l'organisation des soins en santé mentale en France.

Nous commencerons dans notre premier chapitre par exposer une partie des résultats de notre revue de littérature écrite pour la Fédération Hospitalière de France, en tant qu'ils éclairent les similitudes frappantes entre la récente préoccupation pour la « Qualité de vie au travail » des soignants et les principes du travail en équipe qu'en son temps la psychothérapie institutionnelle avait repérés.

Nous poursuivrons cette contextualisation avec un rapide rappel des effets du passage de la psychiatrie à la santé mentale sur le dispositif d'organisation des soins, notamment pour marquer que le vocable de « passage » n'est pas tout à fait juste, tant c'est plutôt d'un changement de périmètre d'action qu'il s'agit, changement motivé par l'échec du seul secteur psychiatrique à assurer une réponse à l'ensemble des besoins des personnes souffrant de troubles psychiques. Nous montrerons que cet échec était prévisible, et que le terme de « santé mentale » n'était lui-même pas neuf, afin de relativiser l'effet de catastrophe chez les soignants qu'avait alors provoqué l'évolution du regard des administrateurs sur les prises en charge et les accompagnements des patients. Nous introduirons les tendances aujourd'hui pérennisées dans le champ de la santé mentale que sont la « santé mentale dans la communauté » et l'*empowerment* afin d'en éclairer tant les filiations historiques que les limites intrinsèques.

Nous présenterons ensuite la terminologie de la désinstitutionalisation qui, avant même celle de santé mentale, a infiltré le dispositif de soins aux malades mentaux français, et soutiendrons que son usage doit en France faire l'objet de précautions tant l'histoire de sa réforme psychiatrique la place dans une position particulière à l'égard d'autres grandes nations – l'Italie, l'Angleterre, les Etats-Unis et le Québec notamment – qui y ont eu recours pour décrire leur processus de transformation du dispositif asilaire. En faisant l'hypothèse que la « désinstitutionalisation » a été utilisée en France au sens de la « déshospitalisation », nous exposerons comment l'introduction de ce terme a entériné un malentendu sur la signification du terme institution, qui a perdu son sens français initial – celui du mouvement d'instituer – pour se rapprocher du sens anglo-saxon, à savoir l'institué lui-même.

Nous tenterons finalement d'éclairer ce concept d'institution de façon pluridisciplinaire et proposerons que la conception psychodynamique de l'institution peut avoir une place aux côtés des développements en économie, philosophie et sociologie, en tant qu'elle y ajoute la dimension de la vie psychique, la transformant ainsi en un organisme vivant car chargé d'échanges libidinaux. Nous terminerons notre premier chapitre en soutenant que dans ce contexte, un renouveau de la psychothérapie institutionnelle pourrait être envisageable, à condition qu'elle se laisse modifier par les retours des professionnels de terrain.

Notre deuxième chapitre concernera donc la méthodologie grâce à laquelle nous mettrons cette hypothèse au travail. De nombreux points devront être précisés afin de garantir un relatif dégagement des problématiques internes du courant de la psychothérapie institutionnelle afin de le transformer efficacement en grille d'analyse et de tenter, le plus objectivement possible, d'évaluer sa pertinence vis-à-vis du dispositif de santé mentale actuel. Une fois ces précautions concernant notre positionnement épistémologique et les biais avec lesquels nous avons dû composer exposés, nous rendrons compte de la méthode avec laquelle nous avons conduit notre enquête de terrain. Nous soulignerons d'abord la pertinence de ce choix méthodologique vis-à-vis de notre objet, avant de détailler ses trois éléments principaux : une étude de documents considérés comme des retours d'expériences de psychothérapie institutionnelle pour notre premier corpus, un mélange entre observations de terrain consignées dans des journaux de bord et entretiens semi-dirigés pour notre corpus « actuel ». Nous expliciterons le type d'analyse thématique utilisée pour traiter ce matériel et les raisons pour lesquelles nous considérons ces deux corpus *structurellement comparables*. Ce chapitre nous permettra d'introduire notre grille de lecture par « opérateurs », qui constituera le cœur de notre recherche.

Afin de proposer une approche de la psychothérapie institutionnelle qui puisse tenir sans être adossée à une pratique clinique quotidienne, nous avons choisi, dans notre troisième chapitre, de traiter ce mouvement de façon structuraliste et d'en dégager des axes de travail résolument praxéologiques. La psychothérapie institutionnelle est une théorie, une pratique, une stratégie de l'organisation du travail dans les établissements accueillant des personnes souffrant de troubles psychiques, et cette stratégie s'appuie sur des concepts opératoires ou « opérateurs » dont le but est d'établir des ponts entre le prosaïsme du quotidien et la théorisation de la pratique. Nous soutiendrons dans cette première partie de nos résultats de recherche que *la P.I. est un ensemble de prescriptions théorico-pratiques issu d'un mouvement de théorisation d'une pratique empirique (et non l'inverse) en contexte institutionnel, pluriprofessionnel, avec des sujets souffrant de troubles psychiques : cet ensemble de prescriptions constitue un agencement particulier de concepts opératoires que nous appellerons « opérateurs »*. En étudiant le corpus de la psychothérapie institutionnelle telle que nous l'avons délimité dans notre deuxième chapitre, nous avons dégagé, de façon systématique quoique peut-être non exhaustive, huit opérateurs qui travaillaient les textes

des auteurs principaux de ce courant. Nous présenterons ainsi successivement la distinction statut, rôle, fonction (opérateur 1), le coefficient thérapeutique de la vie quotidienne (opérateur 2), le « faire avec » comme mode d'organisation du Collectif (opérateur 3), la fonction de décision partagée en réunion (opérateur 4), la liberté de circulation (opérateur 5), la fonction d'accueil (opérateur 6), l'impératif hippocratique de ne pas suraliéner (opérateur 7) et la greffe d'ouvert (opérateur 8). Cette organisation structurale nous permettra de faire apparaître des liens entre ces opérateurs que nous représenterons sous forme de réseau thématique en fin de chapitre 3.

Notre chapitre 4 dévoilera finalement les résultats de notre enquête de terrain, dans le but d'en faire une étude comparative avec les résultats de l'étude de documents. Nous présenterons ainsi une révision de chacun des opérateurs en fonction de ce que nous ont dit et montré les professionnels que nous avons rencontrés. Cette révision rajoutera ou changera parfois le sens de certains sous-thèmes, voire permettra de décrire les positions subjectives nécessaires à l'activation, chez certains professionnels ou dans certaines institutions, d'un opérateur donné, et permettra donc d'éclairer tant les convergences que les points de divergence entre nos deux corpus. L'apport majeur des paroles que nous avons recueillies consiste à nous avoir dévoilé un certain nombre de positions psychiques basales sans lesquelles la mise au travail de nos opérateurs ne serait pas possible. Parce qu'ils ignoraient pour beaucoup l'histoire de la psychothérapie institutionnelle et ses concepts, les professionnels étaient en mesure, sans toutefois le savoir, de réinventer un corpus dont ils n'avaient pas toujours connaissance mais dont les résultats empiriques ressemblaient fort aux conclusions qu'ils avaient tirées de leur propre expérience.

Nous y montrerons ainsi comment la remise en cause de la hiérarchie (opérateur 1) est restée fortement présente dans le sanitaire mais aussi dans le médico-social, tandis que la vie quotidienne (opérateur 2) fait l'objet de traitements fort différents, entre les modèles du soin qui la conçoivent comme un terrain d'application des apprentissages tandis que d'autres la considèrent précisément comme le principal terrain où se déploient les relations thérapeutiques. Nous expliciterons le « faire avec » et le « faire ensemble » (opérateur 3) tels que conçus par les professionnels afin de souligner combien, même dans des institutions sans association loi 1901 rattachée la question du Collectif travaille l'ensemble des temps de la journée, notamment l'informel. Après avoir avancé que le sentiment de collégialité résulte lui-

même d'un travail psychique d'équipe, nous présenterons les réunions pluriprofessionnelles comme des champs de friction entre langages professionnels différents avant de souligner l'importance, encore aujourd'hui, du processus de décision partagée dans les services et établissements (opérateur 4). Nous mesurerons ensuite l'écart entre la liberté de circulation telle qu'elle pouvait être conceptualisée dans les années 60 et la liberté d'aller et venir telle que défendue par le droit aujourd'hui (opérateur 5), au prix d'un travail immense des professionnels sur leurs propres représentations et fantasmes. Ce travail d'introspection et de disponibilité à l'égard des patients guidera la révision de nos opérateurs 6 et 7, entre portance institutionnelle et vigilance éveillée à l'aliénation rampante au cours du travail avec des personnes en grande souffrance psychique. La révision de notre opérateur 8 nous permettra d'introduire l'importance du partenariat, confirmant la structure réticulaire prise par le dispositif de soins en santé mentale.

Après un détour par la question du leadership et de la transmission, qui nous semble fonctionner comme un opérateur caché de la psychothérapie institutionnelle, l'ouverture donnée par notre huitième opérateur nous permettra, afin de conclure ce travail, d'introduire une hypothèse qui ira au-delà de la simple complémentarité entre secteur et psychothérapie institutionnelle. Du fait d'un isomorphisme entre la structure du travail en équipe et celle du travail en réseau, la psychothérapie institutionnelle bénéficie d'un ensemble de concepts qui, parce qu'ils peuvent s'appliquer à des champs plus vastes que celui du périmètre psychiatrique, permettent de penser qu'il est possible de *soigner le réseau en prenant soin de chacune des institutions qui le constitue*. Cette proposition, avec laquelle nous terminerons notre cheminement, justifie à notre sens la place de la perspective clinique lorsqu'il est question de l'organisation inter-institutionnelle des parcours singuliers dans le champ de la santé mentale.

Une dernière précaution de lecture est toutefois nécessaire avant de nous lancer dans nos développements, compte tenu de la spécificité du laboratoire et de l'Ecole Doctorale dans laquelle nous nous inscrivons.

En effet, dire que nous souhaitons réactualiser la psychothérapie institutionnelle avec les retours du terrain va dans le sens de l'affirmation de Lise Demailly (2018) selon laquelle la psychanalyse ne doit pas abandonner le champ de la santé mentale ni la compréhension des questions organisationnelles relatives aux établissements sanitaires et médico-sociaux. L'on pourrait donc s'étonner, compte tenu de notre positionnement disciplinaire, que nous ne nous attardions pas sur la question du colloque singulier et de la clinique individuelle.

Nous soutiendrons que cette limite de notre travail est tout d'abord liée à une limite de la psychanalyse elle-même lorsqu'il s'agit d'étudier les institutions et le réseau ainsi que nous tenterons de le faire dans ce travail. Les outils analytiques auront dans les pages à suivre toute leur place, car ils nous ont permis de dégager des pistes de travail psychique collectif. Néanmoins, en dernière analyse seule la psychothérapie institutionnelle nous paraîtra réellement offrir une grille de lecture pertinente pour les phénomènes collectifs : elle éclaire les dynamiques d'équipe comme la psychanalyse a su éclairer la dynamique de la cure.

La spécificité de notre dispositif de thèse sera elle aussi à invoquer. L'organisation de nos terrains visait à chaque fois à obtenir une photographie institutionnelle, un instantané du travail de l'équipe avec les usagers et potentiellement les partenaires. Cette logique, plus pertinente dans la construction d'un échantillon relativement représentatif de la diversité française, pourrait apparaître comme antinomique de tout rapport avec le transfert. Nos instantanés institutionnels n'ont d'ailleurs pas la prétention de dévoiler les mouvements inconscients en jeu entre soignants et soignés dans les établissements où nous nous sommes rendus. Cette castration du chercheur, qui ne peut dans un dispositif tel que le nôtre que toucher du doigt le phénomène qui au quotidien le préoccupe avec les patients nous invitera, tout au long de nos développements, à une grande modestie vis-à-vis des discours des professionnels que nous avons rencontrés et des observations que nous avons menées sur le terrain.

Chapitre I. Opportunités et risques pour la clinique institutionnelle dans le système de santé actuel

Comme nous l'avons dit en introduction, ce chapitre apparemment constitué d'éléments hétéroclites nous permettra d'encadrer et de situer la démarche que nous suivrons dans cette thèse, à savoir la réactualisation des principes de la P.I. à l'aune des discours et pratiques actuelles en santé mentale. Nous présenterons pour ce faire des apports français mais aussi internationaux, mettrons en dialogue des travaux récents et plus anciens. Derrière l'apparent foisonnement des thématiques se retrouvera toujours, envisagée d'une façon différente, *la question de l'organisation des soins telle qu'elle est vue et pensée par les professionnels qui accompagnent les patients*. Si le début de ce chapitre concernera avant tout le monde sanitaire, nous verrons comment nos élaborations toucheront au fur et à mesure au monde du médico-social, ce qui justifiera le choix des terrains de recherche que nous détaillerons dans notre chapitre suivant. Toutes les thématiques que nous passerons en revue auront ici pour but d'éclairer tant les possibilités qui se sont ouvertes que les obstacles auxquels la psychothérapie institutionnelle doit faire face afin de gagner à nouveau une légitimité dans son propre champ, préalable nécessaire à l'étude comparée que nous proposerons dans nos troisième et quatrième chapitre.

Nous partirons du général pour aller vers le particulier et introduirons donc, en préambule de notre intérêt pour les professionnels du soin et de l'accompagnement, les difficultés connues auxquels ils sont confrontés au quotidien dans leur travail, en psychiatrie comme dans les disciplines somatiques. Cette thématique, dans le contexte de notre recherche, appellera des développements autour du rapport entre travail d'équipe et « qualité de vie au travail », à partir d'extraits de la revue de littérature que nous avons écrite pour la Fédération Hospitalière de France. Nous montrerons la mesure dans laquelle les problèmes dits de gestion des ressources humaines font fortement écho aux

questionnements que portaient les psychiatres réformateurs⁷ au sortir de la Seconde Guerre mondiale, afin de relativiser l'effet de nouveauté de l'effort fait sur la QVT, mais aussi de proposer que cet effort peut être poursuivi non pas en multipliant les innovations managériales, mais en allant regarder du côté des archives trop peu consultées des retours d'expérience en psychiatrie et en psychothérapie institutionnelle.

Après avoir souligné la façon avec laquelle les nouveaux paradigmes managériaux en santé réactualisent plus qu'ils ne les inventent des modes relationnels dont la pertinence pour le travail en équipe est connue depuis longtemps, nous introduirons les nouveaux rapports politiques entre psychiatrie, médico-social et vie de la cité à partir d'une reprise de nos travaux de Master 2 Recherche afin d'éclairer, avec les apports de la sociologie notamment, le principal changement de paradigme dans le champ psychiatrique depuis le début des années 2000 : celui de son élargissement au profit du terme de « santé mentale ». Nous montrerons comment l'évolution du périmètre des demandes auxquelles la psychiatrie a été amenée à répondre – ainsi que son passage, du même coup, d'un modèle relativement hospitalo-centré à un modèle dirigé vers la communauté – est déterminée par son histoire : celle d'un modèle organisationnel, le secteur, qu'il s'est agi de pousser jusqu'au bout et d'intégrer dans un champ plus large plutôt que de véritablement le dépasser. Nous tempérerons les effets bénéfiques de ce changement de paradigme à partir de l'idée que la dialectique politique de *l'empowerment*, très en vogue et liée au rétablissement et à l'idéal de désinstitutionalisation, risque d'empêcher la reconnaissance d'un mouvement asilaire en chacun de nous, identifiant alors l'inertie de l'asile à un lieu plutôt que d'en proposer une lecture psychopathologique et sociale.

Nous soutiendrons toutefois que l'obstacle le plus important à la réactualisation des concepts de la psychothérapie institutionnelle n'est pas à proprement parler le paradigme de la santé mentale mais plutôt l'infiltration insidieuse, bien avant que le terme de santé mentale atteigne le statut de politique publique, de l'idéologie désinstitutionnaliste. Nous proposerons donc une mise en perspective historique de l'arrivée de cette terminologie exogène au champ

⁷ Ce terme par lequel nous désignerons les psychiatres des première et deuxième génération post-Seconde Guerre Mondiale a été introduit par le sociologue Nicolas Henckes dans sa thèse de sociologie (2007).

de la psychiatrie française, afin de montrer en quoi elle n'était que modérément adaptée à la description du contexte français, notamment en ce qui concerne l'usage depuis fort restreint réservé au terme d'institution. Nous proposerons pour cela d'étudier rapidement le *sens* qu'a pris le terme de « désinstitutionalisation » pour les principaux acteurs de terrain en France par comparaison avec les Etats-Unis ou d'autres pays d'Europe, au regard de la réalité concrète de ce qui a été opéré.

Nous ferons par la suite l'hypothèse que la raison principale de l'inadéquation du vocable de la désinstitutionalisation et de *l'empowerment* au cas français est à trouver dans une transposition malheureuse car trop littérale du sens anglo-saxon du terme « institution », et reviendrons donc sur les diverses contributions disciplinaires à la définition du terme d'institution, des plus fonctionnalistes aux plus relationnelles, afin d'expliquer en quoi la définition proposée par la psychothérapie institutionnelle se différencie des autres disciplines qui ont touché à la question institutionnelle et leur offre un regard psychodynamique complémentaire. C'est avec ce regard, incarné par la psychothérapie institutionnelle, que nous concluons ce chapitre de mise en perspective.

I. Contexte national : la qualité de vie au travail dans le monde de la santé.

Quiconque connaît la maxime fondatrice de la psychothérapie institutionnelle, « soigner l'institution pour soigner les malades », ne peut rester de marbre devant le récent mouvement – dont on peut espérer qu'il ne soit pas qu'une tendance passagère – qui a fait de la qualité

de vie au travail un enjeu national du système de santé, sous un titre évocateur : « Prendre soin de ceux qui nous soignent »⁸.

En juillet 2017, la Fédération Hospitalière de France, désireuse de constituer un groupe de travail sur la question, nous a confié la mission d'écrire une revue de littérature scientifique portant sur la qualité de vie au travail (QVT) à l'hôpital. Ce rapport avait pour but d'informer les membres du groupe dont nous faisons partie de l'état de l'art en la matière avant de rédiger collectivement un livret de préconisations à destination des acteurs décisionnaires du monde de la santé. Notre revue devait répondre à quatre questions :

- Quel est l'impact de la QVT sur la performance des établissements de santé ?
- Quels sont les déterminants psychologiques de la QVT ?
- Quels sont les styles managériaux et les modes d'organisation les plus propres à améliorer la QVT ?
- Quel a été l'impact des réformes dans le monde de la santé sur la QVT des soignants ?

Si le domaine de la santé et du travail à l'hôpital paraissait à première vue éloigné de ce qui nous préoccupe dans ce travail de recherche, nous avons au contraire découvert tout un champ clinico-organisationnel dans lequel gravitaient des acteurs qui, pour n'avoir jamais lu ni entendu parler du travail des promoteurs de la psychothérapie institutionnelle, semblaient tel monsieur Jourdain⁹ en redécouvrir les principes et parfois même la terminologie. C'est à ce titre que nous pensons nécessaire de proposer, pour débiter ce chapitre, un premier élément de contextualisation autour de la QVT, en tant que les recherches faites en son nom

⁸ Le slogan avait été choisi par le Ministère de la Santé lors du lancement de la campagne éponyme début décembre 2016. Cette campagne faisait suite à la réception d'un rapport de l'IGAS consacré aux risques psychosociaux des personnels médicaux des établissements de santé. Le rapport est disponible en ligne à l'adresse suivante : <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/qualite-de-vie-au-travail/article/la-qualite-de-vie-au-travail>.

⁹ Nous empruntons la référence à Molière à Hélène Chaigneau, psychiatre de secteur impliquée dans le mouvement de psychothérapie institutionnelle : « M. Jourdain faisait de la prose. Il en fut le premier surpris. Tout ce que je viens d'écrire est si banal et prosaïque que je me demande si mes lecteurs ne vont pas déclarer que de la psychothérapie institutionnelle ils en font depuis toujours, ce qui serait plutôt une bonne nouvelle » (Chaigneau, 1983, p. 446).

nous renvoient depuis d'autres champs que celui de la psychiatrie l'actualité brûlante du soin porté à l'institution dans un contexte de difficultés pour tous les soignants. Ainsi, à chaque fois que nous emploierons l'acronyme « QVT » dans les lignes à suivre, il faudra à la fois y entendre ce que la recherche désigne comme « qualité de vie au travail » du côté de la psychologie positive et du management mais aussi la préoccupation, plus proche dans son vocabulaire d'une clinique d'orientation analytique, du *care* indissociable de l'activité soignante (Molinier, 2016), auquel doit répondre un nécessaire « prendre soin » des soignants.

Disons tout d'abord que le caractère d'urgence conféré aux questions de QVT en France est plurifactoriel : la forte prévalence du stress, de l'anxiété et de la dépression chez les médecins français par rapport à la population générale (caractéristiques que l'on retrouve à l'international), les difficultés dans le recrutement des soignants, les multiples contraintes budgétaires et organisationnelles des hôpitaux ainsi que les récents cas de suicides de personnels hospitaliers ont joué des rôles complémentaires dans l'accession de cette thématique au rang de stratégie nationale. La psychiatrie, moins visible dans le contexte français car ayant échappé au régime de la tarification à l'activité tel qu'il est pratiqué dans les disciplines somatiques, n'a pourtant pas été en reste du point de vue des difficultés budgétaires, avec de nombreux remous de la fin 2017 qui perdurent encore au moment où nous écrivons ces lignes¹⁰.

Au départ de cette préoccupation pour le soin apporté aux soignants, nous retrouvons un autre vocabulaire : celui des risques psychosociaux, auxquels la résolution des situations

¹⁰ Suite à des visites de députés dans des hôpitaux psychiatriques particulièrement en difficulté et une proposition de loi du député François Ruffin concernant le financement de la psychiatrie, de nombreux journaux avaient titré autour de la « grande misère » de la discipline. Les difficultés sur le terrain et leur amplification médiatique avaient amené la Ministre de la Santé Agnès Buzyn à annoncer une préservation des budgets de la psychiatrie en janvier 2018, mais de nombreux hôpitaux partout en France (Rouen, Le Havre, Amiens, Saint-Etienne, Allonnes...) se sont depuis et tour à tour lancés dans des grèves durables. Source disponible en ligne à l'adresse suivante : <https://www.santementale.fr/actualites/agnes-buzyn-s-engage-a-preserver-le-budget-de-la-psychiatrie.html>. Consulté le 14 août 2018.

de conflit dans les établissements de santé a failli se réduire¹¹, tant les pouvoirs publics et la recherche étaient focalisés sur les risques auxquels les professionnels étaient exposés du fait de la nature de leur travail de soin, et des conditions dans lesquels ils l'exerçaient. Une approche du travail par le risque et la souffrance, si elle permet de dénoncer avec justesse et pertinence les dérives des modèles managériaux ou économiques prévalents à l'hôpital, induit avant tout une dynamique de réparation ou de prévention des risques qui n'est, à l'image des techniques thérapeutiques orientées sur la disparition du symptôme, pas suffisante à elle seule. Le problème de toute démarche de « réduction des RPS » est en effet de ne considérer que les capacités ou les difficultés d'adaptation de l'individu au système dans lequel il travaille, évinçant ainsi les questions politiques qui se posent dans chaque établissement de santé. Les études que nous avons consulté pour notre revue de littérature éclairaient l'impasse à laquelle s'était heurtée la logique de prévention et réparation des RPS (Vautier, 2017) : en ne proposant que des actions destinées à soigner les symptômes du mal-être (St-Arnaud, Gignac, Gourdeau, Pelletier, & Vézina, 2010; Svandra, 2011), elle laissait de côté une approche systémique nécessairement plus critique vis-à-vis des organisations traditionnelles du travail. De ce point de vue, les courants de la clinique de l'activité et de la psychodynamique du travail sont précieux : le premier parce qu'il soulève l'importance de l'institution des conflits sur ce en quoi consiste, pour les travailleurs, la qualité de leur activité - le conflit étant là pensé comme un moyen de transformation des relations dans l'organisation de façon ascendante -, le second parce qu'il rappelle le rôle *étiologique* de l'aliénation au travail dans la souffrance perçue :

« Que le travail puisse créer de la souffrance et de l'aliénation, ce n'est assurément pas une découverte de la psychodynamique du travail. [...] la contribution de la psychodynamique du travail porte seulement sur l'analyse étiologique des processus en cause dans l'aliénation par le travail. Elle permet d'élucider les chaînons intermédiaires entre les contraintes organisationnelles d'une part, les

¹¹ L'ampleur de l'intérêt pour ce phénomène a d'ailleurs amené certains auteurs tels Yves Clot à s'insurger contre le marché des expertises RPS (Clot, 2015).

décompensations psychopathologiques et psychosomatiques d'autre part, ainsi que de décrire les stratégies défensives élaborées par les hommes et les femmes lorsqu'ils parviennent à conjurer la menace de décompensation. » (Dejours, 2016, p. 78)

La réflexion tournée vers la QVT étant caractérisée par un point de vue systémique et par l'impératif de transformation des organisations, celle-ci pourrait être comparée à une démarche clinique : partant du principe que ce ne sont pas nécessairement les individus qui sont malades, mais l'organisation et le travail eux-mêmes (Gaillard, de Terssac, Sarfati, & Waser, 2013; Kornig, Levet, & Ghadi, 2016), le seul traitement des symptômes visibles des professionnels - mal-être psychologique, absentéisme, suicide... -, ne suffit pas : ce sont directement les organisations qu'il s'agit de soigner. Rappelons, à la lumière de ce dernier développement, que si le vocabulaire que nous allons utiliser dans cette première partie peut apparaître très éloigné de celui de notre discipline et de notre orientation analytique, nous soutenons au contraire que l'ensemble des résultats retrouvés dans les études que nous avons rassemblées se prête à une réappropriation de l'ordre de la clinique institutionnelle. Nous présenterons donc dans un premier temps les résultats tels qu'ils apparaissent, dans leur vocabulaire d'origine, avant de montrer les chemins qu'ils ouvrent et les ponts que nous pouvons tracer avec le champ qui nous occupe plus particulièrement : celui de la santé mentale, et signalerons en les soulignant les éléments équivoques, qui se prêtent tout autant à une étude du point de vue managérial qu'un approfondissement clinique et psychopathologique. Précisons pour finir que la question de la performance, si elle apparaît dans les lignes à suivre, n'est pas particulièrement la nôtre mais davantage celle de notre commanditaire, la FHF, et celle des études portant sur les organisations de santé. Le terme de performance recouvre la performance économique – que nous ne souhaitons et ne pouvons pas discuter par manque de recul sur le contexte budgétaire du monde de la santé en France -, mais aussi, et de façon plus importante, la performance sociale, c'est-à-dire la capacité d'une organisation à utiliser ses ressources humaines de façon durable et à ne pas détériorer la santé mentale de ses employés (autrement dit la réduction de ses externalités négatives), mais aussi, pour aller plus loin, la capacité de cette même organisation à produire une réflexion sur

la façon dont elle peut contribuer au maintien du lien social dans le territoire où elle s'implante.

A. La redécouverte du travail d'équipe : une pluriprofessionnalité facteur de transversalité

Prendre soin des soignants ne trouve sa pertinence clinique - pour autant, nous l'avons dit, que les questions de QVT s'apparentent à une démarche proche de la clinique institutionnelle – qu'à partir du moment où l'on reconnaît l'« l'équipe de soins » comme l'échelon clé de toute réorganisation (Reeves, Lewin, Espin, & Zwarenstein, 2011). Plusieurs études ont d'ailleurs promu le travail en équipe au rang de facteur capital de la performance des organisations de santé (Idris, Suhaimi, & Ahmad, 2014; Salas, Rico, & Passmore, 2017). Il ne sera pas ici question de retracer une histoire du management des équipes en santé ni même de déplier l'évolution des équipes de soins en psychiatrie : nous tenterons plutôt de montrer d'une part comment la littérature scientifique aujourd'hui disponible au sujet des équipes de soins est unanime sur les facteurs de réussite de ce travail d'équipe, d'autre part – et c'est ce qui intéressera plus précisément notre étude – que les découvertes de la littérature scientifique, dont nous présenterons quelques exemples plus bas, sonnent plutôt comme une re-découverte du facteur relationnel et libidinal dans le travail de soin.

Les équipes peuvent être définies en fonction de *leurs interactions sociales formelles et informelles* (Dumas, Douguet, & Fahmi, 2016), l'interdépendance des expertises de leurs membres nécessitant une forte coopération interprofessionnelle (Burke, 2016; Casimiro, Hall, Kuziemy, O'Connor, & Varpio, 2015), une certaine autonomie et un *pouvoir d'agir sur les décisions* (Tanco, Jaca, Viles, Mateo, & Santos, 2011) ainsi que des valeurs, objectifs, identités, comportements et modèles mentaux partagés¹², *des rôles et responsabilités clairement définis*

¹² Le nombre de références que nous pourrions ici citer dépasse largement la proportion insérable dans un corps de texte. Le taux de présence de cette grille d'analyse d'orientation cognitiviste est en effet extrêmement fort, ce qui pourrait laisser penser qu'il n'existe pas dans la littérature scientifique américaine de corpus équivalent à la psychodynamique du travail à la française en termes d'impact social (Casimiro et al., 2015; Fernandez & Grand,

sans être pour autant rigides (Clements, Dault, & Priest, 2007; Huzzard, Welp, & Kolbe, 2016; MacDonald et al., 2010; Nugus, Green, Travaglia, Westbrook, & Braithwaite, 2010; Olupeliyawa, Balasooriya, & Hughes, 2009; Tanco et al., 2011), des sentiments de confiance, de respect, de reconnaissance et d'acceptation (Dumas et al., 2016; Shamian, El-Jardali, Clements, Dault, & Priest, 2007).

Le fonctionnement par équipe apporte une reconnaissance existentielle aux soignants (Estryn-Béhar, 2008), avec des effets bénéfiques sur la qualité et la sécurité des soins (Manser, 2009; Tsz-Sum Lee & Doran, 2017; Weller, Boyd, & Cumin, 2014), la réduction des erreurs médicales, la répartition de la charge de travail ou encore la diminution du risque de burnout chez les professionnels (Clements et al., 2007).

Il semble toutefois que de façon quelque peu analogue à la différence introduite par la clinique de l'activité entre travail prescrit et travail réel (le travail réel prenant en compte la créativité quotidienne des travailleurs dans leur tâche), il faille bien, comme le propose la littérature anglo-saxonne, distinguer la réalisation des tâches (*taskwork*) de la façon dont elles sont réalisées dans l'équipe (*teamwork*) (Huzzard et al., 2016; Salas et al., 2017). Le *taskwork* se réfère au travail prescrit des professionnels : tous ont des tâches spécifiques à réaliser dans le cadre du processus de soin, pour lesquels ils n'ont pas toujours besoin des autres membres de l'équipe (Salas, Cooke, & Rosen, 2008). Le travail prescrit est donc l'application individuelle, autant que faire se peut, de la division du travail à l'hôpital : il détermine pour partie, mais pas totalement, le travail réel des professionnels. Il n'est pas étonnant que la maîtrise des aléas entre travail prescrit et travail réel des soignants ait été au centre des préoccupations organisationnelles (notamment avec le *lean management*), puisque de cette maîtrise semble dépendre la réalisation des objectifs de performance des services. Cette question a toutefois pu éclipser les *problématiques relationnelles propres au travail d'équipe*, qui déterminent pourtant le succès ou l'échec des actions entreprises lorsque celles-ci requièrent les interventions conjointes de plusieurs professionnels.

2015; Huzzard et al., 2016; Körner et al., 2014; Manser, 2009; Mathieu, Heffner, Goodwin, Salas, & Cannon-Bowers, 2000; Minvielle et al., 2008; Reeves et al., 2011; Rico et al., 2011; Salas et al., 2017; Van Dijk-de Vries, van Dongen, & van Bokhoven, 2016; Weller et al., 2014)

Au-delà d'une apparente diversité de fonctionnement et de l'histoire singulière de chaque équipe et de chaque service, certaines caractéristiques structurales des équipes qui fonctionnent et les dispositifs à même de maintenir ce bon fonctionnement font l'objet d'un fort consensus dans la littérature française ou anglo-saxonne. Parmi ces caractéristiques on retrouve notamment, sans étonnement aucun, *les compétences organisationnelles et relationnelles déployées par les professionnels* (Fernandez & Grand, 2015). La performance d'équipe repose majoritairement sur la qualité du *collectif de travail*, qualité qui dépend de nombreux facteurs que l'on peut classer en quatre grands types : relationnels (comprenant la socialisation mais aussi les tensions de pouvoir entre professionnels) ; processuels (comme le temps et l'espace qui influent sur le travail réalisé (Weller et al., 2014), organisationnels (allant du style de direction à la taille de l'hôpital) et contextuels (comprenant les mouvements politiques, économiques et sociaux plus globaux qui peuvent affecter le travail des équipes).

Certaines études listent parmi ces facteurs clés l'élaboration d'une *hiérarchie des compétences et des rôles* (Sinclair, Siemieniuch, Haslam, Henshaw, & Evans, 2012) dans le collectif soignant – que nous utilisons ici de façon équivalente à « équipe », car les dimensions du partage et de l'interdépendance des tâches, de la collaboration, de la décision partagée et de la coordination y sont fondamentales. Cette coordination n'est cependant pas sans difficultés, car la forte spécialisation à l'hôpital, *la formation professionnelle en silo et la hiérarchie traditionnelle tendent plutôt à la conservation des particularismes* et des chasses gardées (Clements et al., 2007).

Dans la littérature anglo-saxonne, il n'est pas étonnant que les facteurs les plus étudiés relèvent du fonctionnement cognitif individuel et groupal, avec ce que les chercheurs appellent les modèles mentaux partagés (*shared mental models*). On retrouve sous ce terme tant la compréhension des outils de travail (équipements ou technologie) qu'une vision commune des tâches à accomplir, ou encore une conception identique des façons dont l'équipe doit interagir et une même identification à l'équipe en tant que groupe fonctionnel. Les « modèles mentaux » déterminent ainsi, selon la littérature, la façon dont fonctionne l'équipe dans ses pratiques quotidiennes et sa performance, puisqu'ils permettent en théorie à chacun de ses membres de prédire, expliquer et comprendre les phénomènes auxquels il est confronté, donc de bénéficier d'une connaissance solide de son environnement de travail

qui oriente ses interactions avec les autres notamment par l'ajustement des comportements à ceux de ses collègues.

Même si une bonne équipe occasionne des effets de sagesse collective (Salas, Rosen, Burke, & Goodwin, 2009; Sinclair et al., 2012), certains auteurs préviennent qu'une grande convergence des modèles cognitifs des professionnels ne signifie pas pour autant que ceux-ci sont intrinsèquement bons : *une équipe peut collectivement se tromper*. Autrement dit, le réel de la clinique institutionnelle est plus complexe qu'une simple organisation cognitive, qui supposerait que le fonctionnement rationnel de l'être humain ne soit pas dérangé, chamboulé, altéré par ce qui le sous-tend, à savoir l'aspect relationnel et pulsionnel des relations de chacun à son propre travail et aux autres.

Il s'avère donc que les processus constitutifs d'une équipe performante reposent toujours sur les relations interpersonnelles, la coopération et la communication entre les membres, incluant la gestion des conflits, le maintien de la motivation, la prise en compte des affects et de la confiance au sein de l'équipe, le partage d'informations et la participation des membres (Rico, Alcover de la Hera, & Tabernero, 2011), mais aussi l'anticipation et l'analyse des difficultés. Certains facteurs sont d'ailleurs prédictifs de l'échec à venir d'une pratique collaborative : un manque de temps pour réunir et stimuler la réflexivité des équipes, un manque de formation (initiale ou continue) interprofessionnelle, la persistance de formations professionnelles en tuyaux d'orgue, des liens trop ténus entre les pratiques collectives et les objectifs individuels ou encore le manque d'attention accordée à l'évaluation et à la communication de ses résultats aux différentes parties prenantes, patients inclus.

Parler de l'équipe au singulier pourrait toutefois induire l'idée qu'il existe un seul modèle de travail collectif applicable à tous les contextes de travail et que le travail d'équipe serait une solution universelle aux problèmes de communication. La littérature insiste au contraire sur le fait que ce n'est pas le cas (Finn, Learmonth, & Reedy, 2010; Idris et al., 2014; Reeves et al., 2011; Tanskanen, Buharist, & Kostama, 1998). Si la recherche propose des concepts qui semblent garantir un bon fonctionnement des équipes ou sont a minima corrélés avec des améliorations de leur performance, comme les modèles cognitifs partagés, l'auto-gestion (Cartmell, 2000; Iles & Sutherland, 2001), la communication ou le soutien du management, certains auteurs avertissent qu'une promotion inconditionnelle du travail en équipe serait

improductive tant *les questions d'équipe ne peuvent être totalement décorrélées de leur contexte d'émergence*, notamment leur taille, et nécessitent une connaissance du type de tâches à réaliser et de leur degré d'interdépendance (LePine, Piccolo, Jackson, Mathieu, & Saul, 2008).

Plusieurs études affirment finalement qu'*une plus grande transversalité* (à l'opposé d'un modèle hiérarchique tubulaire et vertical) pourrait contribuer à améliorer le fonctionnement d'équipe et la satisfaction au travail (Bauchetet, Chèze, Ceccaldi, & Colombat, 2014; Tanskanen et al., 1998), ou qu'à l'inverse la persistance des barrières interprofessionnelles serait un frein à la pratique collaborative (Thomson, Outram, Gilligan, & Levett-Jones, 2015). Le travail en équipe pluriprofessionnelle peut ainsi être utilisé comme un outil pour assouplir la hiérarchie et les barrières entre corps de métier (Bitter, van Veen-Berkx, Gooszen, & van Amelsvoort, 2013; Mahmood-Yousuf, Munday, King, & Dale, 2008; Matthews & MacDonald-Renz, 2007), qui risquent toujours de faire obstacle à toute tentative de changement, dans la mesure où elles contribuent à créer des conflits d'intérêts entre corps de métiers surspécialisés et incapables de visualiser l'interdépendance de leurs actions et des problèmes qu'ils ont à résoudre (Abd ullah Mejbél, Almsafir, Siron, & Alnaser, 2013; Bitter et al., 2013; Körner, Görizt, & Bengel, 2014; Weller et al., 2014).

La multi-professionnalité étant la règle dans les services de soins et la coopération constituant l'une des valeurs centrales de l'hôpital, l'emphase sur les modèles cognitifs partagés paraît pertinente. Elle ne doit toutefois pas servir à masquer que les professionnels de santé n'ont ni les mêmes formations initiales ni les mêmes statuts, que leur langage professionnel et leurs orientations théoriques diffèrent, autrement dit que leur vision du soin est déterminée par des expériences très variables qui rendent peu probable l'existence d'un seul modèle cognitif partagé dans l'équipe (V. Lloyd, Schneider, Scales, Bailey, & Jones, 2011). Ces différences culturelles et identitaires entre métiers, résultant en des différences de pouvoir, sont à risque de générer des tensions et des conflits desquels il est important de pouvoir parler : tous les acteurs collaborent certes dans l'intérêt du patient, mais leurs intérêts individuels divergent. Cette limite est d'autant plus importante que *l'organisation du travail en équipe et les relations qui s'y exercent sont déterminées par l'organisation du service et notamment le pouvoir médical* (Nugus et al., 2010).

B. La réunion pluriprofessionnelle : un regain d'intérêt pour la parole.

La communication et le partage d'informations dans une équipe se déclinent sous différentes formes de réunions : groupe de parole, groupe interdisciplinaire, réunion d'équipe, staff, mini staff, transmissions. La discussion sur le travail a cependant une fonction politique qui va plus loin que la recombinaison des ressources subjectives (thérapie, coaching) ou collectives (groupes de soutien ou de team-building) des professionnels concernés (Detchessahar, 2013).

Les propositions qui reviennent le plus souvent afin de proposer des réunions efficaces sont bien connues des professionnels travaillant en psychiatrie : expression libre et démocratique des personnels (Haute Autorité de Santé (HAS), 2013), valorisation des contributions de chacun. Les encadrants ne doivent pas être exclus des groupes d'échange : au contraire, la liberté de parole qu'implique le décentrement hiérarchique leur est à eux aussi bénéfique, car ils sont tout autant sujets aux risques psychosociaux que leurs collègues (*Qualité de vie au travail : négocier le travail pour le transformer, enjeux et perspectives d'une innovation sociale*, 2016).

La plupart des études portant spécifiquement sur l'outil que constituent les réunions de services s'accorde par ailleurs à dire que si elles sont soutenues par l'organisation et considérées comme faisant partie intégrante du travail d'équipe, ces réunions représentent un levier efficace de préservation de la santé mentale des soignants en leur offrant le soutien social nécessaire à la poursuite d'une activité génératrice d'émotions fortes et de stress et en réduisant les potentiels clivages entre corps de métier. Le travail d'équipe n'a en effet rien d'une évidence et peut se trouver miné si les émotions des membres sont mal canalisées (Abrams & Sweeney, 1982; Mohr, 1995). Ainsi, les aspects organisationnels - orientés sur les processus de coopération des professionnels - et psychothérapeutiques - orientés sur les décisions cliniques et le sens du soin - doivent être traités dans des espaces-temps différents, afin que les désaccords n'aient pas d'impact néfaste sur les décisions cliniques. L'inclusion et la forte participation de tous les membres de l'équipe dans la réunion, la liberté d'expression

dans l'évocation et la discussion des cas complexes et la valorisation des contributions de chacun sont tout aussi valorisées dans le monde anglo-saxon qu'en France (Griffiths, 1997). La relative rareté des études à ce sujet fait cependant consensus dans le monde anglophone (Burns & Lloyd, 2004) car les recherches existantes se sont surtout focalisées, depuis les années 80, sur les éléments facilitateurs et perturbateurs des réunions pluriprofessionnelles en psychiatrie (Ronald, Palmer-Ganeles, & Chapman, 1986).

Dans la pratique quotidienne seules les transmissions orales, les staffs, les réunions de synthèse hebdomadaire mettent les soignants dans un cadre de communication en face à face, alors que cette modalité d'échange est reconnue comme étant la plus efficace et la plus satisfaisante. Une grande partie de la littérature scientifique s'accorde donc pour dire que les espaces de discussion, débriefings et autres réunions cliniques sont des aides précieuses pour la coordination des comportements des praticiens, mais aussi des modes de médiation fondamentaux des interactions interpersonnelles au sein d'une équipe, et plus largement des opérateurs fondamentaux de la santé et de la qualité de vie au travail (Detchessahar, 2013).

Les espace-temps de communication les plus importants sont les « staffs » cliniques pluriprofessionnels auxquels assistent tous les professionnels du service, quelle que soit leur qualification : ces staffs sont considérés comme le premier dispositif à mettre en place pour améliorer la participation des soignants, et ce dans tous les services de soins (Bauchetet et al., 2014; Philippe Colombat et al., 2014). Ces réunions, au cours desquels l'équipe peut reprendre des cas cliniques ou revenir sur des questions éthiques, permettent a posteriori de réinterroger les prises en charge et de proposer des améliorations en identifiant voire en modifiant les normes, les valeurs et les « modèles mentaux » sous-jacents au travail clinique. Les possibilités de communication en face à face font donc partie des éléments sensibles lors des réformes des établissements de santé, tant du point de vue architectural que du point de vue des processus et du rythme de travail.

De ce point de vue, la psychiatrie française et anglo-saxonne apporte nous semble-t-il des pistes importantes - la question des modalités du travail d'équipe en psychiatrie ayant fait l'objet, dans le monde anglophone, d'apports empiriques et expérimentaux sensiblement au même rythme qu'en France -. En effet, dès les années 50, plusieurs études américaines ont avancé que la sévérité des symptômes observés chez les patients pouvait être une

conséquence de conflits et de non-dits dans l'équipe, engendrant des problèmes de communication (Modlin & Faris, 1956; Stanton & Schwartz, 1954), avec pour principale conclusion que les conséquences délétères des tensions dans les équipes sur la prise en charge d'un patient pouvaient être évitées par l'institution de réunions où les conflits seraient discutés. En France, le livre de Denise Rothberg (1968), *Les réunions à l'hôpital psychiatrique*, et un article princeps de Jean Oury faisant des réunions un concept de l'arsenal thérapeutique (1966) ont eux aussi marqué leur époque ; la tradition réflexive française sur les réunions en psychiatrie perdure, quoique de façon très limitée, et souvent restreinte aux revues classiques de la discipline comme *l'Information Psychiatrique* et *l'Evolution Psychiatrique*.

C. Démarche participative et *care* en santé : revalorisation des savoirs empiriques des équipes.

Au milieu des nombreux modèles anglo-saxons plutôt portés sur la cognition collective - au risque de passer à côté des conflits professionnels -, le modèle français de la démarche participative, issu des soins palliatifs et élaboré par le Pr Philippe Colombat et son équipe au début des années quatre-vingt-dix, nous semble particulièrement porteur – mais aussi, compte tenu des éléments que nous aborderons dans notre 3^e chapitre, très familier.

Le principe de départ de la démarche palliative, plus tard renommée démarche participative, est de considérer l'absentéisme, le burnout et les erreurs médicales comme des symptômes d'une souffrance liée à l'intensité émotionnelle du travail. Partie d'une préoccupation plutôt axée sur les risques psychosociaux, cette démarche clinique visant à faire de l'environnement même du travail l'outil de traitement primordial de la souffrance a donné naissance à un modèle de management participatif d'équipe d'abord reconnu officiellement dans le cadre de la fin de vie – la démarche participative étant obligatoire dans ces services depuis 2008 (Picard, 2017) - puis dans d'autres spécialités traitant des pathologies chroniques, comme l'oncohématologie.

La démarche participative et ses valeurs ont sans aucun doute inspiré les grands principes du Pacte de Confiance pour l'hôpital (Couty & Scotton, 2013), mais son intérêt principal réside à notre sens dans le fait qu'elle a popularisé, sous couvert d'un vocabulaire

clinico-organisationnel, un certain nombre de principes (réunions pluriprofessionnelles non-hiérarchiques, pouvoir de décision partagé, soin porté à l'ambiance des services) déjà théorisés dans les années par les promoteurs de la psychothérapie institutionnelle.

Les quatre piliers de la démarche participative, que sont les réunions (« staffs ») pluriprofessionnelles, la formation interne, le soutien aux équipes et la démarche projet (Moret, Anthoine, Gillet, Fouquereau, & Colombat, 2014) ont l'avantage d'être conceptuellement accessibles et facilement opérationnalisables, ce qui explique certainement l'aisance et la rapidité avec laquelle les médias ont valorisé ce modèle¹³. Les valeurs d'équipe promues par la démarche participative tiennent d'une *conception humaniste des soins et des relations interpersonnelles* : respect, reconnaissance, responsabilité, cohérence, communication, complémentarité, confiance, coordination, coopération, concordance, concertation et collaboration.

Le style managérial promu par la démarche participative repose sur la création d'une ambiance permettant l'échange, une amélioration et une responsabilisation des acteurs : « directeur, conseil de direction, pôles, fédérations et départements, services, unités et équipes. Ce principe doit irriguer la conception des outils, la diffusion et le partage de l'information, afin de favoriser la transparence » (Philippe Colombat et al., 2014). La démarche participative est par essence délégative, puisqu'elle repose sur la confiance en une équipe intrinsèquement motivée qui respecte les règles et les objectifs fixés par un management conçu comme une fonction support pour des équipes auto-gérées (P Colombat et al., 2011). Cette façon de concevoir le management vaut en effet d'être mise en lumière, puisque d'autres études montrent que les styles managériaux traditionnels de la fonction publique, plutôt directifs ou axés sur la persuasion, peuvent être sources de diminution de la qualité de vie au travail au travers du manque de communication transparente et de reconnaissance.

¹³ Un exemple de cette publicité médiatique est disponible à l'adresse suivante : https://www.lemonde.fr/sciences/article/2017/01/16/demain-des-soignants-heureux_5063593_1650684.html. Consulté le 14 août 2018. La démarche participative s'est par ailleurs vue décerner, en septembre 2016, le trophée « innovation managériale » de la chaire de l'ESSEC en conduite du changement.

Certaines études provenant du monde du soin s'intéressent d'ailleurs à l'*ambiance* des services, définie comme un paramètre organisationnel influençant l'efficacité du leadership (P Colombat et al., 2011; Shipton, Armstrong, West, & Dawson, 2008), 187), ou comme un climat ou un environnement de travail propice au développement personnel des individus dans l'organisation (Askari, Rafiei, Montazerolfaraj, Tafti, & Torabi, 2018; Huzzard, 2003; Minvielle et al., 2008). L'idée d'une gestion adhocratique des hôpitaux, autrement dit d'un paradigme organisationnel sur-mesure pour les établissements de santé, revient régulièrement à travers la proposition de faire du *care* un modèle institutionnel régissant non plus seulement les relations des soignants aux patients, mais aussi les relations des soignants entre eux (Bodenheimer & Sinsky, 2014; Brousseau, Cara, & Blais, 2016). Nous reprenons ici le modèle de Miremont et Valax (2015) sur les quatre niveaux du *care* dans le management à l'hôpital :

« Nous avons décrit quatre niveaux de manifestations du care au sein du management. Le premier niveau correspond à celui de la personne, avec un « care about » qui soit attentif à l'autre en tant qu'être singulier. Le deuxième niveau professionnel est un « care about » centré sur les compétences mais également les talents individuels dans une perspective de développement, d'épanouissement et de mise en synergie vers les objectifs à atteindre collectivement. Le troisième niveau est un prendre soin de l'intégration et de la socialisation de chacun au sein de l'équipe. Enfin le quatrième niveau vise l'attention toute particulière à permettre à chacun de s'impliquer, en regard de ses compétences et de ses talents personnels, dans les projets institutionnels à la recherche du juste et fort engagement de chacun ». (p. 31)

Cette éthique managériale, définie comme une culture organisationnelle *poussant les professionnels à prendre autant soin d'eux-mêmes et de leurs collègues que de leurs patients* (Browning, Torain, & Patterson, 2011), améliorerait la QVT des soignants en contrecarrant les effets néfastes de l'intensification du travail (Brousseau et al., 2016) et en offrant une alternative durable et crédible au Nouveau Management Public. Ce corpus théorico-pratique

est ainsi plébiscité chez les professionnels de santé, qui voient en lui une façon de réintroduire de l'humain dans le soin et dans la gestion et plus largement de redonner du sens à leur travail (Svandra, 2011).

Les travaux dont nous venons de rapporter les résultats, qu'il s'agisse des équipes de soins, de l'utilisation des réunions, de la démarche participative ou du *care* en santé, font fortement écho, comme nous avons tenté de le montrer, au travail de théorisation de la pratique qui a eu lieu dans le champ psychiatrique et a pu prendre le nom de psychothérapie institutionnelle. Nous tenions à débiter notre contextualisation en rappelant donc l'antériorité chronologique des apports en psychiatrie, afin notamment d'affirmer que les modèles de travail d'équipe à même de prendre soin des soignants se soutiennent certes d'un rapport à la pratique, mais aussi d'un rapport à l'histoire, qui tend aujourd'hui à passer au second plan. De nombreuses innovations managériales n'en sont pas tout à fait : voilà ce que nous dévoile la référence aux archives de l'histoire de l'organisation du travail en équipe. La psychiatrie a toutefois bien été touchée par certains phénomènes relativement nouveaux et qui lui sont propres : c'est à ce niveau d'investigation que nous devons maintenant continuer notre étude.

II. Contexte disciplinaire : quel sens donner à la « santé mentale » ?

De nombreuses transformations interconnectées touchent depuis plusieurs années la psychiatrie, et plus globalement la santé mentale : hausse du recours aux soins sans consentement, (Coldefy & Fernandes, 2017), hausse du recours aux pratiques d'isolement et de contention dans les services d'hospitalisation (*Isolement et contention dans les établissements de santé mentale*, 2016), difficulté à ouvrir les portes des services, insuffisance des moyens humains (Robiliard, 2013) redoublant la pression mise sur les services d'hospitalisation du fait d'un virage ambulatoire rapide engendrant de nombreuses fermetures de lits et un raccourcissement considérable de la durée moyenne de séjour, déchargement du sanitaire dans le médico-social, et plus récemment fin programmée des

exceptions de certains hôpitaux psychiatriques à l'intégration dans des Groupements Hospitaliers de Territoire généralistes¹⁴. L'ensemble de ce contexte fait l'objet de multiples recherches qu'il serait difficile de retracer précisément dans ce travail tant leur étendue disciplinaire est vaste, allant de l'orientation nationale des politiques publiques en matière de santé mentale jusqu'aux réalités des pratiques de terrain. Nous tenterons toutefois ici de broser un rapide portrait de l'état économique actuel du paysage de la santé mentale adulte.

A. Préambule : financement et gestion des données patients en psychiatrie

Les dépenses de santé mentale représentent aujourd'hui plus de 14% du budget de l'assurance maladie (Lopez & Turan-Pelletier, 2017b, p. 82). Alors que la demande va croissant, les dépenses liées aux soins psychiatriques ont pourtant augmenté moins vite que l'Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) : entre 2012 et 2015, celui-ci progressait de 2,2% par an, contre 1,2% de progression des dépenses remboursées dans le champ de la psychiatrie. Rappelons que l'ONDAM est le carcan qui encadre de façon prévisionnelle les dépenses de santé : toute la gestion du système de santé français est donc basée sur le fait de planifier un seuil maximal d'augmentation possible des dépenses de l'Assurance Maladie. Cet encadrement est voté annuellement par les parlementaires dans le cadre de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS).

L'inégalité dans la croissance des dépenses en psychiatrie et dans celle de l'ONDAM indique *a minima* que d'autres secteurs bénéficient avant elle de cette croissance, au plus fort que la psychiatrie est un secteur relativement ignoré dans l'ensemble des dépenses de santé. Ceci semble se confirmer à deux égards : premièrement en ce qui concerne les dépenses liées aux soins psychiatriques en ville, qui n'ont augmenté que de 0,1% de 2012 à 2015 tandis que l'ONDAM ville croissait, lui, de 1,6%. Deuxièmement, en ce qui concerne cette fois la psychiatrie publique, les récents chiffres rassemblés par l'IGAS montrent que les Dotations

¹⁴ Quelques médias spécialisés s'étaient fait l'écho de la déclaration de la Ministre de la Santé, Agnès Buzyn, à ce sujet : <https://www.santementale.fr/actualites/psychiatrie-agnes-buzyn-reaffirme-que-tous-les-etablissements-devront-rejoindre-un-ght.html>. Consulté le 22 août 2018.

Annuelles de Fonctionnement (DAF) des hôpitaux publics augmentaient moins vite que leur contreparties des établissements psychiatriques privés et, encore une fois, moins rapidement que l'ONDAM établissement. Le constat d'Alain Lopez et Gaëlle Turan-Pelletier, rapporteurs de l'IGAS et auteurs d'un récent et très complet travail sur l'organisation du dispositif psychiatrique, était sans appel : « La part des dépenses de la psychiatrie publique (et privée non lucrative) dans le total des dépenses de santé entrant dans l'ONDAM diminue donc chaque année » (2017b, p. 84). De façon plus étonnante encore, la DAF allouée aux services de psychiatries présents dans les C.H.U et les centres hospitaliers généraux (qui fonctionnent donc avec un système de tarification double : tarification à l'activité dans le somatique et dotation de fonctionnement en psychiatrie) augmente plus rapidement que celle allouée aux centres hospitaliers spécialisés, dont on peut considérer qu'ils se trouvent, du fait de leur statut, en bas de l'échelle des priorités des dépenses de santé mentale et donc de santé.

Malgré l'informatisation des services en psychiatrie, la rationalisation budgétaire s'est avérée difficile à implémenter dans les mêmes termes que celle qui a touché les disciplines somatiques. Du côté purement psychiatrique, plusieurs rapports tendent vers une solution à mi-chemin entre tarification à l'activité et dotation annuelle de fonctionnement, sous la forme d'une pondération de la seconde par la première ainsi que d'autres facteurs afin de remédier aux inégalités caractéristiques du système actuel :

« Bien que le système d'information ait gagné en exhaustivité, la difficulté qui demeure à faire émerger une approche standardisée des prises en charge dans le domaine de la psychiatrie ne permet pas d'envisager une réforme globale du modèle de financement en vigueur. Toutefois, il semble intéressant de pondérer le système de dotation globale par une modulation à la population et aux soins. »
(Véran, 2016, p. 15)

Cette relative inapplicabilité de la tarification à l'activité en psychiatrie¹⁵ - dont l'inertie du projet de Valorisation à l'Activité en Psychiatrie (VAP) depuis dix ans est sans aucun doute un symptôme - s'explique par le fait, aujourd'hui relativement bien reconnu, que la tarification à l'activité ne permet pas de rendre compte du réel des prises en charge de pathologies chroniques (Couty & Scotton, 2013), dont les maladies mentales font partie. La psychiatrie a toutefois, à l'instar des autres disciplines médicales, elle aussi été soumise à la cotation des actes de soins dans le cadre du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) :

« Les établissements de santé publics et privés, en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, ayant une activité autorisée en psychiatrie, quel que soit leur mode de financement, sont tenus de réaliser, pour chaque patient pris en charge, par extraction depuis le système d'information de l'établissement de santé, un recueil d'informations portant sur l'activité de soins et sur sa facturation. » (ATIH, 2017, p. II)

Ce Recueil d'Informations Médicalisé en Psychiatrie, aussi dit RIM-P, résume tant l'activité hospitalière des établissements proposant des soins psychiatriques que l'activité ambulatoire : son ambition de rationalisation gestionnaire est assumée (Béart, 2013; Béart & Dembinski, 2012) au nom de la transparence de l'utilisation des crédits publics. Il s'agit bien entendu aussi, à plus long terme, de préparer la rationalisation budgétaire d'une discipline

¹⁵ Le flou est palpable sur le site du Ministère de la Santé : « L'extension du modèle T2A au champ de la psychiatrie est en cours d'étude. Des travaux sont menés afin de dresser l'ossature du future modèle d'allocation qui devrait, comme pour les autres champs, être de type [...] Cependant, cette discipline présente beaucoup de spécificités notamment en termes d'atomisation des structures, d'organisation territoriale, de poids des soins ambulatoires, de juxtaposition et de chevauchement des modes de prise en charge. De plus, les établissements sont globalement insuffisamment équipés en logiciels pour bien tracer et déclarer les différents types d'activité. ». Disponible en ligne à l'adresse suivante : <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/article/financement-des-etablissements-de-sante>. Consulté le 23 août 2018.

qui, avec le système de la DAF, échappe encore au rapprochement entre répartition de la dotation et activité réelle. C'est en ce sens que l'on peut comprendre les tentatives émanant de plusieurs Agences Régionales de Santé – véritables détentrices des cordons de la bourse hospitalière - d'effectuer des péréquations, autrement dit des répartitions plus égalitaires entre pôles en fonction des données du RIM-P, des files actives, des populations et des superficies desservies par les secteurs d'un même établissement. L'enjeu de l'allocation des ressources en psychiatrie est en effet particulièrement épineux, car les inégalités de ressources en psychiatrie sont réelles, parfois entre secteur et pôles d'un même établissement, du fait d'une organisation historique qui avait parfois eu tendance à mieux doter les secteurs bien défendus par leur médecin-chef.

L'activité est suivie à travers une procédure dite de « chaînage anonyme », qui permet aux établissements d'attribuer aux patients et à chacun de leur séjour des numéros que leur Département d'Information Médicale (DIM) aura pour fonction de recouper, le tout afin de posséder une trace des soins que leur aura prodigué l'établissement au moment de leur venue (ATIH, 2017). Le croisement entre données financières et données médicales se traduira ensuite, en termes opérationnels, par une coopération étroite entre le DIM et le contrôleur de gestion des établissements (Marescaux, 2011). C'est donc à partir de ce RIM-P, axé sur une volonté de meilleure connaissance de l'activité médicale en psychiatrie, que devait s'appuyer la Valorisation de l'Activité en Psychiatrie, occasionnant de nombreux refus militants de coter les actes (Odier, 2007).

Les réformes tarifaires destinées à mieux décrire l'activité comme préalable à l'allocation des ressources concernent aussi le champ du médico-social avec le projet SERAFIN-PH, destiné à adapter la tarification des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS). Aujourd'hui, le médico-social en France fait l'objet d'une sous-catégorie de l'ONDAM (au même titre que les établissements de santé). Si certaines structures tirent donc 100% de leurs financements des Agences Régionales de Santé, telles les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS), fonctionnant au prix de journée, d'autres, comme les SAMSAH ou les Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM), combinent forfait global pour les soins et dotations du conseil départemental, tandis que d'autres encore, tels les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS), sont entièrement financées par les conseils départementaux en fonction d'un tarif journalier.

Cette réforme imminente du secteur médico-social souhaite décloisonner les différentes structures intervenant dans l'accompagnement d'une même personne et assouplir le dispositif pour créer des réponses adaptées aux personnes et non plus construites en fonction des réponses disponibles et de leur mode de tarification (DGCS, CNSA, & Ministère des Affaires Sociales de la Santé et des Droits des femmes, 2016). Si les grilles d'activité jusqu'ici présentées dans les résultats des groupes de travail paraissent tenir compte de la diversité des actions requises dans un champ où la pluriprofessionnalité est de mise pour accueillir les personnes, de nombreuses questions se posent sur les modalités d'implémentation qui seront choisies et le degré de contrainte que ce type de réforme fera peser sur les professionnels, sachant les difficultés qui se sont posées au moment de l'application de la tarification à l'activité dans le secteur sanitaire.

Après cet éclairage certes trop rapide du paysage de la santé mentale adulte du point de vue de son fonctionnement concret, nous tenterons à partir de maintenant non pas de restituer l'ambiance globale de ce champ en France ni même la précision de ses évolutions législatives, mais plutôt de mettre en avant un certain nombre de paramètres qui définissent le contexte dans lequel notre travail de recherche nous a paru pertinent et utile.

B. Le « changement de paradigme ». De quoi est-il question ?

L'évolution des terminologies et la restructuration des organisations a fortement touché le monde de la santé, comme nous avons tenté d'en donner une idée dans notre partie précédente. Un processus structurellement similaire et déployé sur un temps relativement long a également bousculé la psychiatrie publique depuis le début des années 2000 : celui du passage de la psychiatrie vers la « santé mentale ». Si, comme nous le verrons un peu plus loin, cette transition n'est pas étrangère à l'opérationnalisation du mouvement de « désinstitutionnalisation » en France, nous devons tout d'abord faire un rapide retour sur l'introduction du terme même de « santé mentale » dans le système français, en tant qu'il est venu éclairer les apories de la psychiatrie de secteur et bousculer son organisation.

La notion de secteur de psychiatrie mérite ici que nous rappelions ses caractéristiques principales avant de continuer nos développements. Si la première utilisation du terme de

secteur est attribuée à Lucien Bonnafé lors des conclusions des Journées Psychiatriques de mars 1945 (Bonnafé, 2000b), c'est à un rapport d'Henri Duchêne, en 1959 et plus globalement aux bonnes relations des psychiatres réformateurs avec le Ministère de la Santé dans les années 50 que l'on peut attribuer la paternité de la psychiatrie de secteur. Née d'une circulaire le 15 mars 1960, ce qui signera dès le départ le statut ambigu qu'aura cette politique durant 25 ans – c'est-à-dire jusqu'à son accession au Code de la Santé en 1985 -, la psychiatrie de secteur prône une réponse territorialisée à la question de la prise en charge des malades mentaux. Le principe est conceptuellement simple : un secteur est une zone géographique d'environ 70.000 habitants à l'intérieur de laquelle une même équipe médico-sociale dite « de secteur » travaille à la prévention, aux soins et à la post-cure des citoyens qui ont besoin de recourir aux services de la psychiatrie publique.

L'opérationnalisation de la notion a toutefois été bien plus complexe. On sait en effet combien la mise en place très lente de cette politique (les premiers textes réglementaires sont arrivés en 1972 et 1974) a donné lieu à des inégalités de répartition des moyens et une disparité de l'offre toujours assez forte aujourd'hui en matière de psychiatrie. C'est cette disparité, qui a permis l'innovation comme l'inertie, qui explique entre autres pourquoi la « santé mentale » a fait figure de grande intruse dans les services : dans certains territoires retardataires du point de vue de l'ambulatoire, elle a pu être perçue comme une marche forcée vers un dispositif qui n'avait pas été réfléchi ni approprié par les équipes de terrain ; dans d'autres secteurs plus riches, axés sur l'ambulatoire et pionniers en matière de lien avec la communauté, elle a pu paraître redondante voire totalement inadaptée au modèle français. Beaucoup d'écrivains ont donc dénoncé la santé mentale (voire le « santémentalisme » (Bellahsen, 2014)) en France, et ont eu tendance à faire remonter l'usage de cette locution soit au rapport Piel-Roelandt (2001), soit plus globalement à l'influence de l'Organisation Mondiale de la Santé dans les politiques publiques françaises en la matière. Le terme de « santé mentale » n'a en réalité pas attendu sa consécration par l'OMS pour être utilisé par les psychiatres réformateurs dans la description de leurs activités, mais son usage, en tout cas en France, tenait au départ majoritairement d'une confusion entre la « santé mentale » et la « lutte contre les maladies mentales ». En 1987, dans son manuel sur l'organisation et la gestion de la santé mentale, le juriste et directeur d'hôpital Patrick Mordelet décrivait cette

confusion comme suit :

« Pour l'Organisation Mondiale de la Santé qui est à l'origine de l'utilisation de ce concept, la santé mentale est l'aptitude parfaite à mener des relations harmonieuses avec ses semblables. [...] En application de cette définition, une politique de santé mentale devrait intégrer toute une série d'éléments non psychiatriques et non sanitaires (problèmes socio-économiques et culturels ; éducation et prévention ; sociologie politique évolution sociale). Tel n'est pas le cas. La santé mentale est souvent confondue avec la lutte contre les maladies mentales, même avec la psychiatrie, discipline médicale dont l'objet de soigner les patients atteints de troubles mentaux. [...] Santé mentale et luttes contre les maladies mentales sont souvent confondues : dans la plupart des cas, on ne retient pas l'aspect positif que sous-tend le concept de santé mentale. [...] De la même manière que l'on est passé de « l'asile d'aliénés » à « l'hôpital psychiatrique » sans que cela se traduise par une réforme en profondeur de l'institution, on emploie aujourd'hui l'expression « politique de santé mentale » dans le sens de « politique de lutte contre les maladies mentales » [...] » (Mordelet, 1987, p. 19).

Le terme de lutte contre les maladies mentales a par conséquent régné comme seul signifiant organisateur du dispositif de soins dans le discours administratif français de la circulaire initiale du 15 mars 1960 (dite « relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales ») jusqu'aux circulaires, décrets et arrêtés de 1972 relatifs au « règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies ». Lorsque le terme de « santé mentale » apparaît, par exemple dans le corps de l'arrêté du 14 mars 1986 relatif « aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement », qui précise en même temps le rôle des conseils départementaux de santé mentale, la confusion relevée par Mordelet est claire. Lutte contre les maladies mentales, santé mentale et psychiatrie sont momentanément interchangeable ; là où la politique de secteur était censée devenir une « politique de soins en Santé mentale, qui veut s'opposer à une politique d'assistance aux aliénés » (Audisio & Demay, 1977, p. 118), il

apparaît clairement que les « soins en santé mentale » se substituent de façon presque équivalente à la lutte contre les maladies mentales, que l'on opposait traditionnellement à une politique plus ancienne d'assistance de type compensatoire. Mais ce glissement terminologique en induit un autre : les « équipes de santé mentale » deviennent l'équivalent des équipes médico-sociales de secteur des premiers textes sur ce dispositif, et la dénomination de leur action change. Le psychiatre Pierre Bailly-Salin reformule en effet le principe du secteur ainsi : « la prise en charge, par une seule et même équipe, de l'ensemble des problèmes de santé mentale de la population d'un territoire géographique donné ; cette équipe étant constituée de psychiatres mais aussi de « techniciens de la santé mentale » » (Bailly-Salin, 1977, pp. 87–89)¹⁶. Les termes de « problème de santé mentale » ou de « techniciens » ne sont pas anodins, qui plus est deux ans après la promulgation de la loi de 1975 sur les handicapés, dont beaucoup de psychiatres de l'époque considéraient qu'elle avait réintroduit la perspective déficitaire en psychiatrie. En somme, l'ensemble signifiant autour de la pratique psychiatrique et de ses patients semble se déplacer de la question du traitement à donner à une entité spécifique que serait la maladie mentale, à l'idée d'une norme de bien-être personnel et social que la maladie empêcherait d'atteindre, et pour laquelle il faudrait créer des techniques de compensation – la résolution de problèmes par la compensation apparaissant alors comme une tentative de suppression d'un symptôme de nature sociale¹⁷.

Cette période de transition sémantique dont nous venons rapidement de présenter les enjeux a couru de la seconde moitié des années 70 jusqu'à 1990 (date de la première circulaire portant en son titre la mention de « politique de santé mentale »¹⁸). Elle a progressivement vu

¹⁶ On voit se préfigurer la fonction qui sera celle du champ de la santé mentale de fournir, comme le formule C.-O. Doron, des « identités d'action » transversales à tout un ensemble de dispositifs issus de secteurs différents » (2015).

¹⁷ Au sujet de la logique indemnitaire et des problématiques autour de la compensation du handicap, voir la thèse de Philippe Banyols, psychologue clinicien et directeur d'hôpital, intitulée *Médecine, droit et psychanalyse : logique indemnitaire et problématique du sujet* (2010).

¹⁸ Il s'agit de la circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale parue au J.O. du 3 avril 1990. Le document est téléchargeable à l'adresse suivante :

le paradigme psychiatrique changer, au profit du champ lexical de la réadaptation sociale qui a donné naissance, de l'avis de plusieurs auteurs, à une nouvelle façon pour la psychiatrie d'être vecteur de discipline sociale en s'insérant dans des rationalités gouvernementales. L'hypothèse de travail communément admise est que l'étendue des problèmes de « souffrance psychique » a bouleversé le champ psychiatrique parce qu'elle l'a obligé à s'articuler avec difficulté à un autre champ en pleine effervescence depuis la loi de 1975 : celui du médico-social, plus proche de la cité et amenant de ce fait la santé mentale à concerner à mobiliser des acteurs beaucoup plus hétérogènes ». Nous retrouvons en réalité déjà cette conception du travail d'équipe en psychiatrie dans le livre de Mordelet, qui en 1987 décrivait comme tel le cœur du dispositif de secteur :

« l'équipe médico-sociale doit donc intervenir, non seulement à l'hôpital et au dispensaire, mais également dans un « réseau » comprenant des institutions et des structures sanitaires spécifiquement [...] Ce principe de polyvalence absolue implique l'omniprésence de l'équipe psychiatrique de secteur au sein du groupe social, où elle doit normalement jouer un rôle de promotion de la santé mentale, dans l'esprit de la « community psychiatry » anglo-saxonne. Dans cette optique, l'équipe de secteurs favorise son intégration au corps social par l'établissement d'un réseau de relations privilégiées avec toute une série d'institutions et d'organismes administratifs sanitaires et sociaux éducatifs [...]. Dans la pratique, cette conception très extensive du secteur n'est que très peu appliquée, si l'on excepte quelques expériences pilotes » (1987, p. 115)

La France n'a certes pas emprunté le même chemin que les pays anglo-saxons vis-à-vis de la santé mentale, car la pleine utilisation de ce concept comme référentiel effectif des pratiques s'est faite assez tardivement (Doron, 2015), expliquant l'impression de brutal changement de paradigme qui s'est diffusée parmi les soignants français, et notamment les

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000295864&categorieLien=cid>. Consulté le 23 août 2018.

psychiatres, à partir du début des années 2000. Tout comme la traduction sectorielle et institutionnelle, l'idéologie de la santé mentale a trouvé à se traduire en textes administratifs, en mesures juridiques et en équipements, c'est-à-dire à s'institutionnaliser comme politique publique¹⁹, mais, comme le souligne A. Ehrenberg, elle n'en est pas moins restée « un problème de réforme de la psychiatrie et de transformation de la conception du patient et de la pathologie » (2004, p. 10). En effet, le problème principal des réformateurs dans la décennie 60-70 était avant tout de préparer la sortie des patients hors des murs de l'hôpital et concomitamment d'aider la cité à *accueillir* ses anciens exclus. La normalisation sociale par la voie de la réadaptation des patients à la communauté était plutôt assimilée à une nouvelle aliénation, sous-tendue par un carcan de représentations négatives de la folie prévalentes dans la société des « normaux ». La psychiatrie était alors conçue pour les malades mentaux sévèrement atteints et dont la pathologie était à risque de se chroniciser : il s'agissait donc principalement d'une population atteinte de psychose. La connotation positive de la santé mentale dont parlait Patrick Mordélet, en fonction de laquelle le soin psychique devient un prendre soin qui s'applique à l'ensemble des « troubles psychiques » qui peuvent affecter la bonne santé mentale des individus, avait été refoulée des politiques publiques et du dispositif de soins. Le retour de cet aspect de la notion a mené à un élargissement conséquent du périmètre d'action des structures publiques, qui a été vécu comme un englobement de la psychiatrie par une idéologie hygiéniste et un glissement des missions du service public de psychiatrie : il apparaît donc intéressant de regarder en quoi la santé mentale a modifié le système de soins par des déplacements de sens et des compromis entre ses acteurs, mais aussi comment celle-ci a ouvert, parfois à son insu, des fenêtres de réappropriation possible de ses lieux et de ses signifiants-maîtres par une logique clinique qui lui est étrangère.

En effet, si la psychiatrie s'est historiquement organisée en secteurs, le dispositif

¹⁹ Nous pensons notamment au retour de la planification par les « Plans Psychiatrie et Santé mentale », à la loi Kouchner, à la création des ARH, rebaptisées ARS par la loi HPST, ou encore à l'existence d'instances de concertation comme les réseaux en santé mentale, les Conseils Locaux de Santé Mentale, d'organismes de formation comme le CCOMS (Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale) à Lille etc.

sectoriel, fait et défait par les besoins de son terrain d'implantation, acceptait d'emblée en se liant avec la Cité d'être interpellé par un champ plus large que celui de la psychiatrie hospitalière, ouvrant du même coup la possibilité d'être dépassé par des demandes sociales auxquelles il n'était pas nécessairement prêt à répondre. Plusieurs auteurs ont tiré de ce constat d'échec partiel de la traduction de l'expérience de secteur (c'est-à-dire de la traduction d'un idéal d'humanisation des pratiques psychiatriques en une organisation coordonnée des parcours de soins) en une politique de santé publique cohérente l'idée que le dispositif de secteur aurait été dévoyé²⁰.

C. La santé mentale a-t-elle détruit « l'esprit du secteur » ?

S'il nous semble que la « conception extensive » (Mordelet, 1987, p. 115) du secteur, qui proposait de prendre en charge prévention, soin et post-cure, était en réalité déjà un dispositif plus large que la pratique psychiatrique pure, les sociologues Benoît Eyraud et Livia Velpry, eux, ont plutôt parlé d'une perte de l'esprit du secteur, en disant que « les différentes modalités de mise en place de la sectorisation traduisent en fait des formes d'intervention extrahospitalière relativement limitées par rapport à ce qui a été souhaité par les inspireurs [...] la généralisation de l'expérimentation s'est faite *a minima*, perdant au passage une partie de « l'esprit du secteur » » (2012). Cette perte qu'ils signalent est en réalité plutôt le fruit d'une dissociation entre un modèle idéologique du secteur utilisé sur le terrain, dans la clinique quotidienne – quoique cette référence au secteur a été très inégale selon les services et les départements -, et un modèle administratif satisfaisant aux impératifs de la réduction des coûts, c'est-à-dire, schématiquement, entre l'esprit du secteur et le secteur tel qu'il a existé.

D'un côté, l'esprit du secteur peut être assimilé à ce que ces deux auteurs appellent son « socle institutionnel », lorsqu'ils écrivent : « les difficultés rencontrées par la mise en place du secteur résident moins dans les freins matériels et organisationnels que dans l'affaïssement, au moment même de la mise en place de la politique de sectorisation, du socle institutionnel sur lequel se fondait cette innovation » (Eyraud & Velpry, 2012, p. 2) . De l'autre,

²⁰ Selon les propos de Magali Coldefy restitués dans le rapport Robiliard (Robiliard, 2013, p. 33).

ce qu'ils spécifient comme « socle » de toute politique publique de psychiatrie (loi de 1838 comprise), c'est le mandat légal du psychiatre et la visée thérapeutique globale – « vie quotidienne, travail, ressources, logement » - de toute prise en charge. Leur hypothèse consiste à dire que ces aspects du travail psychiatrique (et nous ajouterions : ces aspects qui appuient le bien-fondé de prises en charge tout autant extra- qu'intra-hospitalières) ont été confisqués au secteur par des lois et des mesures successives délimitant de nouveaux champs, hors périmètre psychiatrique, supposément plus propices au développement d'activités sociales et de réinsertion :

« avec la création de l'allocation adulte handicapé, puis sa généralisation en 1975, les médecins décident de recourir de plus en plus à ces mesures de protection pour des patients qui sont pris en charge principalement dans le cadre des activités de secteur. [...] la question des ressources et du travail est dissociée de celle de la thérapeutique psychiatrique, alors même qu'elle constituait depuis le 19^e siècle un enjeu majeur de l'institution psychiatrique [...] les liens avec le « secteur de l'insertion professionnelle », qu'ils relèvent du milieu ordinaire ou du travail protégé, sont difficiles et se spécialiseront en dehors du secteur [...] Avec ces trois éléments de réforme, des outils d'intervention qui faisaient jusque-là partie intégrante de la prise en charge à l'hôpital psychiatrique lui échappent, de fait. En plus de l'hébergement, la protection des biens et de la personne, les ressources financières, l'insertion dans une activité professionnelle sont reprises par d'autres acteurs, notamment associatifs, qui relèvent souvent du domaine social ou médico-social. » (2012, p. 8).

L'idée de la « corrosion progressive de l'institution psychiatrique » (Douville, 2012, p. 509), ou de la perte de son esprit, pose tout de même un problème. La perspective du déclin, ou de la dépossession d'un objet qui appartiendrait en propre au champ psychiatrique n'empêcherait-elle pas ses acteurs et penseurs de voir à la fois les aspects innovants de la santé mentale – quoique nous soyons amenés à en penser -, mais aussi, en filigrane, ce qu'elle récupère nécessairement de l'organisation des soins dont elle prétend être le successeur ?

En ôtant le volet « post-cure et réinsertion » au champ sanitaire, c'est-à-dire, pour user de termes moins neutres, à un champ où les relations avec la folie sont instituées et inévitables, l'Etat a fait coup double : à la fois atténuer l'hégémonie du secteur sur l'organisation de la vie de ses patients pour contrer les accusations d'utilisation de la psychiatrie à des fins policières²¹ et le pouvoir de quadrillage de la psychiatrie sur la vie sociale, mais aussi, discrètement, recréer un champ dans lequel la boussole théorique n'est plus la relation du sujet avec ses propres symptômes, mais celle de l'adaptation à la norme, c'est-à-dire de la relation des symptômes du sujet avec le monde social. La dissociation entre ces champs du sanitaire et du social – dissociation qui présidera à leur réarticulation sous la forme de « réseaux » - signe ainsi la perte de pouvoir de la psychiatrie du fait d'un échec dont on peut raisonnablement se demander s'il n'était pas quelque peu prévisible. En effet, à partir de ce paradoxe qui organisait la psychiatrie en secteurs sans se rendre compte que le secteur dépassait la seule discipline psychiatrique, le dispositif de secteur n'a pas eu les moyens de ses ambitions : il n'en a eu ni les moyens économiques, lorsque l'on voit les disparités en équipements et en personnel entre secteurs, et ce sur l'ensemble du territoire français, ni les moyens « sociaux », au sens où le projet de contribuer à une certaine désaliénation sociale - qui passait par une implantation extrahospitalière et un certain militantisme soignant - a lui aussi été très inégalement pensé et appliqué.

Face à ce constat d'un échec partiel du secteur du à ses propres paradoxes et incohérences, à partir duquel s'est développé le besoin de passage de la psychiatrie à la santé mentale, l'analyse et la question que posent B. Eyraud et L. Velpry quant à l'intégration des principes sectoriels dans la politique de santé mentale actuelle nous semblent pertinents, lorsqu'ils écrivent que le secteur « [...] a d'abord constitué un espoir, puis a suscité une certaine déception avant de devenir le symbole et la spécificité de la réforme de la psychiatrie à la

²¹ Le récent fichier HOPSYWEB décrit dans le décret n° 2018-383 du 23 mai 2018 autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement, a récemment encore ravivé les craintes de confusion de la psychiatrie avec une forme sournoise de contrôle policier de la déviance, en autorisant sous certaines conditions le partage de données personnelles concernant les personnes placées en soins sous consentement. Le décret précise d'ailleurs que l'article 38 de la loi du 6 janvier 1978 stipulant le droit d'opposition au traitement de ses données ne s'applique pas au fichier HOPSYWEB.

française. Pour autant, la référence au secteur a aujourd’hui disparu des nouvelles politiques de santé mentale. Cet effacement du terme qui symbolisait l’innovation interroge : dans quelle mesure traduit-il l’échec ou au contraire la pleine réussite de son institutionnalisation ? ». La réponse à cette question pourrait être : et l’un, et l’autre. Toutefois, compte tenu des années qui séparent l’article que nous venons de citer et l’écriture de notre travail, il est ici nécessaire d’apporter quelques précisions sur la place que tient actuellement le secteur psychiatrique dans l’offre de soins en santé mentale. La référence au secteur comme unité-cadre de l’organisation des soins a effectivement disparu, au profit d’un secteur « partenaire » des autres champs de prises en charge, somatique et médico-social en tête, à l’intérieur de pôles d’activités psychiatriques desservant des territoires pour lesquels est spécifiquement planifiée l’action en santé mentale²². Il a donc doublement changé de statut : en termes de gouvernance tout d’abord, les secteurs ont été regroupés en « pôles d’activité », conformément à la loi n°2009-879 dite « Hôpital, Patients, Santé, Territoires ». Si certains établissements ont adopté une politique interne de « un pôle = un secteur », tous ont dû se plier à une dynamique de contractualisation poussant pôles et établissements à établir les termes d’un accord sur les objectifs et les moyens en vue d’une mission de service au public. Les médecins-psychiatres se sont donc vus, à l’instar de leurs collègues des disciplines somatiques, confier des responsabilités de « chefs de pôle », entérinant une délégation de gestion en leur faveur de la

²² Cette planification par Projet Territorial de Santé Mentale est prévue par l’article 69 de la loi n°2016-41 de modernisation du système de santé : « Art. L. 3221-2.-I.-Un projet territorial de santé mentale, dont l’objet est l’amélioration continue de l’accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture, est élaboré et mis en œuvre à l’initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale à un niveau territorial suffisant pour permettre l’association de l’ensemble des acteurs mentionnés [...] Il tient compte des caractéristiques socio-démographiques de la population, des caractéristiques géographiques des territoires et de l’offre de soins et de services contribuant à la réponse aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiques. En l’absence d’initiative des professionnels, le directeur général de l’agence régionale de santé prend les dispositions nécessaires pour que l’ensemble du territoire de la région bénéficie d’un projet territorial de santé mentale. ».

Texte disponible en ligne à l’adresse suivante : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=JORFARTI000031913265&cidTexte=LEGITEXT00031916187&categorieLien=id>. Consulté le 23 août 2018.

part du directeur, véritable patron de l'organisation. Cette délégation de gestion, qui impose au corps médical de se frotter aux questions managériales, n'entame toutefois pas le pouvoir du directeur, qui a autorité sur la nomination des chefs de pôle (à partir de propositions faites par sa Commission Médicale d'Établissement)²³ et donc sur leur révocation.

S'il a en effet été à risque de totalement disparaître de la planification des soins, le secteur est toutefois resté, grâce à la loi n°2016-41 de modernisation du système de santé, l'un des échelons pertinents de la prise en charge parmi d'autres. La psychiatrie de secteur est aujourd'hui considérée comme une « mission » des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie, à l'intérieur d'une offre de soins spécialisée ou de « second niveau », par complémentarité avec l'offre de premier niveau que représentent notamment les médecins généralistes.

Il est toutefois juste de dire que le secteur a partiellement échoué parce que l'idéologie qui le soutenait était une utopie – celle d'un dispositif concentrant tout ce dont les patients pourraient avoir besoin lors de leur parcours de soins – et que sa réalisation littérale – à savoir concentrer dans un secteur de 70.000 habitants maximum l'ensemble des structures nécessaires pour assurer non seulement la prévention, le soin et la post-cure mais aussi leur réinsertion dans la cité - était économiquement difficile et posait la question éthique de son pouvoir de quadrillage. Certes, la question a été posée à plusieurs reprises de savoir si la nouvelle tentative de reconfiguration des liens entre psychiatrie et société civile que constitue la politique de santé mentale pourrait aboutir à l'englobement de la discipline psychiatrique dans ce champ d'action sanitaire et sociale si vaste qu'il donne l'impression de peiner à garder

²³ « Le directeur nomme les chefs de pôle. [...] Pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique, il nomme les chefs de pôle sur proposition du président de la commission médicale d'établissement, et, dans les centres hospitalo-universitaires, sur proposition conjointe du président de la commission médicale d'établissement et du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou, en cas de pluralité d'unités, du président du comité de coordination de l'enseignement médical. La durée du mandat des chefs de pôle est fixée par décret. Leur mandat peut être renouvelé dans les mêmes conditions. [...] Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle. ». Texte disponible à l'adresse suivante : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI00006691049&dateTexte=&categorieLien=cid>. Consulté le 23 août 2018.

un cap unique. Lise Demailly et Michel Autès affirment par exemple que « la psychiatrie n'est plus une et la politique de santé mentale connaît plusieurs paradigmes » (Demailly & Autès, 2012, p. 11) . Lorsqu'ils parlent des rapports entre psychiatrie et santé mentale, c'est d'ailleurs non en termes de confusion – ce qui avait été l'objet de fortes craintes au début des années 2000 - mais de cercles concentriques :

« la psychiatrie, comme profession, discipline, institution, objet d'une politique publique qui tend à perdre de sa spécificité ; la politique dite de santé mentale, en voie d'institutionnalisation. En termes d'acteurs, elle inclut la psychiatrie publique, le médico-social, les partenaires divers, institutionnels, professionnels et profanes de la psychiatrie publique. En termes d'objet, elle s'étend à l'ensemble du trouble psychique, au-delà des « maladies psychiatriques » (2012, pp. 8–9)

Le constat d'extension de la demande et du domaine d'action de la psychiatrie (ce que Demailly et Autès nomment une « modification de la place du souci de santé dans les modes de vie » (p. 32)) n'est pourtant pas nouveau : Louis le Guillant notait déjà dans les années 60, alors qu'il écrivait régulièrement dans *Le Monde*, un « accroissement de la demande » liée à un phénomène de « psychiatrisation de multiples problèmes personnels, jadis dissimulés derrière le mur de la vie privée » (L. Le Guillant, 1965). Ainsi, pensons-nous, quelque chose d'un héritage implicite du secteur et de la psychothérapie institutionnelle influence certaines récentes recommandations et réalisations attribuées aux politiques de santé mentale les plus innovantes, même si ces dernières ne revendiquent ni n'assument totalement cette parenté. Ceci signifie qu'il est possible d'opérer une déconstruction analytique des prescriptions organisationnelles attribuées à la santé mentale afin d'y dévoiler ce qui, de l'histoire de l'organisation des soins, semble se répéter dans la réaffirmation du lien entre la psychiatrie et la cité – ce qui porte maintenant le nom de « santé mentale dans la communauté » -, dans la valorisation de la citoyenneté des patients et dans la nouvelle tentative de créer des réseaux et des partenariats, alors que le secteur n'était déjà rien de moins qu'un réseau de soins (Mordelet, 1987, p. 115) et que la psychothérapie institutionnelle, qui constitue plus spécifiquement notre objet, était vouée à le doter d'une vie interne en l'organisant de telle

façon qu'il reste, même en tant que dispositif administratif, toujours cliniquement pertinent.

Nous faisons donc l'hypothèse que le paradigme de la santé mentale serait venu s'insérer dans une brèche entre la conception extensive du secteur (unité et continuité des soins entre établissement hospitaliers et institutions de soins ambulatoires intégrées dans la ville) et son degré de réalisation concrète pour s'institutionnaliser et remodeler le dispositif de soins, notamment en repositionnant ses acteurs principaux et en redécoupant ses territoires administratifs de référence. La formulation d'un récent rapport de l'IGAS à ce sujet dit bien l'ambition des politiques publiques en matière d'organisation des soins, entre référence à une histoire française inaliénable et volonté d'avancer vers un dispositif de prise en charge plus global :

« La référence à la circulaire de 1960 est loin d'être dépassée, mais elle ne suffit plus à guider notre trajectoire compte tenu des changements qu'a connus le dispositif psychiatrique et les demandes qui lui sont aujourd'hui adressées. Il ne s'agit pas de refondre une politique publique de soins psychiatriques mais de lui donner un nouvel élan. » (Lopez & Turan-Pelletier, 2017a, p. 8)

Toute la complexité de cette traduction des besoins psychiatriques qu'est la « santé mentale » est précisément de porter en elle, comme le secteur auquel elle aspire à succéder, la contradiction entre une tentative de transformer l'exercice de la psychiatrie par la démocratie sanitaire (plus globalement de mener la politique de sectorisation à son terme en renforçant son implantation dans la Cité), et le pouvoir de coercition indissociable de ce même exercice – le statu quo n'étant pas tant un paradigme qu'une politique du refoulement, lorsque tous les rapports récents concernant l'organisation des soins évoquent les disparités territoriales, le manque de guidance étatique ou la difficulté à réellement insérer les soins dans la communauté.

Un modèle particulier apparaît intéressant, en ce qu'il incarne la convergence des guidelines de l'OMS avec l'histoire de la psychiatrie française et celle des expériences,

imprécisément qualifiées d' « antipsychiatriques »²⁴, de la psychiatrie sociale à l'anglaise (*community psychiatry*) et de l'anti-institutionnalisme basaglien. Il s'agit de la santé mentale dans la communauté (S.M.C.) (Roelandt, 2010), parfois raccourcie en santé mentale communautaire, terme cependant plus utilisé par les chercheurs et praticiens canadiens, dérivant d'une traduction littérale de *community mental health*. Ce paradigme mérite d'être étudié car il se trouve aujourd'hui dans une position politiquement favorable : soutenu par le Centre Collaborateur de l'OMS pour la santé mentale implanté à Lille, il lutte pour les droits des patients, la déstigmatisation, l'ouverture des portes et le non-recours aux mesures coercitives. Basé sur le constat que le passage de la psychiatrie à la santé mentale est en France une « réforme qui n'en finit pas d'aboutir » (Roelandt, 2010, p. 781), son but est d'amener le secteur jusqu'au bout de son concept pour mieux intégrer les réseaux de soins dans la communauté, et ainsi répondre pleinement à une demande sociale plus normalisée et proche du circuit citoyen d'un droit au « bien-être » psychologique, somatique et social.

D. Transformation des relations entre psychiatrie et politique : la santé mentale dans la communauté.

La santé mentale dans la communauté, dans la mesure où il est admis que le champ de la santé mentale dépasse et excède celui de la psychiatrie, tente donc de répondre à deux problèmes classiques de l'histoire de la psychiatrie française post-Seconde Guerre Mondiale : l'hospitalo-centrisme du secteur sanitaire d'une part, et l'hégémonie du pouvoir psychiatrique sur l'accompagnement des patients d'autre part. Le courant S.M.C. croise pour ce faire les contributions de Lucien Bonnafé et de Franco Basaglia de façon, il est vrai, assez neuve : implanter les soins en ville pour mieux raser l'hôpital, créer un réseau de soins pour contrecarrer un pouvoir psychiatrique vécu comme totalitaire et contraire aux droits du

²⁴ Si le terme est attribué au psychiatre David Cooper, qui en fera le titre de son premier ouvrage (1967), celui-ci finira par le récuser. Franco Basaglia, quant à lui, ne se retrouvera pas non plus dans la notion d'antipsychiatrie, et tiendra plutôt à qualifier d' « anti-institutionnelle » son approche démocratique de la psychiatrie (Basaglia, 2007, p. 89).

patient-citoyen. Ceci implique que le secteur psychiatrique renonce à se proposer comme solution unique pour l'accompagnement d'un patient (de type : consultation au CMP, appartement thérapeutique et atelier au CATTP), et qu'il soit partenaire du soin et de l'accompagnement au même titre que les autres services et structures, et pas en position de force. Cette idée d'« être partenaire » au lieu d'« avoir des partenaires » a plusieurs conséquences : elle dépasse l'héritage de l'histoire de la psychiatrie française, en laissant le champ libre à d'autres professionnels que ceux de la discipline psychiatrique la possibilité d'offrir des services de prévention et de post-cure ; elle reprend le clivage entre sanitaire et médico-social pour tenter d'en faire une coordination et une coopération ; en somme, elle traite la question de l'aliénation sociale des malades en tentant de se prémunir des tentations territorialistes et paternalistes de la psychiatrie hospitalière. Le patient devient, plus qu'un objet de soins, un utilisateur de services, un usager qui doit, selon la formule consacrée, se trouver au centre des préoccupations des professionnels²⁵, ou, comme il a été formulé plus récemment, être considéré comme un partenaire de ses soins et de son accompagnement. Sa vie étant multifactorielle au même titre que celle de l'homme ordinaire, un travail en équipe pluriprofessionnelle, et plus largement une coopération au niveau dit « intersectoriel » ou « inter-institutionnel » sont donc nécessaires pour coordonner les réponses proposées à ses besoins : logement, vie sociale et travail.

L'accompagnement global de l'utilisateur doit avoir lieu dans la communauté, partant du principe énoncé comme tel en Italie que la citoyenneté est thérapeutique (Morin, 2005)²⁶. Plus qu'une véritable découverte du pouvoir soignant de l'inclusion sociale, il s'agit là d'une revendication politique. Pour profiter au mieux des effets de la désinstitutionnalisation, comprise comme la sortie des malades des hôpitaux psychiatriques, une attention permanente est donc dévolue à ce que l'utilisateur ne soit pas réinstitutionnalisé dans des

²⁵ Notons que cette formulation fait débat même parmi les associations d'utilisateurs, qui demandent parfois à être dans le réseau plutôt qu'en son centre.

²⁶ L'expression « *cittadinanza terapeutica* » se retrouve d'ailleurs surtout sur des forums italiens et des pages web tenues par des associations d'utilisateurs. Ainsi la page web dédiée à la santé mentale à Trieste, qui publiait un éditorial écrit par un Club d'utilisateurs : http://www.triestesalutementale.it/segnalazioni/editoriali/2007/2007-06-13_club-zyp.htm [consulté le 7 juin 2018].

structures de secteur ou des établissements médico-sociaux, c'est-à-dire rendu à nouveau dépendant de professionnels du soin. L'espace où doit résider l'utilisateur est avant tout son domicile propre, ce qui implique une possibilité de circuler librement dans la ville et d'utiliser, comme les citoyens ordinaires, des dispositifs dits « de droit commun ».

La S.M.C. fonctionne par ailleurs avec le paradigme du « rétablissement » (Amering & Schmolke, 2009; Davidson, L., Rakfeldt, J., 2010; Davidson et al., 2016; Davidson & Roe, 2007; Rosen, 2006; Slade, 2009; Watson, 2012), impliquant le *care*, plutôt que celui plus traditionnel de la guérison, référé au *cure*. Le rétablissement a pour atout principal d'être défini, autant que possible, dans les termes du patient et non par les professionnels qui l'accompagnent. Souvent, le rétablissement est mesuré par la capacité des usagers à créer et maintenir des relations sociales, notamment familiales (qu'il s'agisse de renouer avec sa famille ou d'en fonder une), ainsi qu'à ressentir son utilité sociale, entre autres par la reprise d'un travail. Ce processus pourrait ainsi se résumer aux mots de Freud lorsqu'il parlait de « la récupération [des] facultés d'agir et de jouir de l'existence »²⁷. Il importe bien sûr de varier les méthodes utilisées pour aller dans le sens du rétablissement du patient ou de l'utilisateur²⁸ tout autant que les lieux dans lesquels peut se jouer ce processus à long terme. Ainsi, l'idéal de réadaptation porté par la plupart des thérapies cognitivo-comportementales ou plus largement l'idée d'une « réhabilitation psychosociale » des anciens patients se justifient cliniquement et

²⁷ Nous préférons cette traduction, disponible dans l'ouvrage *De la technique psychanalytique* paru aux PUF (1953), à celle des OCF qui en ôte quelque peu la poésie : « on ne se fixera jamais comme but du traitement autre chose que la guérison pratique du malade, le rétablissement de sa capacité de réalisation et de jouissance » (Freud, 2009a).

²⁸ « Nous assistons donc à une remise en cause des normes de bonne santé, qui ne se réduisent plus à une vision médico-centrée (« pour être en bonne santé il me suffit de bien suivre les conseils de mon médecin, qui sait ce qui est bon pour moi »), mais qui fait la part belle aux constructions profanes sur la santé (« pour être en bonne santé, j'ai recours à ce que j'estime positif pour moi, que la solution soit médicale ou pas : allopathie, homéopathie, soutien social, consommation de toxiques voire prières ») » (Aude Caria, 2007) et dans un article de l'EMC-Psychiatrie titré « Rétablissement et schizophrénie » : « l'éclectisme théorique volontiers prôné dans les services de réhabilitation (intégrant approches psychodynamique, cognitivo-comportementaliste, systémique et rééducative) invite le sujet à se saisir du soin dont il se sent le plus proche et à limiter la perception de la pathologie sous le filtre d'un seul repère théorique » (B. Martin & Franck, 2013, p. 7).

politiquement comme des moyens pour atteindre le meilleur niveau de rétablissement possible, compte tenu de l'évaluation des capacités et des difficultés des usagers.

En santé mentale communautaire, l'utilisateur doit pouvoir effectuer des choix éclairés et informés pour déterminer sans perte de chance ce qui lui convient le mieux. Dans les champs sanitaire et médico-social, l'intérêt de ce paradigme organisationnel est de valoriser la diversité des professionnels sollicités, chacun usant de techniques et de modèles théorico-pratiques différents, et donc la coordination des services (Leblanc, 2006); le soin psychiatrique n'a alors plus le monopole de l'effet « thérapeutique » ou du potentiel de rétablissement. Plus régulièrement que le terme « thérapeutique », c'est le but du rétablissement de l'utilisateur qui est avancé, au travers de la résolution de problèmes pragmatiques liés au fonctionnement quotidien, problèmes auxquels l'utilisateur peut se réadapter au fur et à mesure de son parcours de soins et de vie. Ceci implique un mode d'action privilégié des professionnels de santé ou du champ éducatif doit toujours être celui du travail collectif vers *l'empowerment* de la personne, et situe le respect des droits de l'homme et des droits du patient comme priorité de toute intervention de quelque champ que ce soit. *L'empowerment* est à comprendre comme un processus spécifique de renversement des pouvoirs par rapport au modèle paternaliste qui se répète à plusieurs niveaux de tout accompagnement, autrement dit comme une forme de gestion des pouvoirs dans un système donné et entre groupes sociaux. Provenant de la lutte pour les droits civiques des minorités raciales et des femmes, il peut être considéré, dans le champ de la santé mentale, comme une conséquence de la désinstitutionnalisation (Caria, Arfeuillère, Loubières, Joseph, & Einstein, 2015; Scheid, 1994) et vise, dans les relations interpersonnelles de l'utilisateur avec les professionnels, à diminuer l'inégalité relationnelle basée sur une inégalité supposée des savoirs (selon la relation foucauldienne savoir-pouvoir). S'il peut être promu (Salzer, 1997), *l'empowerment* ne peut en revanche être donné d'un groupe à un autre, mais doit émerger de l'individu ou du groupe lui-même. Derrière *l'empowerment*, on retrouve toujours l'idée d'un développement personnel, de la prise de conscience menant à la participation et du même coup à l'action sociale (Rissel, 1994), dans le but d'être en capacité de choisir et de contrôler sa propre vie (Nelson, Lord, & Ochocka, 2001; Rappaport, 1987)

Dans le modèle S.M.C., le savoir de l'utilisateur doit donc être reconnu dans toute sa différence mais comme ayant la même valeur que celui du professionnel, afin qu'ils puissent

parler d'égal à égal. Mosher et Burti (Mosher & Burti, 1994) résumaient les principes de cette psychiatrie orientée vers la communauté en neuf points-clés :

- « 1- Ne pas nuire.
- 2- Ne pas faire aux autres ce qu'on ne voudrait pas qu'on nous fasse.
- 3- Être flexible et disponible.
- 4- En général, c'est l'utilisateur qui en sait le plus.
- 5- La possibilité de choisir, le droit de refuser, le consentement informé et l'adhésion volontaire sont essentiels pour le fonctionnement d'un programme.
- 6- Colère, dépendance, sexualité et développement des potentialités sont acceptés et prévisibles.
- 7- Chaque fois que cela est possible, les besoins légitimes doivent être satisfaits.
- 8- Courir des risques : si on ne risque pas, on ne réussit jamais.
- 9- Rendre explicites les rapports de pouvoir »

Paul Morin, à qui nous empruntons cette traduction, reconnaissait toutefois que cette somme de principes ne constituait pas « une théorie unificatrice en santé mentale communautaire comme il peut y en avoir pour les tenants du paradigme médical ou de la psychanalyse. » (Morin, 2005, p. 115). Il en déduisait de façon pragmatique qu'il ne fallait pas attendre que ladite théorie unificatrice se manifeste pour acter un certain nombre de principes liés au rétablissement ou à la réintégration des patients... mais à la lecture des principes dégagés par Mosher et Burti, il apparaît de façon flagrante qu'au-delà du changement de nom et de statut qui a lieu dans le passage du patient à l'utilisateur, quelque chose d'important se joue depuis le début des années 2000, dont la psychiatrie citoyenne est l'une des principaux architectes : le savoir du patient est reconnu dans sa légitimité et son utilité thérapeutique, et plus encore dans sa fonction politique de contre-pouvoir.

Pour un clinicien orienté par la psychanalyse, cette nouveauté supposée peut surprendre : elle est en effet fort proche de ce que l'œuvre freudienne et plus largement le mouvement psychanalytique ont pu éclairer du savoir inconscient du patient ou de

l'analysant, exigeant qu'on lui donne la parole et qu'en plus d'être entendue, cette parole soit écoutée pour produire ses effets. On s'étonnera également de l'affirmation selon laquelle la psychiatrie manque d'une théorie unificatrice qui permettrait de mettre ces principes en œuvre, tant la psychothérapie institutionnelle, avec ses jambes politique et psychanalytique, semblait permettre de penser l'ensemble des principes énoncés ci-dessus. Nous prendrons cette direction à partir de notre troisième chapitre afin de déterminer précisément la place que pourrait prendre le corpus de la P.I. dans la clinique des institutions et du dispositif de santé mentale actuel. Pour l'heure, il nous faut éclairer plus précisément encore *l'empowerment* en tant qu'il est un autre des effets du processus de désinstitutionalisation dont il imprime la marque, en se propageant, dans le paysage de la santé mentale française.

E. Aller plus loin que *l'empowerment* : de « nouvelles relations » entre acteurs ?

Tout comme le terme d'institution que nous présenterons ci-dessous, *l'empowerment* désigne toujours deux objets à la fois : un processus par lequel les individus sont amenés à prendre le pouvoir tout d'abord, le résultat de ce même processus ensuite, qui est toujours éminemment dépendant du contexte dans lequel il a lieu, étant entendu que *l'empowerment* ne peut pas se développer sans un mode de gouvernance politique démocratique favorisant la participation et la décision citoyennes (Mendell, 2006). Résumé par Alain Ehrenberg comme des « pratiques consistant à aider les gens à s'aider eux-mêmes » (Ehrenberg, 2014, p. 113), *l'empowerment* est crédité de la capacité à transformer une simple demande de participation et de déstigmatisation des usagers en une véritable prise en compte de leur expérience en matière de qualité des soins.

La principale faiblesse de *l'empowerment* est bien entendu sa polysémie, qui donne lieu à des définitions parfois divergentes, allant de la normalisation sociale à la résistance par l'affirmation de la différence. De ce fait, de nombreux glissements sémantiques, de nombreuses politiques publiques peuvent être justifiés au moyen de *l'empowerment*, tout comme de multiples théories du soin : à la fois celles des « survivants » proclamés de la psychiatrie et remontés contre les laboratoires pharmaceutiques, mais aussi celle des

partisans d'une normalisation maximale des patients au profit de leur intégration sociale et donc de la récupération de leur pouvoir citoyen perdu. Cette polysémie est redoublée par la difficulté de sa traduction en français (Hochart, 2016), dont on pourrait aussi penser qu'elle indique la nécessité non pas de trouver des moyens détournés d'adapter cette grille de lecture au contexte français, mais au contraire d'étudier les réalisations françaises afin de dégager les caractéristiques structurelles des pratiques réellement émancipatrices. Le psychiatre Guy Darcourt réserve dans son article *d'Introduction à la thérapie en psychiatrie pour l'EMC-Psychiatrie* (2014) un paragraphe intéressant à *l'empowerment*, qui souligne tant les difficultés qu'il génère que les multiples usages qui peuvent être faits de son caractère équivoque :

« Le terme d'*empowerment* est difficile à traduire en français. Il a été proposé « développement du pouvoir d'agir », « capacitation », « autonomisation », « responsabilisation », « émancipation » ou « pouvoir-faire ». Le plus satisfaisant serait « pouvoir sur sa propre existence » qui peut être entendu avec deux inflexions possibles et d'ailleurs complémentaires, soit dans le sens de l'autonomisation (amélioration des capacités du sujet), soit dans celui – plus militant – d'émancipation (rejet d'une dépendance). Il met l'accent sur le retour à un statut social de citoyen à part entière. » (p. 3)

L'*empowerment* a donc dû trouver une adaptation singulière en France, où il commence souvent, comme le soulignait Tim Greacen, par des programmes de psychoéducation dont le risque est de pousser de façon paternaliste les patients à faire leur des connaissances extrinsèques sur leurs traitements (Greacen, 2010), par exemple à travers des « entraînements » à *l'empowerment* (Nieminen, Kylmä, Åstedt-kurki, Kulmala, & Kaunonen, 2015), afin que le patient puisse, grâce à son autonomie « par rapport au dispositif mis en place autour de ses troubles [...] se maintenir, avec son plein consentement, dans ce même dispositif. » (Deliot, Caria, & Loubières, 2013, p. 263). Si *l'empowerment* à la française est au cœur de ce qu'Ehrenberg qualifie de nouvel esprit des institutions, tourné vers l'autonomie de la personne, la définition de *l'empowerment* comme étant à la fois une reprise de pouvoir politique et une forme de reprise de pouvoir sur sa propre vie nous semble

toutefois doublement limitée. La première limite se joue, nous semble-t-il, sur le terrain de la clinique du sujet. Comme le notait Lise Demailly, *l'empowerment* amène avec lui l'évaluation de la responsabilité de tout un chacun de son propre rétablissement, bien loin de la responsabilité collective et sociétale tant vis-à-vis de la réintégration des usagers en son sein que de la prévention des troubles de santé mentale, notamment au travail :

« Les luttes des usagers pour leur propre « rétablissement » [...] ont parfois une tonalité ambiguë quant à la responsabilité du malade. Le courant du « rétablissement », très présent sur Internet, insiste sur l'autonomisation volontaire, sur *l'empowerment*, sur le fait que guérir, c'est savoir trouver ses propres ressources, ses propres formes, sa « partie saine », s'appuyer sur elle et que c'est toujours possible. Ce faisant, ils risquent, à l'inverse de ce que signifiait le terme « aliéné », de réendosser la responsabilité de leur éventuel rétablissement, en accord avec les valeurs de la modernité avancée qui voient en tout un chacun un entrepreneur de lui-même et qui dédouanent les structures sociales de la « misère du monde » et le monde du travail des diverses souffrances psychiques qu'il génère. » (Demailly, 2014b, p. 10)

Cette perspective sociologique rencontre de façon à notre sens très éclairante et complémentaire la perspective psychanalytique au sujet de la place à donner à l'individu dans l'analyse d'un problème de santé mentale :

« L'objet de la psychanalyse, redisons-le, n'est pas un individu mais l'ensemble des rapports pulsionnels qui lient un individu à d'autres individus – cette prévalence du rapport, du réseau, étant telle que la notion même d'individu perd de son intérêt » (Florence, 1978)

La clinique des institutions, lorsqu'elle est orientée par la psychanalyse, met ainsi en avant, plus que le pouvoir d'un individu à agir sur sa propre vie, l'importance de ses rapports

aux autres et du réseau dans lequel il est pris - importance qui justifie que le réseau fasse, autant que le patient, l'objet d'un intérêt et d'un effort thérapeutique.

La deuxième limite de *l'empowerment*, repérée par l'entrepreneur Frédéric Laloux (Laloux, 2017) est ce qu'il appelle sa « douloureuse ironie » (p. 137) : ce processus ne peut plaider que pour le don ou le passage de pouvoir de ceux qui décident à ceux qui ne décident pas, et ne permet donc pas de sortir radicalement des rapports de pouvoir, de la dialectique dominant-dominé (Hochart, 2016)²⁹. Tout au plus les processus d'*empowerment* servent-ils alors de mécanisme compensatoire face à une situation d'inégalité, sans pourtant garantir l'éradication des pratiques aliénantes, dépendant de qui est mis en position de rendre une partie du pouvoir dérobé : les médecins avec la décision médicale partagée, les administrateurs d'établissements avec les commissions intégrant des usagers – ceux-ci étant néanmoins bien loin d'accepter que leur pouvoir de gestion des organisations de soins soit remis en cause de la même façon qu'a pu l'être le pouvoir médical. Comme le soulignait Jean-Luc Prades, « il y a une certaine naïveté à s'étonner que dans une société stratifiée, très inégalitaire, la tendance « naturelle » et spontanée à l'accroissement du pouvoir d'agir des plus pauvres et vulnérables ne se développe pas » (2015, p. 8), puisque *l'empowerment* peut facilement être utilisé dans un but de validation de politiques technocratiques, et n'être alors pas en position de lancer le changement, mais simplement de le cautionner.

Ainsi, s'il est vrai que *l'empowerment* des usagers peut améliorer la créativité et l'agilité du système de soins en santé mentale par la mise en place de solutions innovantes basées sur les retours des usagers alors mis au centre de l'action publique (Salzer, 1997), ces mêmes usagers risquent toujours d'être instrumentalisés afin de réduire le pouvoir de revendication des professionnels du champ concerné (Demailly, 2013), et ce alors même que ses théoriciens outre-Atlantique soulignent toujours que ce mouvement nécessite un changement de paradigme social et la prise de conscience que le terme même de « santé

²⁹ Ainsi Sylvain d'Auteuil, usager de l'association canadienne Les porte-voix interpellait-il l'audience lors d'un colloque sur l'*empowerment* : « Je lance la question à savoir si vous êtes prêts au plein sens du mot citoyenneté [...] c'est-à-dire est-ce qu'on est prêt à recevoir, admettre, entendre et prendre ce pouvoir plutôt que d'attendre que cette place vienne à nous et qu'on nous la laisse ? » (« Autonomisation et empowerment. Agir autrement. », 2014, p. 93)

mentale » est une construction sociale (Nelson et al., 2001, p. 126). Pour reprendre les mots de Claude Deutsch (2015, p. 11), « *l'empowerment* est un geste d'émancipation collective, et ne peut être compris que comme tel ».

L'empowerment est une notion culturellement située, en tant que ce concept est devenu l'objet, dans les années 80, de la psychologie communautaire de Julian Rappaport. Contrairement au terme d'usager, *l'empowerment* n'est donc pas ancré dans une réflexion philosophique et éthique de racine grecque ou latine : il est profondément lié aux valeurs américaines (Rappaport, 1987; Swift & Levin, 1987), ce qui souligne l'une de ses limites, à savoir sa transférabilité interculturelle.

Le terme d'*empowerment* peut par conséquent et grâce à sa polysémie être utilisé comme une façon d'évincer les questions que pose la folie, en soutenant que la clinique psychiatrique elle-même est paternaliste dans son refus de reconnaître que les catégories qu'elle crée ne sont pas des vérités absolues, mais aussi de cacher les interrogations que soulève la gestion purement administrative, très hiérarchique et très peu collective de beaucoup d'établissements, petits ou grands, sanitaires ou médico-sociaux.. pensant un rapport de complémentarité et de collaboration entre celui qui propose le service et celui qui l'utilise, mais dans des revendications politiques qui n'ont de choix que de diviser la société en camps adverses pour récupérer du pouvoir là où il a été précédemment aliéné. Plutôt que d'appliquer la notion de conscience de classe au champ de la santé mentale (Swift & Levin, 1987), nous soutenons que la dynamique de génération de nouvelles relations entre acteurs (Bacqué & Biewener, 2015; Salzer, 1997) apporte plus au problème qui nous occupe que celle d'*empowerment* tel qu'il a été défini dans le système de santé mentale français, dans la mesure où ces relations ne sont pas d'emblée définies en termes de rapports de pouvoir mais en termes de rapport personnels, tenant compte de la singularité des acteurs en présence et restituant ainsi au patient son statut de sujet, sans pour autant nier son rôle politique.

De ce point de vue, l'idée de considérer l'usager comme un partenaire dans ses propres soins paraît plus à même de refléter la complexité des pratiques en santé mentale, au profit d'une « imagination participative » (Prades, 2015) qui intègre les professionnels à la notion du collectif à émanciper et moins d'un empowerment relevant d'une bataille entre catégories sociales : usagers et professionnels, usagers et administrateurs, usagers et tissu social. En

affirmant que les professionnels manœuvrent collectivement dans un sens qui ne peut être donné que par le patient ou l'utilisateur lui-même (ce sens étant inscrit dans son « projet ») au risque de retomber dans le paternalisme, l'expression a l'avantage de faire coexister perspectives clinique et politique, ce qui semble bien plus difficile lorsque la seule perspective de *l'empowerment* est celle du dégagement de l'emprise des professionnels du soin, dont l'action serait, par défaut et par définition, toujours un acte de pouvoir (Deliot et al., 2013). Comme le disait Alfredo Zenoni (2009), lorsque l'on met le sujet en place de dire son projet, « l'institution où il va trouver toutes ces choses – assistance, occupations, hébergement, vie collective, médication, etc. – se trouve du même coup déportée du côté de l'instrument, de l'objet dont le sujet va se servir, plutôt que du côté d'un Autre qui se sert de ses instruments pour modifier le sujet » (p. 51). La dialectique de l'usage et de l'instrument nous paraît bien plus porteuse que celle de *l'empowerment*, car il n'y est pas question de délégation de pouvoir d'une catégorie à l'autre, mais d'une vision collective et transversale de la vie institutionnelle des établissements - étant entendu que patients et soignants, usagers et professionnels, y contribuent de manière égale quoique différenciée. Pour que les établissements puissent s'adapter à leurs usagers et non l'inverse, il est nécessaire de comprendre tant le fonctionnement psychique et social de chacun d'entre eux que la dynamique institutionnelle, car ce sont ces fonctionnements qui montreront la voie dans laquelle doit s'engager le travail collectif vers la désaliénation de l'institution et le rétablissement de chaque sujet singulier. Une fois posés ces principes de fonctionnement, un problème reste toutefois entier : que reste-t-il à désaliéner dans un système où l'on récuse le terme même d'institution ?

III. Contexte historico-politique. Malentendu et discorde, le tournant de la « désinstitutionnalisation »

« Quant au nouveau courant qui se veut à l'abri de l'aliénation sociale en procédant à la « désinstitutionnalisation », et qui à la naïveté de croire qu'une structure intermédiaire n'est pas une institution, il n'aura pas à se préoccuper de l'articulation entre le fait psychothérapeutique et la réalité institutionnelle puisque celle-ci aura magiquement disparu » (Ayme, 1983, p. 412)

C'est au psychiatre Jean Garrabé, ancien interne d'Hélène Chaigneau et lui-même très impliqué dans le mouvement de psychothérapie institutionnelle, que nous devons l'éclairage des racines de la désinstitutionnalisation à l'américaine :

« Ainsi le mouvement de désinstitutionnalisation qui s'est propagé en France [...] me paraît justifié avant tout par une découverte clinique, celle de « l'institutionnalisme » dans les psychoses schizophréniques par KJ Wing et GW Brown en 1970. On sait que les auteurs ont montré que le séjour prolongé dans une institution sans activité stimulante, de malades souffrant de psychoses schizophréniques, entraîne l'apparition de perturbations constituant un handicap secondaire s'ajoutait au handicap primaire de la maladie. Mais on oublie qu'ils ont constaté que cet « institutionnalisme » pouvait apparaître dans n'importe quelle institution, non seulement l'hôpital temps plein, mais aussi l'hôpital de jour, le foyer ou l'appartement protégé, ou dans la famille même du malade s'il n'y trouve pas cette stimulation. C'est dire que désinstitutionnaliser consiste non pas à externer plus ou moins arbitrairement les schizophrènes mais à mettre à leur disposition où qu'ils se trouvent les thérapies actives convenables. Ceci devrait bouleverser certaines idées reçues [...] » (Garrabé, 1983, p. 617)

Comme nous l'avons souligné dans notre développement sur les réunions de service, au début des années 1950, de nombreux anglo-saxons se sont penchés sur les liens entre ambiance des services et conditions de vie des malades et manifestations symptomatiques. Si l'étude des sociologues américains Stanton et Schwartz (1954) sur la clinique de Chesnut Lodge a connu une certaine diffusion notamment dans les différents courants des thérapies institutionnelles françaises, ils n'étaient pas les seuls à constater que les relations entre les soignants, en tant qu'elles déterminent le degré de communication interne et donc de cohérence de l'équipe, constituaient un facteur d'amélioration ou au contraire d'aggravation de l'état clinique des patients. On argumentera que cette conclusion, en tant qu'elle a permis à la psychiatrie d'être pionnière en matière de travail d'équipe et de réunion professionnelles, a permis de faire avancer la discipline, ce qui est vrai ; mais le portrait de cette époque des études portant sur la psychiatrie ne serait pas complet si l'on ne déplie pas ce à quoi il a ensuite donné naissance, à savoir les études sur l' « institutionnalisme ».

A. La désinstitutionnalisation, fille de « l'institutionnalisme »

En 1962, un psychiatre britannique féru de psychiatrie sociale, John Wing, écrivait un article fondateur au sujet de l'état gravement dégradé des patients dits « chroniques » dans certains services d'hospitalisation. Le syndrome d' « institutionnalisme » que présentaient ces patients, mêlant apathie, résignation, dépendance et dépersonnalisation du fait d'une « incarcération prolongée dans des communautés ségréguées » (p. 38), était compris comme le résultat d'une soumission à des pressions institutionnelles – la référence aux travaux du sociologue Erving Goffman (1961) sur l'asile comme institution totale était là assumée. Le lien entre séjour à l'hôpital et syndrome d'institutionnalisme a souvent, à partir des travaux de Wing, été compris comme une relation de causalité inévitable dont l'hôpital, en tant qu'organisation maltraitante, était responsable. Wing lui-même tempérait pourtant dans ce même article la conclusion qu'une lecture trop rapide de son travail aurait pu amener son lecteur à soutenir :

« La conception classique, selon laquelle l' « état final » observé chez les schizophrènes longtemps hospitalisés est une conséquence inévitable de la détérioration propre à la maladie, n'a probablement jamais véritablement été soutenue par quelque psychiatre que ce soit. Elle a néanmoins pour partie déterminé une majorité de la réflexion clinique à ce sujet. La conception opposée, tout aussi extrême, selon laquelle cet état final dépend seulement de l'environnement social, n'a probablement jamais été soutenue par quelque sociologue que ce soit, même si certains ont paru s'approcher d'une telle position »³⁰ (1962, p. 41, traduction libre)

Le terme d'institutionnalisme n'a pas pris en langue française, car de nombreuses études, comme la thèse de Philippe Paumelle - ou plus largement tous les retours d'expériences des promoteurs du secteur et de la P.I. racontant comment l'ambiance des services avait changé bien avant l'introduction du Largactil - indiquaient une réflexion déjà bien engagée au sujet des effets des longs séjours à l'hôpital sur le devenir des patients. Les études et prises de position portant sur le rôle prépondérant de l'ambiance par rapport au traitement avaient d'ailleurs également connu un certain essor dans les pays anglo-saxons à la faveur des travaux de Wing et Brown (Rollin, 1971), dont le livre sur l'institutionnalisme sorti en 1970 allait lancer toute une série de recherches orientées par une conception très sociale de la psychiatrie.

Ainsi, là où les anglo-saxons portaient leur attention sur l'institutionnalisme, c'est-à-dire une forme de lien presque direct de la chronicité avec le dispositif institutionnel, les français appuyaient sur la question du *temps* passé dans ces établissements comme facteur principal de la sédimentation des malades. La différence terminologique dit quelque chose des

³⁰ "The classical view, that the familiar ' end-state ' seen in long-hospitalized schizophrenics is an inevitable consequence of the deterioration inherent in the disease, has probably never been held, in pure form, by any psychiatrist. Nevertheless, it has in part determined a good deal of clinical thinking on the subject. The opposite, equally extreme view, that the end-state is solely dependent on the social environment, has probably never been held by any sociologist, though some have seemed to approach such a position"

conclusions qui seront tirées du constat clinique selon lequel les patients trop longtemps hospitalisés présentaient des symptômes surnuméraires : la réforme française se concentrera sur la réduction des durées d'hospitalisation et la fragmentation du dispositif de soins dans la ville afin de pallier la chronicité et l'inertie des malades ; la réforme américaine préférera débiter par l'extraction des patients d'un milieu à l'influence néfaste. Si les termes désignant le constat clinique – *institutionalism* d'un côté, « chronicité » de l'autre – ne se sont jamais vraiment rencontrés, il en est allé autrement des termes désignant la solution apportée – désinstitutionnalisation d'un côté, désaliénation de l'autre.

En effet, plusieurs auteurs des réformes psychiatriques en Europe étaient dans les années 70 arrivés à la même conclusion : l'aliénation que subissent les patients n'est pas seulement le fait de l'espace circonscrit qui serait dévolu au traitement de leur déviance ; l'enjeu réel de l'aliénation sociale est à chercher dans la vie psychique et institutionnelle qui fleurit entre les murs de l'établissement, toujours potentiellement réductrice et libératrice, inerte et créative. Ce qui doit retenir notre attention, derrière l'illusion de la responsabilité des murs, c'est le cadre de pensée normativant, potentiellement discriminant, collé à la demande de la société que beaucoup de soignants, d'équipes et de collectifs portent en eux sans en avoir conscience. Voici ce qu'occulte une lecture purement foucauldienne ou basaglienne de tout système de soin : de nombreux processus psychiques et représentations inconscients échappent pour partie ou totalement à la bonne volonté de ceux qui travaillent au mieux-être de leurs patients. Ainsi seulement peut-on comprendre la phrase du psychologue Jean-Olivier Majastre, qui dès 1970, après plusieurs années passées à tenter d'initier un changement de mentalités dans l'hôpital psychiatrique où il travaillait, prévenait son lecteur :

« La ruse de l'asile, c'est de nous faire croire qu'il existe en un lieu appelé hôpital psychiatrique. L'asile est au-dehors, comme au-dedans ; avec des gens, à l'intérieur et au dehors, aussi aveuglés par ce qu'ils sont, aussi empêtrés par ce qu'ils font » (Majastre, 1972, p. 11)

David Cooper en arrivait à la même conclusion dans son livre *Psychiatrie et antipsychiatrie* :

« Je ne pense pas que la solution tienne simplement dans une séparation géographique d'avec l'environnement hospitalier plus traditionnel – en fait, ce n'est absolument pas l'essentiel. Ce dont nous avons besoin toutefois, c'est d'un degré d'indépendance suffisant » (Cooper, 1970, p. 161)

L'idée que l'asile n'est pas un lieu mais un état d'esprit ou une forme de description de soins maltraitants, et qu'ainsi il puisse se trouver dans les murs des hôpitaux tout comme au dehors, a été évoquée en 2001 par John Wing, alors professeur émérite de psychiatrie sociale. Dans un article reprenant trente ans plus tard la thèse soutenue dans son livre co-écrit avec G.W. Brown, *Institutionalism and schizophrenia* (J. K Wing & Brown, 2009), Wing écrivait :

« Qu'un syndrome d'institutionnalisme puisse apparaître dans des communautés relativement fermées autres que des hôpitaux psychiatriques est évident dans de nombreuses nouvelles et mémoires [...] Il devrait également être reconnu que lorsque les déficiences sont sévères et incorrigibles, l'acceptation d'un environnement suffisamment protégé est peut-être inévitable et bénéfique. La question est de savoir si le processus est forcé ou consenti. [...] L'extinction presque totale des grands hôpitaux psychiatriques tendrait à suggérer qu'il n'y a plus de danger de trouver le même degré de sévérité dans les services médicaux ou sociaux actuels qu'à Severalls [un hôpital britannique] en 1960. Cela ne peut pas être pris pour acquis » (2010, p. 9, traduction libre)³¹

³¹ That a syndrome of 'institutionalism' can occur in relatively closed communities other than mental hospitals is apparent from numerous novels and memoirs. [...] It should also be acknowledged that, where impairments are severe and incorrigible, acceptance of an appropriately protected environment may be inevitable and beneficial. The question is whether the process is enforced or embraced. [...] The rundown to virtual extinction of the large

S'il nous est nécessaire de passer par une rapide définition de ce qui a été reconnu, suite à l'article princeps de Wing, comme le phénomène de l'institutionnalisme, c'est parce que celui-ci est devenu dans le monde anglo-saxon indissociable d'un mouvement qui a eu, dans les termes et dans les faits, un impact bien plus grand : celui de la désinstitutionalisation. Celle-ci, en effet, a trouvé à s'importer en France sans pour autant que soit explicités l'histoire et le champ lexical qui lui avaient donné naissance. Cet import terminologique a donné lieu à une situation nouvelle dans le système français qu'a bien résumé Jean Garrabé :

« L'étude des effets néfastes sur l'évolution des psychoses schizophréniques du séjour prolongé dans les hôpitaux psychiatriques peu stimulants, ce que les anglais ont dénommé « institutionalism » (J.K. Wing et G. W. Brown) a donné naissance au mouvement dit de désinstitutionalisation dont le succès a été foudroyant d'abord aux Etats-Unis puis en France. Ce mouvement repose à notre sens sur un malentendu qui est que ce contre quoi il faut lutter c'est contre l' « institutionalism » c'est-à-dire les effets néfastes de l'emploi inadéquat des institutions et non contre les institutions elles-mêmes. Lutter contre l'hospitalisme ne consiste pas à détruire l'hôpital [...] les auteurs qui ont décrit l' « institutionalism » ont démontré qu'il apparaît aussi chez des malades traités ailleurs qu'à l'hôpital psychiatrique, dans des hôpitaux de jour par exemple voire dans leur famille [...] » (*Psychiatrie et société*, 1981)

Pour comprendre le rejet de la psychothérapie institutionnelle dans les archives de l'histoire au motif qu'elle ne peut être qu'hospitalo-centrée, nous devons ainsi nous pencher sur le malentendu qui recouvre l'application du terme « désinstitutionalisation » au système de santé mentale français.

mental hospitals might suggest that there is no longer a danger that the degree of severity found at Severalls in 1960 would be found in any of the current medical or social services. That cannot be taken for granted.

B. Un terme polysémique et ambigu.

Comme le notait Danielle Laberge (Laberge, 1988), la désinstitutionalisation produit le même effet qu'un test projectif : chacun y trouve ce qu'il y voit. On en perçoit en effet toute l'ambiguïté dans la définition proposée par un psychologue canadien, Yves Lecomte :

« la désinstitutionalisation est une politique d'humanisation des soins dispensés à des personnes souffrant de troubles mentaux chroniques, qui consiste à réintégrer dans la collectivité les patients psychiatriques déjà hospitalisés et à maintenir dans leur environnement naturel les autres citoyens atteints de problèmes mentaux. La désinstitutionalisation n'est pas un mode de traitement, mais une politique de la société destinée à assurer un traitement humain et équitable à l'ensemble des citoyens dans leur milieu de vie. » (1988, p. 34)

Sa définition pourrait en effet correspondre tant à la psychothérapie collective au sortir de la Seconde Guerre mondiale en France et sa tentative d'humaniser l'asile, qu'à la réintégration des patients dans leur milieu chère à Bonnafé, à l'idée d'une politique de la société qui résonne avec les écrits de Franco Basaglia ou encore à une promotion du traitement dans le milieu de vie, qui convoque la notion de vie quotidienne chère à la psychothérapie institutionnelle. En réalité, comme le soulignait le sociologue Nicolas Henckes dans un article sur le sujet (Henckes, 2011), si l'étiquette de la « désinstitutionalisation » peut être utilisée pour décrire les processus de transformation des systèmes de santé mentale en Europe dans la seconde moitié du vingtième siècle, elle est à elle seule un concept insuffisant pour rendre compte des changements sociaux et des spécificités nationales à l'œuvre dans les pays occidentaux qui se sont embarqués, après-guerre, dans des processus de réforme de leur dispositif de soins et d'assistance aux malades mentaux.

La « désinstitutionalisation », autrement dit le fait de faire sortir un certain nombre de patients pour les rendre à leur communauté, est en effet dans le même temps un phénomène caractérisé dans de nombreux pays occidentaux par des bases structurales similaires et des particularités locales et historiques qui rendent ces processus irréductibles les uns aux autres.

A ce titre, l'histoire de la psychiatrie et de l'humanisation des soins dans les pays occidentaux et développés pourrait ressembler à l'histoire d'inventions comme le cinéma ou l'avion : à la même époque, et sans que l'on puisse avec une totale certitude dire qu'ils avaient eu vent de leurs avancées scientifiques respectives, plusieurs acteurs majeurs ont tenté différentes expériences qui ont amené à l'établissement d'un socle de connaissances empiriques solides, sans pour autant qu'à ce socle puisse être attribué une paternité unique.

L'OMS indiquait encore récemment (*Innovation in deinstitutionalization: a WHO expert survey, 2014*) qu'il existait plusieurs chemins possibles vers le soin dans la communauté, impliquant de nombreux partenaires et la cité dans son ensemble. Ces processus requéraient quoiqu'il en soit toujours une volonté politique globale, qui a pourtant manqué au départ dans plusieurs pays occidentaux, notamment aux Etats-Unis, en France et en Angleterre, où les dispositifs de santé mentale ont essaimé de façon très décentralisée, occasionnant de nombreuses inégalités que ces systèmes tentent encore aujourd'hui de corriger (Dobransky, 2014; Lopez & Turan-Pelletier, 2017a).

C. Les désinstitutionnalisations : des mouvements cycliques et coordonnés dans le monde occidental.

Les processus de désinstitutionalisation des patients psychiatriques dans le monde occidental ont connu, tant en France qu'outre-Manche et outre-Atlantique, plusieurs vagues ou générations. La première vague a vu sortir des asiles des patients relativement stabilisés et chronicisés par les établissements hospitaliers, mais a été un échec partiel dans l'ensemble des pays qui l'ont tentée à partir de la fin des années 50 : du point de vue sanitaire tout d'abord, car ces patients ne trouvaient pas nécessairement dans la communauté les ressources dont ils avaient besoin (centres de soins, accueil et soutien de la part de leurs concitoyens)(Mills & Cummins, 1981), et d'un point de vue politique ensuite, car cette frange de patients à qui était offerte la possibilité de sortie ne réglait pas les questions soulevées par les patients moins stabilisés et plus difficiles, qui regonflaient alors les chiffres des hospitalisations et de l'occupation des lits du fait du phénomène de la porte tournante (Mills & Cummins, 1981; Rogers & Pilgrim, 2005; Taylor Salisbury, Killaspy, & King, 2016). C'est plutôt

la 2^e vague, celle des années 70, qui a vu un véritable changement dans les pratiques, tant aux Etats-Unis qu'au Québec ou en France, avec toutefois toujours d'insuffisantes ressources dans la communauté, qui n'avait par ailleurs pas été préparée au retour et à la réintégration des patients exilés en son sein (Carpentier, 2001; Doré, 1987; Fakhoury & Priebe, 2007; Krieg, 2001; Poulin & Massé, 1994).

Les explications données à ce processus de sortie des patients des asiles tournent toujours autour de quelques thèmes principaux : l'essor des psychotropes, la rationalité économique et l'évolution idéologique d'une chronicité désignée à la possibilité d'un ailleurs de l'asile (Eisenberg & Guttmacher, 2010; Rogers & Pilgrim, 2005). La révolution pharmacologique est souvent la première citée – quoique de nombreux psychiatres français réfuteront son caractère causal, au profit d'un changement d'ambiance dans les services -, mais de nombreux auteurs questionnent la place centrale qui lui est souvent accordée, soit du fait d'un manque de données probantes (Cohen & Galea, 2011) soit au motif que le changement de pharmacopée n'aurait pas pu, à lui seul, inspirer une nouvelle politique publique, même s'il y a indéniablement contribué (Durham, 1989; Rogers & Pilgrim, 2005). L'aubaine que représentait la possibilité de juguler les dépenses de santé en faisant sortir les patients des hôpitaux est également mis en avant, soutenu par l'affirmation que le soin extra-hospitalier, puisqu'il requiert moins de présente soignante, était moins coûteux (Borus, 1981; Krieg, 2001) ainsi que le tournant, poussé par la révolution pharmacologique, des patients en séjour de longue durée vers la gestion de crise. Les études qui se sont penchées sur le ressenti des usagers quant aux dispositifs de soins en santé mentale montrent que ceux-ci considèrent la liberté donnée par la sortie de l'hôpital comme un bénéfice (Chow & Priebe, 2013; Taylor Salisbury et al., 2016), même si cette sortie de l'hôpital est sans effet direct sur l'intensité des symptômes et qu'elle se fait toujours au détriment des plus fortement malades, qui ne trouveront pas nécessairement dans la communauté les soins intensifs dont ils auraient besoin (Ailam, Rchidi, Tortelli, & Skurnik, 2009).

Ainsi la trajectoire du mouvement dit de « désinstitutionnalisation » dans les pays anglo-saxons ressemble-t-elle beaucoup à la trajectoire du secteur en France : des théories fortes entre les années 50 et 70 avec peu de retombées concrètes, une accélération du processus au cours des années 70, un bilan décevant et très médiatisé dans les années 80 du fait du manque de moyens alloués à l'extérieur des hôpitaux et d'une répartition encore trop hospitalo-

centrée tant des crédits que des efforts. La principale leçon des désinstitutionnalisations pratiquées dans les pays développés d'Occident consiste en la démonstration que penser à vider les asiles n'implique pas automatiquement de réflexion complémentaire au sujet des lieux dont la fréquentation se verra augmenter (logements à loyer modéré, structures de réinsertion sociale) avec l'arrivée de malades fraîchement sortis des asiles, sans pour autant être sortis du mode de vie asilaire.

En somme, repérer les axes structuraux du processus que l'on a appelé en certains endroits du globe « désinstitutionalisation » afin de les comparer à la politique de secteur française permet d'éviter un ethnocentrisme assez caractéristique de la discipline psychiatrique, en fonction duquel les français jugent souvent sévèrement la désinstitutionalisation intervenue outre-Atlantique comme ayant généré plus de SDF que de véritables traitements, tandis que le monde anglo-saxon toise la France au motif qu'elle se serait arrêtée en plein milieu de son processus d'humanisation des soins, voire que le secteur dans sa formule était trop hospitalo-centrée pour réellement mériter le label de désinstitutionalisation. De la même façon que l'on a pu parler d'un secteur inachevé voire impossible (Fourquet & Murard, 1975), et même si en France, le terme de déshospitalisation semble mieux correspondre à la réalité des faits que le terme de désinstitutionalisation (Coldefy, 2010), le mouvement désinstitutionaliste aux Etats-Unis n'est lui non plus jamais devenu une réalité complètement efficace du fait du manque de structures externes pour accueillir décemment les usagers (Watson, 2012).

Plusieurs auteurs de disciplines différentes s'accordent cependant pour dire que le mouvement de désinstitutionalisation a pris une forme spécifique en France (Coldefy, 2010; Eyraud & Velpry, 2014; Laugier, Toliou, & Kapsambelis, 2012), dont nous devons donc tracer rapidement les contours. La géographe Magali Coldefy donnait, dans sa thèse de doctorat, une définition intéressante de cette spécificité :

« En France, le processus de désinstitutionalisation diffère en effet du processus observé dans les autres pays [...] Tout d'abord, le terme de désinstitutionalisation est peu employé en France. On parle de « sectorisation » se référant ainsi à la politique de secteur mise en place en 1960, certains parlent de

« déshospitalisation » [...] qui semble être une traduction plus correcte du terme anglais « deinstitutionalisation » qui se réfère à l'établissement et non à l'institution dans son ensemble. Cette nuance a en partie son origine dans le mouvement de psychothérapie institutionnelle qui s'est développé en France après la seconde guerre mondiale et la prise de conscience d'une partie de la profession médicale et des soignants qu'ils agissaient avec leurs patients comme les gardiens avec les prisonniers des camps de concentration. L'idée était alors non pas de supprimer l'institution mais de la soigner de l'intérieur, de la modifier, en utilisant toutes les structures existantes pour prendre en charge le malade [...] » (Coldefy, 2010, pp. 153–154)

Benoît Eyraud et Livia Velpry ont quelques années plus tard proposé des coordonnées politiques de cette désinstitutionalisation dite « à la française » :

« En contraste avec les évolutions dans d'autres pays européens ou américains, les acteurs de la psychiatrie française se sont fortement impliqués dans la dynamique de réforme au lendemain de la seconde guerre mondiale et ont été les artisans d'une politique, la sectorisation, qui visait à répondre aux critiques de l'asile par le redéploiement de la thérapeutique psychiatrique en dehors des murs et des règles juridiques spécifiques encadrant l'hospitalisation. » (Eyraud & Velpry, 2014, p. 221)

Que la désinstitutionalisation à la française soit désignée par le vocable de psychothérapie institutionnelle ou de psychiatrie de secteur, il est en tout cas certain que l'histoire française a été guidée par la complémentarité de ces deux courants, dont Lucien Bonnafé s'était en son temps fait l'avocat (Bonnafé, 1991). Au-delà d'un mouvement radical de fermeture des asiles comme en Italie ou de restitution des patients à leur communauté comme dans le monde anglo-saxon, l'ensemble des chercheurs ayant travaillé sur l'organisation des soins en santé mentale s'accorde à dire que la France a trouvé une voie pour

l'humanisation du traitement des malades qui était la sienne, entre soin à apporter aux institutions et réseau de soins dans la cité.

D. Virage ambulatoire ou « asile virtuel » ?

Le virage ambulatoire, s'il est certes souhaitable pour rapprocher les patients de chez eux dans la mesure où de nombreux hôpitaux psychiatriques français se trouvent encore à la périphérie des agglomérations, n'a pourtant pas résolu tous les problèmes relationnels que posait l'asile. L'assimilation de l'institution à l'asile ou à l'hôpital avait motivé les antipsychiatres à sortir de ces établissements pour aller vers la communauté, en postulant au peuple et à la démocratie un pouvoir soignant (Bonnafé, 1977), mais les théories d'orientation antipsychiatriques ou inspirées de travaux anglo-saxons – telle la santé mentale communautaire, que nous avons présentée plus haut - semblent toutes atteindre un point aveugle dans l'organisation des soins telle qu'elle est actuellement : si l'aliénation sociale n'était portée que par les murs de l'asile, comment expliquer que certains secteurs soient devenus chroniques, voire asilaires à leur tour ? Lucien Bonnafé écrivait déjà ces lignes en 1977 :

« Comme le programme d'une psychiatrie se développant en rupture avec le confinement des lieux d'exclusion a pris le nom de « psychiatrie de secteur », une angoisse intense et légitime saisit ceux qui ont à faire face à la mise en œuvre d'une telle psychiatrie. Devant le fait qu'en masse c'est à l'enseigne de la « psychiatrie de secteur » que s'est produite l'exportation hors les murs de l'asile des modèles mentaux fabriqués dans et par l'asile en tant que celui-ci met en œuvre les mécanismes de la société dont il est rouage, on parle d' « alternative à la psychiatrie de secteur » » (1977, p. 229)

De la même manière, comment expliquer que le secteur médico-social ne soit pas à l'abri du paternalisme qui semblait pourtant être l'apanage de la discipline psychiatrique ? Comment comprendre que la déstigmatisation soit aussi difficile, ou que les grandes

campagnes de communication n'aient pas d'effet réel sur la population (Clement et al., 2013; Haut Conseil de la santé publique, 2011) ? Vouloir supprimer les établissements désignés comme « institutions », parler de désinstitutionalisation pour parler de la sortie des malades des hôpitaux (comme le font bon nombre d'articles sociologiques anglo-saxons), reviendrait finalement à empêcher les cliniciens de se réapproprier ce terme sous prétexte, puisque l'institution est synonyme de l'asile, d'être accusés de promouvoir des pratiques d'un autre âge. Là encore, la relecture d'auteurs historiques nous permet d'avancer sur une sorte de troisième voie entre hospitalo-centrisme et désinstitutionalisation, celle de l'attention portée aux relations dans les soins. Bonnafé semblait dans ses derniers écrits se faire le défenseur de cette troisième voie, lorsqu'il relatait l'histoire de ce qu'il avait appelé le désaliénisme :

« il fut effectivement celui qui, par sa dimension méthodologique, inspira la paire d'innovations dont idées et langage reçus ne sont pas faits pour la comprendre et la dire. Il faut répéter : à la fois déplacement de la responsabilité enfermée dans la gestion des lieux d'exclusion vers les ensembles habités ou fonctionnent les rejets, et formation des personnels des services en praticiens expérimentés de science et art de l'écoute et de l'écho » (in J.-P. Arveiller, 2002, p. 51).

Changement de lieu donc, mais aussi changement de style : ainsi Bonnafé nous indiquait-il qu'une démarche consistant à modifier les coordonnées pratiques sans toucher aux coordonnées relationnelles de l'asile n'était pas envisageable. Cette analyse trouve des échos dans la littérature internationale récente, qui pointe les forces mais aussi les faiblesses du modèle du soin dans la communauté supposément libérée du poids aliénatoire des structures hospitalières. Plusieurs études soulèvent le problème d'un retour de l'asile sous des formes non-hospitalières, l'institutionnalisation prenant alors, notamment pour les anglo-saxons, un sens de moins en moins géographique et de plus en plus synonyme d'une l'aliénation des patients dans un paternalisme attendant des usagers des réponses adaptées au système de soins, auquel seul pourrait efficacement répondre un changement de culture clinique (Chow & Priebe, 2013; Rosen, Gurr, Fanning, & Owen, 2012). La capacité de la communauté à participer à la thérapeutique (raisonnement qui ressemble fort à la notion

bonnaféenne de « pouvoir soignant du peuple ») doit faire l'objet d'un travail en amont, sans quoi la communauté elle-même s'avèrera représenter l'une des plus grandes difficultés du processus de réintégration des patients, du fait de « stigmates qui ne semblent pas près de disparaître » (Poulin & Massé, 1994, p. 176).

La désinstitutionalisation et son corollaire, la réintégration dans la communauté, ont donc tout à fait pu mener au rejet social et à l'isolement. Le travail des sociologues Anne Rogers et David Pilgrim (Rogers & Pilgrim, 2005) montre en effet que la désinstitutionalisation n'est pas tout à fait l'équivalent du soin dans la communauté : tout au plus est-elle son préalable, ce qui expliquerait que longtemps les politiques publiques, en Europe et outre-Atlantique, se soient arrêtées à la première pensant qu'elle entraînerait automatiquement la deuxième. Le psychiatre Jonathan Borus argumentait déjà en 1981 dans une communication devant la société médicale du Massachussetts que « changer le lieu où les mauvais soins étaient donnés n'en fera pas des bons soins » (1981, p. 342), et terminait son intervention en espérant que la solution au problème des maladies mentales chroniques ne serait pas celui de la réinstitutionnalisation.

Les études disponibles depuis les années 80, décennie au cours de laquelle de nombreux chercheurs ont tenté de faire le bilan des vagues successives de désinstitutionalisation, montrent toutefois que là où un processus de désinstitutionalisation et de soins dans la communauté a eu lieu, les multiples lacunes de ces programmes au moment de leur mise en place ont mené à un processus de réinstitutionnalisation dans des structures différentes. En effet, de la même manière qu'en France où le prix de journée rendait extrêmement difficile des calculs en termes de prestations, les modalités de financement du système de soins pour les malades mentaux favorisaient, aux Etats-Unis, les prises en charge hospitalières ou en tout cas en institution (Lecomte, 1988). Les régimes Medicaid et Medicare encourageaient par exemple plutôt des types d'hébergements finalement fort semblables aux conditions asilaires, au détriment des ressources communautaires. La transinstitutionnalisation ou réinstitutionnalisation, autrement dit le processus de placement des ex-patients asilaires dans d'autres structures spécialisées plus proches du secteur social ou judiciaire – unités sécurisées ou prisons (Turner, 2004) - est d'ailleurs une conséquence reconnue par tous les auteurs qui ont étudié la question (Franck et al., 2015; Lecomte, 1988; Mills & Cummins, 1981; Scull, 1985; Turner, 2004), et plusieurs autres chercheurs ont tenté de déterminer le lien entre

augmentation de la proportion de personnes sans domicile fixe et désinstitutionalisation, affirmant souvent un lien de corrélation sans pour autant que cette augmentation de personnes à la rue ne puisse être considérée comme unifactorielle (Durham, 1989; Eisenberg & Guttmacher, 2010; Fakhoury & Priebe, 2007; Mossman, 1997), dans la mesure où la désinstitutionalisation, portait du fait de sa médiatisation dans les pays anglo-saxons, le poids d'un ensemble de politiques sociales négligées.

La chercheuse Hélène Killaspy, écrivait en 2006 qu'en Grande-Bretagne comme dans de nombreux pays d'Europe, la réduction des lits psychiatriques avait été compensée par une hausse du nombre de lits dans le secteur privé, ce qu'elle appelait avec d'autres (Sugarman et al., 2002) l'asile virtuel (*virtual asylum*) :

« Si l'accent mis sur la promotion de l'indépendance est encourageant, il reste un groupe de patients dont les besoins sont tels qu'ils continuent à requérir des soins hospitaliers [...] Ils ont été appelés les "nouveaux longs séjours" et leur existence a sapé la conception selon laquelle la déficience sociale associée à certaines pathologies mentales était due à l'institutionnalisation. En réponse à cela, la réduction des lits d'hospitalisation psychiatriques depuis les années 50 a été plus ou moins égalée par un accroissement de l'offre du secteur privé pour cette même population, le soi-disant « asile virtuel ». De plus, de nombreux établissements sanitaires et sociaux ne trouvent pas suffisamment de places résidentielles ou en maisons de retraite pour ceux qui partent de l'hôpital et externalisent à des établissements plus éloignés de leur aire géographique. Ce processus de réinstitutionnalisation semble également avoir pris place dans d'autres pays d'Europe » (Killaspy, 2006, p. 252, traduction libre)³²

³² "Although this emphasis on the promotion of independence is encouraging, there remains a group of patients whose needs are such that they continue to require inpatient care. [...] They have been called the 'new long stay'³⁷ and their existence has undermined the previously held view that the social impairment associated with certain mental illnesses was due to institutionalization. In response to this, the reduction in psychiatric inpatient beds since the 1950s has been more or less equalled by an increase in the provision in the private sector for this group, the so called 'virtual asylum'.³⁸ In addition, many health and social service localities find it impossible to

Les structures dans la communauté ne peuvent donc, du fait de la spécificité clinique de certains patients qui requièrent toujours des types de soins plus intensifs, pas totalement remplacer le soin à l'hôpital ni être considérées, seules, comme des alternatives totales à l'hospitalisation. L'étude de Killaspy recoupe le constat que l'on peut tirer des chiffres relatifs à l'expérience italienne post-basaglienne³³. Après la parution de la loi 180, qui comme le rappelait fort justement Claude Quérel (2012) n'a pas décrété la destruction des établissements psychiatriques mais l'interdiction de tout nouvel internement, les asiles ont été progressivement fermés en Italie au profit de services intégrés dans les hôpitaux généraux, les SPDC (Services Psychiatriques de Diagnostic et de Cure). Toutefois, en 2007, 244 des 262 SPDC fonctionnaient portes fermées : 209 disaient les avoir « toujours » fermées, 35 « de temps en temps » (Colucci in J. Arveiller, 2009; Dell'Acqua et al., 2007). Ces données semblent corroborer l'intuition portée par de nombreux psychiatres réformateurs que le cœur de l'asile n'est pas le lieu auquel il est assigné. David Cooper l'avait lui aussi remarqué en son temps : ce que nous désignons comme asile sont en réalité des *pratiques aliénantes* qui, par métonymie, ont été désignées par le nom du lieu auquel elles étaient assignées. Ce sont ces pratiques condamnées par l'histoire qui peuvent toujours, comme le soulignaient les fondateurs de la psychothérapie institutionnelle, refaire surface et empoisonner insidieusement les échanges sociaux qui naissent à l'intérieur de tout espace dédié au soin psychique. En somme, si la bataille autour de l'institution a longtemps orienté tous les regards vers une solution politique et spatiale au problème du paternalisme hospitalier - fermer les hôpitaux pour supprimer la ségrégation -, il apparaît, à la lumière de ces quelques développements, qu'une partie importante de la solution revient au « travail institutionnel »,

provide sufficient residential and nursing home places for those leaving hospital and outsource to facilities away from the local area. [...] This process of 'reinstitutionalization' appears to be taking place elsewhere in Europe too"

³³ Notons toutefois que du fait de l'originalité de sa démarche, il serait abusif de placer Franco Basaglia dans le panier de la « désinstitutionnalisation ». Ce terme, tel qu'il a émergé après la mise en lumière du syndrome d'institutionnalisme, connotait la fermeture des asiles d'une raison clinique en supposant que la sortie des patients permettrait d'améliorer leur état d'apathie et de profonde passivité. La démarche de Basaglia était quant à elle tout à fait politique : la fermeture des asiles était requise parce qu'il était insupportable que la société puisse traiter une partie de ses citoyens comme des sous-hommes.

c'est-à-dire à une attention permanente dévolue aux échanges sociaux et intersubjectifs qui ont lieu à l'intérieur de tout établissement ou organisation, même intégrés dans la communauté - SAMSAH, foyer de vie, CMP et autres équipes mobiles³⁴.

Jacques Hochmann rappelait d'ailleurs dans un récent livre intitulé *Les antipsychiatries* que l'histoire française avait tenu compte de ce savoir expérientiel apparu au fur et à mesure de l'organisation des soins psychiatriques. L'intuition si juste d'une complémentarité entre la transformation des lieux et la mutation des pratiques avait en réalité contribué, bien avant le mouvement de désinstitutionalisation, à rapprocher psychothérapie institutionnelle et dispositifs de soins en psychiatrie publique et non pas à les éloigner :

« les méthodes et principes de la psychothérapie institutionnelle, le travail en équipe, la déhiérarchisation, l'utilisation de la vie quotidienne comme médiation, la circulation de la parole dans les réunions gardaient toute leur valeur dans des institutions à temps partiel et des centres de consultation. Le temps partiel leur apportait même une dimension nouvelle qui les enrichissait. Ouverte sur la cité, obligée de contracter avec d'autres, l'équipe soignante hors les murs perdait l'omnipotence et l'omniprésence que l'enclaustration lui avait assuré [...] On en venait ainsi à préciser le contenu du mot « institution », que Tosquelles avait déjà différencié de celui d'« établissement » [...] dans les dialogues avec des interlocuteurs différents articulés entre eux, le client trouvait un modèle pour coordonner les fragments de sa vie psychique » (Hochmann, 2015)

³⁴ Franco Basaglia lui-même se rapprochait de cette voie médiane entre psychiatrie hospitalière et antipsychiatrie radicale dans un texte publié peu avant son *Institution en négation*, qu'il intitulera « Qu'est-ce que la psychiatrie ? » et qui paraîtra dans un livre éponyme aux côtés d'autres contributions : « ce que les nouvelles structures psychiatriques – encore enserrées dans les limites du renversement du système traditionnel – sont en train de mettre en évidence, c'est que l'hôpital psychiatrique n'est pas une institution qui guérit mais une communauté qui se guérit en affrontant ses propres contradictions - étant donné qu'il s'agit de communautés réelles, riches de toutes les contradictions qui caractérisent précisément la réalité » (1977, p. 24).

Ainsi Hochmann ouvrait-il la troisième voie dont nous avons parlé, fondamentalement relationnelle et centrée sur un réseau de professionnels trans-institutionnel (pour reprendre une idée de Jean Garrabé que nous développerons dans notre 4^e chapitre) par le biais d'un héritage commun dont psychothérapie institutionnelle et mouvement vers la cité se soutiennent, héritage qui les rend, pensons-nous, beaucoup plus complémentaires qu'opposables.

Derrière ce qui pourrait apparaître comme une bataille d'archives éloignée du terrain, il est en réalité question d'un choix de nature éthique que tout collectif soignant se doit de faire vis-à-vis de ce qu'il nomme « institutions ». D'un côté, ne voir en elles que les murs autorisant l'aliénation et choisir de les détruire pour tenter de supprimer le système de ségrégation et de discrimination – processus qui a pris le nom de désinstitutionalisation - ; de l'autre, faire le pari d'un pouvoir soignant de l'institution qui ne se résume pas à son humanisation et relancer son potentiel de désaliénation en analysant les rapports sociaux entre ceux qui y travaillent et ceux qui y vivent. La proposition d'une troisième voie consisterait alors à considérer que toute concentration humaine dans un espace donné peut donner naissance à une institution, et que cet espace habité et utilisé, quel qu'il soit : ville, secteur psychiatrique, établissement de soins, foyer de vie... peut revêtir des caractères asilaires et tomber dans l'inertie si les relations entre ses membres ne font pas l'objet d'une attention, et parfois d'un traitement, particuliers.

Certains auteurs ont ainsi pu faire remarquer que si de nombreux patients étaient plus heureux de vivre dans la communauté, la vraie question n'est pas celle de l'élimination pure et simple des structures psychiatriques de long séjour, mais bien la nature du mélange et de l'équilibre à faire entre les différents types de services et modalités d'accueil des patients (Rothbard & Kuno, 2000). Plus encore, il nous paraît important de questionner, comme nous l'avons brièvement fait avec le mouvement de reconnaissance du savoir des usagers, le statut de radicale nouveauté des pratiques nées de l'idéologie désinstitutionnaliste. Loin de nous la volonté de dire que l'histoire psychiatrique française n'est qu'une simple répétition d'elle-même : nous pouvons cependant penser que quelque chose se joue d'un éternel retour du même – non pas des mêmes réponses, mais des mêmes questions pour quiconque s'attache à organiser des soins pour des personnes affectées de troubles psychiques. L'exemple du secteur 59G21, fer de lance de la désinstitutionalisation puis du mouvement de « santé

mentale communautaire », est parlant. En 2004, la psychosociologue Izabel Friche Passos décrivait ainsi les pratiques qui y avaient cours :

« Le secteur est considéré comme riche. Mais le médecin-chef insiste sur le fait que tout ce qu'ils ont acquis a été le fruit d'un effort ardu et constant pour obtenir la participation de la Mairie, des élus locaux, et d'autres institutions de prestation de services sociaux. Pratiquement toutes les structures externes ont été rendues possibles par l'association Médico-Psycho-Sociale qui siège à la Maison Antonin Artaud [...] Les techniques de soins varient selon une gamme qui va du traitement biologique à la psychothérapie, selon plusieurs approches théoriques [...] Le programme est individualisé pour chaque patient en accord avec ses besoins et intérêts et il est réexaminé périodiquement. Une réunion institutionnelle a lieu toutes les semaines avec la participation du médecin-chef, du personnel soignant, des patients et des familles. On y parle de tout, des difficultés avec la maladie, des critiques de l'institution... » (Friche Passos, 2004, pp. 67–68)

Si la « désinstitutionnalisation » peut certes changer la façon d'avoir recours à l'hospitalisation psychiatrique en tant que telle (Chapireau, 2007), ou plus largement décaler le lieu principal du soin psychiatrique des hôpitaux à la communauté (Taylor Salisbury et al., 2016), la description proposée par Friche Passos, qui a aujourd'hui presque 15 ans, semble fort familière de l'organisation des plus avancés des services de secteur des années 60 et 70. L'auteure elle-même repérait en effet que cette « désinstitutionnalisation » était finalement très teintée par l'histoire psychiatrique française. Si l'on peut argumenter que les pratiques de ce secteur ont depuis fortement évolué vers un dispositif proche du fonctionnement des services de santé mentale à Trieste (peu de lits, forte mobilité des soignants), le point que nous souhaitons souligner était la communauté des motifs et des pratiques aux origines de ce qu'on appelle la « désinstitutionnalisation à la française », et leur proximité certaine avec les principes tant du secteur que de la psychothérapie institutionnelle. L'un des cas les plus récents de pratiques sinon inspirées de la P.I., en tout cas étonnamment ressemblantes, se retrouve dans l'expérimentation « Un chez-soi d'abord » conduite à Marseille par l'équipe du

psychiatre Vincent Girard. Le rapport de synthèse de l'évaluation de cette expérimentation décrivait ainsi les pratiques institutionnelles et les modes relationnels entre professionnels et patients au cours du projet :

« Les idéaux de référence sont ceux d'horizontalité (entre professionnels mais aussi dans le rapport entre les membres de l'équipe dédiée et les personnes logées) [...] de la valorisation du relationnel (avec les personnes logées et entre membres de l'équipe) et de la revendication d'un éloignement de la technicité. « Tout le monde fait tout » [...] Différentes méthodes et pratiques sont mises en place :

- La communication.

- La convivialité entre membres de l'équipe (absence de bureau individuel, grande pièce dans un local utilisé comme lieu d'échanges entre professionnels).

- La conversation (rencontres formelles, réunions, temps informels).

[...] - La transversalité et la valorisation des compétences (qui ont toutes la même valeur).

[...] - La réunion « pivot » du matin pour organiser la journée. » (Gesmond, Laval, & Estecahandy, 2016, pp. 11–13)

Autrement dit, si la population à laquelle s'intéressent les nouveaux mouvements (tel « un chez-soi d'abord » avec les personnes sans domicile) est en effet nouvelle au sens où elle fait de nouveau l'objet d'attention et de soins, la façon de faire est sensiblement la même partout à ceci près qu'elle intègre, officieusement, les retours d'expérience fournis par l'histoire sur l'organisation des soins en psychiatrie. Une méthode apparemment révolutionnaire donnera toujours lieu à des expériences éminemment positives, à partir desquelles il sera tentant de généraliser la conclusion selon laquelle la diffusion de l'innovation organisationnelle fut constante dans ses effets en tout point du territoire. De la même façon que nous savons qu'il n'en est pas allé ainsi pour le secteur, nous pouvons supposer qu'il n'en est pas non plus allé ainsi avec la « désinstitutionalisation », autrement dit, pour reprendre encore une fois les mots de Jean-Olivier Majastre (1972), si l'asile est au-

dehors comme au-dedans, c'est qu'il se trouve aussi en puissance dans chaque sujet confronté à la rencontre avec la folie. Ceci nous amène à un renversement de perspective qui permet de réintroduire, dans la santé mentale, la dimension clinique et psychopathologique des échanges : le lieu asilaire est celui qui, du fait de ses caractéristiques architecturales et symboliques, se prête le mieux à une concentration des aliénations individuelles. Cependant, ce sont nos mécanismes de défense et mouvements d'inertie qui, tels des bernard l'hermitte, empruntent la guise de l'hôpital asilaire afin de nous duper : une fois projetées dans un lieu bien délimité, c'est l'ensemble de la société qui se sent soulagée de n'être plus aliénante. Au fur et à mesure de ce travail s'est donc imposée la nécessité d'argumenter, telle Hélène Chaigneau, notre refus du terme « désinstitutionnalisation » au profit du soin porté aux institutions :

« nous n'éprouvons pas le besoin d'utiliser le terme « désinstitutionnalisé » qui nous paraît peu clair : s'il s'agit du sens moderne, pétrifié, d'institution, c'est dire qu'on ne peut donc jamais parler de soins psychiatriques sans prendre l'hôpital pour point de repère ? Et s'il s'agit du sens référé à la dynamique des échanges, alors nous refusons de qualifier les soins de « désinstitutionnalisés » au moment où il n'a jamais été plus nécessaire d'analyser ce qui s'institue dans les interventions diverses du secteur et les soins implantés dans la communauté » (Chaigneau, 1983, p. 441)

La psychopathologie de la vie quotidienne et les travaux sur l'ambiance des institutions nous démontrent en effet qu'il est plus que jamais nécessaire de proposer une définition claire et articulée du terme même d'institution, en tant que seul ce terme permet de reconnaître un aspect fondamental du traitement des malades que nous appellerons *la vie psychique des murs*.

En effet, au-delà de la ressemblance entre les différents mouvements intervenus au niveau mondial à partir des années 5/60, une réflexion terminologique nous semble cruciale à mener afin d'éviter une erreur ethnocentriste consistant à juger le processus de changement psychiatrique de pays voisins à l'aune de notre propre histoire dans cette discipline. Dans quel

mesure est-il pertinent, en effet, d'appliquer une grille d'analyse provenant d'un pays donné à la situation d'un autre pays lorsqu'il n'est pas certain que les deux nations désignent réellement les mêmes faits par le même terme ?

C'est cette vie psychique que nous allons tenter d'aborder, en exposant en quoi il pourrait exister une définition du terme institution qui serait spécifique à l'histoire de la psychiatrie française, mais aussi, du fait du contexte que nous avons rappelé dans ce chapitre, qui serait potentiellement utile et exportable dans l'ensemble des systèmes de santé mentale des pays occidentaux.

IV. Qu'est-ce qu'une institution ? Tentative de définition psychodynamique.

« On est toujours membre de plusieurs institutions à la fois et alternativement. On fréquente avec régularité, avec plaisir, avec espoir et déception, diverses institutions ; c'est-à-dire on fréquente à la fois l'espace institué d'origine, l'espace familial, et la chaîne d'institutions de son au-delà concret ; celle qui par exemple relie la maison voisine ou la plus lointaine, avec la chaîne institutionnelle que le coiffeur du coin forme avec le bistrot et la gare, le théâtre ou le cinéma. » (J. Oury, Guattari, & Tosquelles, 1985, p. 132)

La concentration autour de la signification du terme institution pour expliquer la mode de la désinstitutionnalisation a noué plusieurs questions ensemble, qu'il s'agit pour nous de déplier et de tenter de dépasser grâce à une lecture clinique inspirée de la psychanalyse. L'usage sans critique du terme de « désinstitutionnalisation » a, nous semble-t-il, rendu ses adeptes aveugles à la problématique cruciale pour les établissements de soins que soulevait le terme même d'institution.

Le premier problème que pose la réhabilitation du concept d'institution aujourd'hui touche à l'interdisciplinarité, c'est-à-dire à ce que les différentes disciplines des sciences humaines et sociales ont fait de ce terme. Nous donnerons des exemples en économie, en

sociologie et en philosophie, afin de montrer comment les deux pôles de l'institution (inertie et mouvement) travaillent certes au cœur toutes les disciplines, mais aussi comment chaque discipline opère un choix de ce qu'elle considère comme son objet d'étude, produisant ainsi une définition juste mais tronquée de l'institution.

Le deuxième problème que pose le terme « institution » plus spécifiquement en psychiatrie est lié à la langue : il s'agit du processus de traduction qui, depuis des pays anglo-saxons, l'a réintroduit en France privé de son sens historique. Nous plaiderons en faveur d'une définition de l'institution qui respecte son sens historique en français, afin de ne pas perdre la richesse du terme au profit de l'impératif catégorique de la « désinstitutionnalisation ».

Nous pensons que c'est la conjonction de ces deux problèmes qui a poussé chercheurs et praticiens à verser dans le narcissisme des petites différences afin d'asseoir leurs ensembles théorico-pratiques : d'un côté la psychothérapie institutionnelle, basée sur le sens le plus daté et le moins statique du terme « institution » ; de l'autre les théories contemporaines de l'organisation des soins psychiatriques, bien plus ancrées dans une acception antipsychiatrique et anglo-saxonne du mot. Nous tenterons donc à la fin de cette sous-partie de dégager une troisième voie, à cheval entre restitution du patient à la vie de la Cité et réflexion clinique sur les institutions, quelles qu'elles soient, qui contribuent à la construction d'un réseau de soins en santé mentale pour des patients souffrant de troubles psychiques.

A. L'institution, un problème pour l'interdisciplinarité

L'institution, nous l'avons écrit plus haut, est une notion qui vient particulièrement questionner l'interdisciplinarité en sciences humaines et sociales autour de la dialectique de l'inertie et du mouvement, autrement dit autour de la « vie » que chaque discipline lui prête ou non, et les conséquences qui sont tirées de ce postulat de départ. Cette difficulté inhérente au terme d'institution prend racine dans une équivocité qui lui est spécifique (*Clinique de l'institution*, 2008). L'historien Alain Guéry (2003) précisait cette équivocité ainsi :

« Toute l'ambiguïté du mot institution part de ce que, finalement, il désigne aussi ce point fixe qui justifie un développement, une action continue, fondatrice dont il est le but [...] Il en résulte ce caractère double, que, très vite, prend le mot institution; il renvoie à une dynamique, à une action continue, ou à la mise en œuvre d'une idée, pour lui donner une forme finale fixe, figée, statique, laquelle prend vite le nom, également, d'institution. Pour nous, aujourd'hui, une institution est d'abord cet arrêt de ce qui est, pourtant, malgré lui, histoire, et donc permet de décrire celle-ci en un temps arrêté et de la dater. Et c'est pourquoi nous utilisons le mot redondant "d'institutionnalisation" pour signifier ce qu'institution veut pourtant d'abord dire » (pp. 9-10)

La dynamique de l'action continue touche particulièrement, pensons-nous, la psychiatrie, la psychothérapie institutionnelle et la psychanalyse. Derrière la question de l'activité et de l'organisation sociale, la pratique quotidienne montre qu'il y a de la vie psychique dans les institutions - et par vie psychique, nous entendons avant tout des échanges affectifs et de la circulation libidinale. Freud a en effet su déceler, en son temps, que des « foules conventionnelles » telles l'Église et l'Armée ne reposaient pas tant sur des processus cognitifs que sur des mécanismes inconscients d'identification faisant ainsi intervenir des affects, et notamment des affects d'amour. « L'essence d'une foule », nous disait-il, « consiste dans les liens libidinaux qui la traversent de part en part, comme un réseau serré » : ainsi Freud concevait-il la raison profonde pour laquelle certaines institutions sociales faisaient preuve de cohérence et de cohésion, signifiant là que le ciment de l'institution n'était pas, du point de vue psychanalytique, un matériau objectivable ou rationnel. Cette perspective psychodynamique pourrait passer pour un point d'achoppement à de possibles collaborations interdisciplinaires, mais l'équivocité de l'institution travaille aussi l'économie, la sociologie et la philosophie. Du côté des sciences de l'éducation, Patrick Boumard repérait en 1996 trois axes de réflexion sur la question institutionnelle :

« le premier travaille sur les institutions entendues comme les formes sociales établies, et donc clairement dans le domaine scolaire, par exemple, les

établissements. Le second pose l'institution comme terme dynamique, en l'opposant principalement à la notion d'organisation. Le troisième se centre sur la dimension de processus, et parlera surtout du travail d'institution ». (p154)

La plupart des disciplines en sciences humaines et sociales se concentrent plutôt, cependant, sur ce que Cornélius Castoriadis avait isolé comme l'imaginaire institué (Castoriadis, 2006), c'est-à-dire le *produit* du processus de création des institutions. Dans l'approche classique, qui fait dialoguer tant en sociologie qu'en économie la fixité des règles et les équilibres stratégiques trouvés par les acteurs, l'accent est donc mis sur l'institué et ses conséquences, autrement dit sur l'influence des institutions en tant qu'ensembles négociés de normes sur la régulation des comportements humains.

Deux conceptions s'affrontent pourtant en économie entre l'institution comme « forme sociale établie » ou comme processus : la conception *rule-based*, et la conception *equilibrium-based* (Hindricks & Guala, 2014), dépendant de ce que le théoricien met le plus en avant : le fait que l'institution soit un ensemble de règles qui assignent aux acteurs des statuts et des fonctions à partir desquels seront attendus certains types d'actions et de comportements, ou le fait que l'institution soit le résultat d'un travail au cours duquel les différents acteurs négocient pour trouver un équilibre satisfaisant. On voit ici sous d'autres termes apparaître la différence entre institué et instituant, selon qu'on éclaire plutôt le résultat ou le processus qui y a mené.

L'article princeps de l'économiste John Searle, « What is an institution ? » (2005), est un bon exemple de perspective comportementale et rationaliste sur les institutions. Se demandant ce qu'est une institution de son point de vue d'économiste, il y écrit ceci :

« En un sens intuitivement naturel, le fait que je sois un citoyen américain, que le bout de papier que j'ai en main soit un billet de 20 dollars et le fait que j'ai des parts chez AT&T sont tous des faits institutionnels. Ce sont des faits institutionnels au sens où ils ne peuvent exister qu'en fonction de certaines institutions humaines. Ces faits diffèrent du fait, par exemple, qu'au niveau de la mer je pèse

72 kilos, ou que la Terre est à 93 millions de miles du Soleil, ou que les atomes d'hydrogène ont un électron ».³⁵ (p. 2-3, traduction libre)

Searle considère l'institution comme un système de normes et de règles objectivables qui donne des droits et des devoirs à ceux qui y sont assujettis. Searle parle de faits institutionnels comme il parlerait de faits de culture par opposition aux faits de la nature, mais les exemples qu'il donne sont des exemples cognitivement compréhensibles, rationnels, conscients. Les institutions créent ainsi, chez Searle, des raisons d'agir qui sont indépendantes du désir³⁶, en fonction de statuts qui nous sont précisément donnés par la structure de l'institution dans laquelle nous sommes pris. Un autre économiste, Geoffrey Hodgson (2006), va dans le même dans sa tentative de définition des institutions - elles sont pour lui des structures de règles et de normes qui régissent le social -, mais distingue tout de même ce qu'il appelle des institutions *agent-sensitive* et *agent-insensitive*. Il explique que les premières « sont des institutions dans lesquelles l'équilibre ou les conventions régnantes peuvent être significativement altérées si les préférences ou les dispositions de certains agents sont changées, selon un ensemble de types de personnalités » (traduction libre)³⁷. Les institutions sont donc pour Hodgson constituées de données objectives et subjectives : elles existent dans le social et sont en même temps des produits de l'esprit humain, formant un pont entre « l'idéal et le réel » (*ideal and the real*). Usant du vocabulaire de la théorie des jeux, Hodgson

³⁵ In some intuitively natural sense, the fact that I am an American citizen, the fact that the piece of paper in my hand is a 20 dollar bill, and the fact that I own stock in AT&T, are all institutional facts. They are institutional facts in the sense that they can only exist given certain human institutions. Such facts differ from the fact, for example, that at sea level I weigh 160 pounds, or that the Earth is 93millionmiles from the sun, or that hydrogen atoms have one electron" (Searle, 2005, p. 3)

³⁶ "how exactly do these power relations function? The answer, which again is essential to understanding society, is that institutional structures create desire-independent reasons for action", p. 11.

³⁷ « Here I introduce a different distinction with the terms agent sensitive and agent insensitive institutions. An agent sensitive institution is one in which the reigning equilibria or conventions can be significantly altered if the preferences or dispositions of some agents are changed, within a feasible set of personality types." (Hodgson, 2006, p.16)

précise que les conventions qui prévalent dans ce processus dépendent des joueurs impliqués dans la situation. Il reconnaît par ailleurs que le jeu de coordination ou de coopération est un prototype de ce qu'il appelle les institutions auto-organisées, qui si elles ne sont pas établies avec des lois peuvent tout de même se révéler extrêmement stables. Si la « personnalité » du joueur intervient dans sa réflexion, laissant penser qu'elle influence le type de comportement privilégié (coopérant ou non), l'attitude coopérante n'est pourtant analysée que du point de vue de la rationalité des actions. Cette perspective interactionniste, qui reconnaît que l'institution résulte d'un jeu de négociation/coopération, amène même certains auteurs à admettre que la parole est un élément essentiel de la constitution des institutions (Schlegoff 2006)... mais reste collée au point de vue cognitif : l'utilité de la parole n'est soulignée qu'autant qu'elle permet des échanges d'informations.

L'aspect relationnel des institutions est donc évoqué, mais il est traité comme une donnée pragmatique - l'homme a besoin de coopérer pour survivre - plutôt que comme le fond du problème. Ainsi Alain Ehrenberg résumait-il cette position épistémologique vis-à-vis des institutions :

« Les collectivités humaines ne se définissent pas par l'appartenance (au groupe des barbus, au groupe français, au groupe des sociologues), mais par des faits de relations ordonnées par des règles ou des institutions de sens. Institution, règle, ordre du sens, c'est la même chose. » (Ehrenberg, 2011, p. 63)

A l'instar de l'économie et de ses courants *rule-based* et *equilibrium-based*, la sociologie, si elle propose de « traiter les faits sociaux comme des choses » (Durkheim, 2009), est elle aussi travaillée par la dialectique de la fixité et du mouvement, qui s'exprime dans les rapports qu'entretiennent sociologie des organisations et sociologie des institutions.

La sociologie des organisations considère ses objets comme des instruments techniques : ainsi, la structure d'une organisation peut être définie comme la somme des façons dont elle divise le travail en tâches distinctes et réussit ensuite à les coordonner (Mintzberg, 1979). L'organisation est à comprendre comme un artefact né de l'ingénierie humaine : en tant qu'outil destiné à donner aux travailleurs les moyens de faire un travail

efficace, elle est inconcevable sans sa dimension matérielle (locaux, matériel) et contrairement à l'institution, elle n'a pas, fondamentalement, de dimension « naturelle » (Selznick, 2007). Se pencher sur l'organisation comme objet de recherches, c'est avant tout décrire sa structure et la façon dont elle change dans le temps (Scott, 1987), ses processus et leurs dysfonctionnements (ce qui explique que les organisations soient souvent représentées sous la forme d'*organigrammes* (Gouge, 2003). Schématiquement, l'étude des changements structuraux des organisations (passage d'un modèle à un autre, transformation du modèle chois dans le temps) revient aux sciences de l'administration, de la gestion et du management. L'intérêt plus spécifique de la sociologie des organisations pour le paramètre humain consiste, lui, à comprendre la façon dont les individus jouent de leur marge d'autonomie et de leur rationalité dans le système organisationnel, et la façon, inversement, dont ces rapports sociaux et de pouvoir influent sur celui-ci (Crozier & Friedberg, 2014). Appliquée au champ de la santé mentale, l'on pourrait dire que si tous les établissements sont des organisations, toutes les organisations ne sont pas nécessairement des établissements. Les critères de la taille et de la plasticité sont ici à invoquer : un établissement pourra être défini comme une organisation de taille conséquente et peu fluide dans ses processus. Si un Centre Hospitalier est un établissement, ce n'est donc pas le cas d'un SAMSAH.

La sociologie des institutions, quant à elle, étudie certes ce qui se passe à l'intérieur des organisations mais peut aller bien au-delà : elle s'intéresse globalement aux règles (au sens large) régissant les pratiques sociales. Pour reprendre les mots de Demailly, Giuliani et Maroy (2018), la sociologie des institutions conçoit celles-ci comme :

« des processus et des mécanismes qui tendent à conférer du sens et de la stabilité aux pratiques et relations sociales, mais dans une pluralité qui n'exclut pas les contradictions. [...] Les institutions reposent en effet autant sur des mécanismes basés sur des règles et des codifications de nature juridique que sur des normes partagées, imposées ou propagées par divers acteurs collectifs ou individuels (comme les autorités religieuses, professionnelles, éducatives ou politiques, mais aussi les mouvements professionnels, citoyens ou sociaux). Elles procèdent aussi de l'émergence et de la stabilisation de configurations cognitives, de mots clés, de

théories profanes ou de schèmes cognitifs ancrés dans des argumentaires publics, des outils ou des scripts organisationnels qui tendent à être pris pour acquis et à exister de façon plus ou moins réifiée pour les acteurs » (p. 2)

Les trois dimensions principales prises en compte par la sociologie des institutions lorsqu'elle étudie les phénomènes sociaux qui émergent dans une organisation sont les règles, les normes et les caractéristiques cognitives (comprenant schémas mentaux et éléments symboliques divers) qui définissent sa culture et les comportements qui y sont observés, plus que son environnement technique et matériel (Scott, 2004, p. 7). Tous ces paramètres font l'objet de processus *d'institutionnalisation* permanents, au sens où ils sont en permanence transformés par l'interaction entre les individus et leur structure de rattachement. Là où la sociologie des organisations peut étudier les intrications des logiques professionnelles qui amènent à l'organisation d'un réseau de soins (impliquant donc division du travail et coopération dans l'effectuation des tâches) (Bergeron & Castel, 2010), la sociologie des institutions pourrait par exemple proposer d'étudier l'évolution de la conception de ces acteurs de ce qu'est un parcours de soins réussi (faisant intervenir de potentiels conflits de normes professionnelles).

La sociologie est ainsi fidèle, qu'il s'agisse des organisations ou des institutions, à sa tradition descriptive. C'est toutefois les rapports que peuvent entretenir le modèle psychodynamique et la sociologie des institutions qu'il faut encore quelque peu nous pencher. Dire que les faits de relations sont ordonnés par des règles ou des institutions de sens, c'est établir un constat à partir duquel il sera possible de décrire la nature des relations déterminées par telle ou telle règle, ou encore la façon dont un changement de règle peut amener un changement dans les relations. Le sociologue Yves Bonny, dans son introduction au livre *Institutions plurielles*, rappelait par exemple la polysémie du terme en sociologie en soulignant que l'institution pouvait être utilisée de façon culturaliste, du point de vue du positivisme juridique, dans une perspective plus anthropologique ou encore selon une approche privilégiant l'encadrement des rapports sociaux (2012, p. 10). Si sa recension a le mérite de montrer que l'institution est équivoque, et que c'est probablement cette équivocité qui pousse chaque discipline à appuyer sur ce qui distingue sa définition des autres plutôt que sur

la façon dont elle complète les définitions déjà existantes, le clinicien ne s’y retrouve pas tout à fait, car le point de vue psychodynamique fait ici figure de grand absent. Si la sociologie peut bien proposer d’étudier la part mouvante des institutions, son paradigme descriptif et ses objets propres (règles, normes, cognitions) laisse à la psychologie clinique une place qui leur permet, à notre sens, d’entamer un dialogue fructueux. La différenciation entre le modèle duquel nous nous rapprochons, celui de la psychothérapie institutionnelle, et la sociologie des institutions, se justifie au regard de trois critères : le but de la démarche, la taille des objets visés et la nature des processus étudiés. Premièrement, à la différence de la sociologie, le paradigme psychodynamique des institutions a en effet une visée sinon interventionniste, en tout cas prescriptive ; deuxièmement, ce paradigme psychodynamique, incarné dans le mouvement de la psychothérapie institutionnelle, prend tout particulièrement pour objet des institutions de la taille d’une équipe et des personnes qu’elle accompagne ; troisièmement, ce paradigme, qui sera le nôtre dans la suite de nos développements, se propose d’étudier la part vivante et mouvante des institutions à l’aide de concepts faisant référence non à la cognition mais à la vie psychique des acteurs en présence, dont les conflits intrapsychiques peuvent s’apparier et donner lieu à l’émergence de symptômes institutionnels.

Ainsi la séparation conceptuelle entre institution et établissement, qui se trouve au cœur de la deuxième vague³⁸ de la psychothérapie institutionnelle – celle orientée par la psychanalyse lacanienne -, nous paraît-elle toujours au regard de ces développements d’une modernité considérable. Elle trouve d’ailleurs aujourd’hui un allié dans le retour en force de la sociologie des institutions, qui a poussé certains chercheurs à se pencher de nouveau sur son étymologie pour lui apporter les clarifications qu’elle mérite :

³⁸ Nous nous référons ici à une distinction faite par Franco Basaglia en 1979 dans une conférence à Rio de Janeiro (2007), lorsqu’il parlait de l’expérience saint-albanaise : « cet asile fut ouvert, puis de là d’autres asiles français se mobilisèrent, et c’est ainsi que naquit le mouvement dit de « psychothérapie institutionnelle ». Ce fut la première vague mais aussi la fin de ce grand printemps ; la contradiction que l’ouverture de l’asile avait mise au jour, avec ses implications politiques, fut avalée par la science psychanalytique, qui donna ensuite naissance à la psychothérapie institutionnelle lacanienne. Ce fut la seconde vague » (p. 107).

« Si ce type d'établissement, tel que l'asile pour l'institution psychiatrique ou la prison pour l'institution pénitentiaire, peut en effet à certaines époques occuper une telle importance du point de vue des déclinaisons organisationnelles de l'institution qu'il peut paraître légitime de désigner celle-ci par métonymie à partir de l'établissement emblématique qui encadre son public-cible, il n'en demeure pas moins souhaitable d'éviter de confondre l'institution et l'établissement. Cette forme correspond en effet à un agencement historique de l'institution, et sa remise en cause ne signifie pas du tout la disparition de celle-ci, mais son remodelage, qu'il s'agisse par exemple du « virage ambulatoire » pour la psychiatrie ou du bracelet électronique ou des travaux d'intérêt général pour l'institution pénitentiaire. En distinguant, tout en les articulant, l'institution, l'administration, l'organisation et l'établissement, on gagne en clarté (Bonny, 2012, p.12).

La psychanalyse, la psychothérapie institutionnelle ou encore la psychopathologie du travail ne sont donc pas les seuls corpus à voir affleurer l'importance des *échanges*, car la vie interne des institutions est en réalité constamment mise en question du côté de la constitution des règles, de la coordination des acteurs avec un « esprit commun » (Ehrenberg, 2011) ou encore des négociations qui se déroulent en leur sein et font d'elles des « mondes sociaux complexes et contradictoires » (Bonny, 2012). Cependant, aucune des disciplines dont nous avons parlé jusqu'ici ne travaillent le concept d'institution à l'aide d'une métaphore organique. La métaphore de la matière vivante, qui met en avant les échanges plutôt que les règles, les affects plutôt que la cognition, le processus plutôt que le résultat de l'institution, a très peu cours en sciences humaines et sociales. Nous en trouvons toutefois des traces dans la philosophie contemporaine. Dans un recueil de textes choisis, intitulé *Instincts et institutions* et dont il écrit l'introduction, Gilles Deleuze (1955) insinue assez directement l'idée que les institutions ont une vie qui leur est propre :

« en instituant un monde original entre ses tendances et le milieu extérieur, le sujet élabore des moyens de satisfaction artificiels, qui libèrent l'organisme de la

nature en le soumettant à autre chose [...] L'institution se présente toujours comme un système organisé de moyens. C'est bien là, d'ailleurs, la différence entre l'institution et la loi : celle-ci est une limitation des actions, celle-là, un modèle positif d'action [...] Mais s'il est vrai que la tendance se satisfait dans l'institution, l'institution ne s'explique pas par la tendance [...] Voilà le paradoxe de la société : nous parlons d'institutions, quand nous nous trouvons devant des processus de satisfaction que ne déclenche ni ne détermine la tendance en train de se satisfaire – pas plus que ne les expliquent les caractères de l'espèce » (p. VIII-IX)

La philosophe Rahel Jaeggi (Honneth & Forst, 2009) semble suivre le chemin du paradoxe relevé par Deleuze, et dont nous pensons précisément qu'il circonscrit la vie des institutions. Dans une communication intitulée « Qu'est-ce qu'une bonne institution ? », Jaeggi légitime l'idée selon laquelle les institutions peuvent secréter des pathologies, impliquant qu'elles ont une vie à part entière³⁹. Les institutions, dit-elle, peuvent échouer, s'éroder, se désintégrer jusqu'à en être vides, « sans vie » : tout le vocabulaire de la chercheuse semble qualifier l'institution de matière vivante. Jaeggi se rapproche d'ailleurs de la perspective clinique et prescriptive lorsqu'elle écrit ceci :

« Une institution qui est bonne dans le sens que je tente d'explorer, autrement dit une institution vivante, ne consiste pas en une conformité aveugle à des règles et des habitudes, mais plutôt dans une réactualisation et une réappropriation, et l'on pourrait avancer le fait qu'une institution ne se reproduit jamais à l'identique, mais qu'elle requiert constamment une nouvelle interprétation et appropriation et une affirmation de sa réactualisation comme caractéristique de sa préservation elle-même. Considérant les circonstances extérieures changeantes, cela signifie aussi

³⁹ L'auteure écrit qu'elles sont « filled with life ».

qu'une (bonne) institution fait montre de façon prédominante de processus d'apprentissage et de transformation, malgré sa stabilité » (traduction libre).⁴⁰

A la question de ce qui vient en premier, on constate que la réponse n'est donc pas la même en fonction des disciplines : schématiquement, la sociologie et l'économie auront plutôt tendance à mettre l'accent sur les relations entre les règles et les comportements qu'elles font naître en accord avec celles-ci⁴¹, tandis que certains auteurs en philosophie et en psychologie clinique s'intéresseront aux échanges matériels et affectifs qui font émerger de nouvelles règles à l'intérieur d'un cadre stable.

Du point de vue spécifiquement psychodynamique, une institution peut certes consister en un ensemble de comportements régulièrement observés, mais il importe de reconnaître que ceux-ci sont surdéterminés par des conflits psychiques qui, à moins de recueillir la parole directe des acteurs, ne peuvent être appréhendés que sous la forme d'une boîte noire – ou qui, lorsque leur parole est recueillie et analysée du point de vue sociologique, apparaissent par exemple sous la forme de rapports de pouvoir⁴². Cette perspective sur les institutions se retrouve de l'autre côté de l'Atlantique dans des réflexions sur les organisations proposées par des psychologues d'orientation post-freudienne :

⁴⁰ "an institution that is good in the sense I am trying to explore, i.e. a vital institution, does not consist in blind compliance with the rules and routines, but rather in an appropriating reactualization, and one might count the fact that an institution never simply reproduces itself, but rather constantly requires a new and appropriating interpretation and reactualizing affirmation as characteristic of institutional preservation itself. Considering the continually changing circumstances this also means that a (good) institution prominently features processes of learning and transformation – in spite of its stability". Nous utilisons ici le texte anglais écrit par la chercheuse et disponible en ligne à l'adresse suivante : https://www.philosophie.hu-berlin.de/de/lehrebereiche/jaeggi/mitarbeiter/jaeggi_rahel/RJWhat%20is%20a%20-good-%20institution.pdf. Consulté le 19 août 2018.

⁴¹ A l'exception peut-être de la sociologie clinique, dont les apports sont très imprégnés de psychanalyse.

⁴² Le courant d'analyse stratégique des organisations mené par Ehrard Friedberg et Michel Crozier (Crozier & Friedberg, 2014) a beaucoup travaillé en ce sens.

« A partir de l'application d'une perspective winnicottienne, je suggère que les organisations et les identités organisationnelles sont des systèmes relationnels, expérientiels et perceptuels, et que le cœur de leur potentialité réside dans leur capacité à représenter la réalité psychologique, le transfert et le contre-transfert, les dynamiques qui leur sont propres » (Diamond in Bowker & Buzby, 2017, p. 306, traduction libre)⁴³.

Si les institutions sont des systèmes d'échanges relationnels, elles ne sont donc pas à l'abri de secréter symptômes et pathologies, ce qui amène à notre sens à pouvoir parler d'une clinique institutionnelle qui ne soit pas uniquement « l'ensemble des dispositifs de soins dispensés en établissement » (Drieu, 2016). Cette définition est pour nous trop réductrice : la clinique institutionnelle consiste pour un clinicien à mettre ses capacités de soins au service d'une institution au chevet de laquelle il se rend. Sans négliger les aspects organisationnels qui la déterminent, la clinique des institutions s'intéresse à la façon dont les réseaux relationnels et les interactions entre sujets (certes pris dans des problématiques sociales dont il est aussi nécessaire de se préoccuper) influent sur les règles de vie de la collectivité. En cela, elle amène son parti pris intrinsèquement prescriptif : pour faire changer les règles, c'est entre autres aux relations qu'il va s'agir de toucher, c'est-à-dire au champ du politique. La psychologie clinique, lorsqu'elle s'attache à étudier les institutions, cherche donc à saisir l'instituant avant l'institué, le processus dynamique avant son résultat, sans pour autant négliger l'aspect social et politique de sa démarche. Cette perspective, portée notamment par la psychothérapie institutionnelle et qui fera l'objet de notre travail, préconise donc de regarder l'institution comme un écosystème. La psychothérapie institutionnelle emploie un vocabulaire particulier pour décrire les institutions : elles « parlent » et sont « incarnées » (Horace Torrubia, 2002, p. 107), elles peuvent être affligées de surdité ou d'aveuglement (Chaigneau, Chanoît, & Garrabé, 1971, p. 185). En tant qu'« appareil à vivre la règle et la loi »

⁴³ « From the application of a Winnicottian perspective, I suggest that organizations and organizational identities are relational, experiential, and perceptual systems, and that the heart and soul of their potentiality resides in their capacity to depict the psychological reality, transference and counter-transference, psychodynamics unique to them”.

qui « ajoute toujours le lien » (Pain, 2013, p. 45), l'institution est, pour la psychothérapie institutionnelle, un « ensemble organiquement lié » (Racamier, 1973, p. 199) qui peut ainsi tomber malade et dont la pathologie se matérialise dans la vie quotidienne. Ainsi Oury parlait-il du travail, inhérent à la pratique institutionnelle, qu'il fallait constamment recommencer :

« Dans toute description de l'institution hospitalière, éviter de tomber dans le piège d'une description d'une totalité. [...] Il faut tenir compte – et ce doit être le sens premier et permanent du travail du psychiatre dans son hôpital – d'un mouvement « naturel » de glissement vers le pratico-inerte et de la prise en systèmes d'aliénation interne ; il faut mettre l'accent sur le caractère abrupt, non conditionné, de production ex-nihilo de la matière même que le psychiatre doit travailler » (Oury, 2001, p. 103)

Ce parti pris de l'institution vivante n'est pourtant pas simple à soutenir face à l'impératif de « désinstitutionnalisation » qui a pénétré le dispositif de soins en santé mentale actuel. Comment parler, pour reprendre les termes d'Alain Guéry, de « ce que l'institution veut pourtant dire » dans un champ où la connotation dominante du terme est péjorative ? La bataille au sujet du terme institution fait en effet souvent barrage à la discussion : elle nous est apparue comme un malentendu que tout chercheur intéressé par la psychothérapie institutionnelle devait donc reprendre à son compte et éclairer de nouveau afin de réinstaurer un dialogue scientifique. Si l'équivocité du terme n'est pas pour rien dans le problème que nous posons, l'hypothèse que c'est dans une traduction maladroite et trop proche de l'anglais que l'institution a perdu ses lettres de noblesse nous paraît encore plus plausible.

B. De l'anglais au français, un problème de traduction.

Afin de comparer le traitement du terme « institution » dans ces deux langues, nous sommes allée chercher les définitions disponibles dans les versions en ligne du Littré et du Trésor de la langue française ainsi que dans le Petit Robert 2016 et, du côté anglophone, dans

les versions en ligne des dictionnaires d'Oxford et de Cambridge. En français, Le Littré donne, dans l'ordre, les définitions suivantes :

« 1°) Action par laquelle on institue, on établit.

2°) Tout ce qui est inventé et établi par les hommes, en opposition à ce qui est de nature. Il précise ensuite : « Ce qui est d'institution est sujet à changement ».

3°) La chose instituée, et précise « Les hôpitaux, les écoles, les caisses d'épargne, sont des institutions utiles »⁴⁴.

Le Trésor de la Langue Française apporte une précision importante quant à l'opération qui a amorcé la réduction du champ sémantique du terme d'institution. Tout comme le Littré, il présente tout d'abord l'institution comme l'action d'instituer et le résultat de cette action, mais il ajoute que c'est par métonymie que le mot a pu désigner directement ce qui était institué, citant comme premier exemple tout « Organisme public ou privé, régime légal ou social, établi pour répondre à quelque besoin déterminé d'une société donnée. »⁴⁵ Le Petit Robert (2016) liste les acceptions du mot « institution » comme ceci :

Institution. Latin *institutio*. 1°) Rare. Action d'instituer [...] 2°) Didactique. Institué par l'être humain (par opposition à ce qui est établi par la nature) [...] 3°) *Par extension courante*. La chose instituée (personne morale, groupement, régime) » et plus loin « Les institutions : l'ensemble des formes ou structures sociales, telles qu'elles sont établies par la loi ou la coutume (p. 1344)

Il est intéressant de noter que peu importe leur date de parution, le premier sens donné dans les dictionnaires français est systématiquement celui de l'action d'instituer, tandis que le sens de « chose instituée » est relégué au statut de métonymie (autrement dit de partie

⁴⁴ <https://www.littre.org/definition/institution> Consulté le 27 février 2018

⁴⁵ <http://stella.atilf.fr/Dendien/scripts/tlfiv5/affart.exe?19;s=2072285295;?b=0>; Consulté le 27 février 2018

d'un tout sémantique plus large) ou d'extension courante, autrement dit du résultat d'un processus de transformation de la langue. Étonnamment, la définition que le Petit Robert donne du terme « institutionnel » fait même référence au courant qui nous intéresse, puisqu'on peut y lire :

1°) Didactique. Relatif aux institutions [...] 2°) Psychologique. Qui concerne l'influence exercée par les groupes sociaux (famille, structure sociale) sur le développement de la personnalité. *Psychothérapies institutionnelles*, favorisant la réintégration sociale des malades (p. 1344).

Le contraste est frappant avec les définitions respectives des dictionnaires d'Oxford et Cambridge, classiques de la langue anglaise :

Institution. (ORGANISATION). Une organisation de taille importante, telle une Université ou une banque. (LIEU) *Globalement négatif*. Une structure où les gens sont envoyés pour que l'on s'occupe d'eux, particulièrement un hôpital ou une prison. (COUTUME) Une coutume ou tradition qui existe depuis longtemps et est acceptée comme une part importante d'une société donnée. (DEBUT) L'occasion à laquelle une loi, un système, etc. débute ou est présenté. » ⁴⁶ (Cambridge Dictionary, traduction libre)

Institution. 1. Une organisation fondée en vue d'un but religieux, éducatif, professionnel ou social. 1.1°) Une organisation proposant des soins et un

⁴⁶ « A large and important organization, such as a university or bank. (PLACE) *Mainly disapproving*. A large and important organization, such as a university or bank. (PLACE) *Mainly disapproving*. A building where people are sent to be cared for, especially a hospital or prison. (CUSTOM) A custom or tradition that has existed for a long time and is accepted as an important part of a particular society. (START) An occasion when a law, system, etc. begins or is introduced ». Définition trouvée à l'adresse suivante : <http://dictionary.cambridge.org/fr/dictionnaire/anglais/institution>.

hébergement pour des personnes présentant des besoins spécifiques. 1.2°) Une organisation officielle et bien établie ayant un rôle important dans une société, comme l’Eglise ou le parlement. 2. Une loi ou une pratique établie. 3. L’action d’instituer quelque chose. *Origine*. Vieil anglais. (sens 2 et 3) ; via le Vieux Français, du latin *institutio(n-)*, du verbe *instituere*. Le sens 1 remonte au début du 18^e siècle⁴⁷. (Oxford Dictionary, traduction libre)

La référence au vieux français faite par le Dictionnaire d’Oxford se confirme à la lecture de la version numérisée du dictionnaire de la langue anglaise établi par Samuel Johnson et publié en 1785, qui parmi les sens du terme institution plaçait en premier l’acte d’établir, et en seconde position seulement l’établissement lui-même.⁴⁸

Deux propositions peuvent être faites à partir de la comparaison entre ces définitions. Comme le soulignait Guéry, il semble bien que l’usage du terme « institution » oscille entre deux polarités : un sens ancien, processuel, axé sur le mouvement et associé à l’action de l’homme, et un sens moderne, plus statique, axé sur le résultat de l’action, et plus particulièrement sur l’un de ses aspects les plus tangibles : le bâti. Il nous paraît cependant très significatif qu’alors qu’en langue française une place prépondérante ait été donnée au sens historique de l’institution, à savoir une action humaine engageant nécessairement des mécanismes psychologiques et sociologiques et résultant en quelque chose d’institué, la langue anglaise mette l’accent sur le résultat organisationnel et les murs des établissements, offrant au terme la connotation péjorative de l’internement, traditionnellement associée aux malades mentaux. D’une langue à l’autre, d’un courant de pensée à un autre, le terme « institution », central dans la sociologie de Goffman qui a contribué à sa connotation

⁴⁷ “1. An organization founded for a religious, educational, professional, or social purpose. 1.1°) An organization providing residential care for people with special needs. 1.2°) An established official organization having an important role in a society, such as the Church or parliament. 2. An established law or practice. 3. [mass noun] The action of instituting something. Origin. Late Middle English (in sense 2, sense 3): via Old French from Latin *institutio(n-)*, from the verb *instituere* (see *institute*). Sense 1 dates from the early 18th century.” Définition trouvée à l’adresse suivante : <http://www.oxforddictionaries.com/fr/definition/anglais/institution>.

⁴⁸ <http://archive.org/stream/dictionaryofengl01johnuoft#page/n1053/mode/2up> Consulté le 27 février 2018

péjorative dans le monde anglo-saxon, deviendrait alors presque un faux-ami, prompt à générer des incompréhensions lorsqu'il est traduit tel quel de l'anglais au français.

Une question reste tout de même entière : à partir de quand ce glissement vers une anglicisation de la langue psychiatrique française⁴⁹ a-t-il véritablement fait problème ? Et plus encore, quelle a été la responsabilité des promoteurs des approches institutionnelles dans cette infiltration du français par un sens anglo-saxon et plus récent du terme d'institution ?

C. La responsabilité des psychiatres réformateurs en question

La seule conception d'une erreur de traduction est en effet réductrice, car les psychiatres auxquels nous devons le terme et les expériences de psychothérapie institutionnelle semblent avoir une part de responsabilité dans le destin qu'a connu le mot institution en France, et par extension le courant de la P.I.. A relire le corpus laissé par les psychiatres de la 1^{ère} et la 2^e génération de réformateurs⁵⁰, il apparaît que le mot institution était au départ auréolé chez eux d'un sens assez flou.

Celui-ci allait d'un synonyme direct d'hôpital psychiatrique, notamment dans les textes de la période pré-sectorisation (où de l'avis même des psychiatres le seul instrument de soins collectif à la portée des psychiatres était l'ambiance des services), à un équivalent de « structure psychiatrique », ainsi toujours confondu avec l'établissement mais plus uniquement à l'intérieur de l'hôpital – nous retrouvons cet usage dans les textes du début de

⁴⁹ Nous reprenons le terme à Jean Ayme : « La confusion entre établissement et institution tient à l'usage que font les anglo-saxons du terme d' « institution » et par imitation les Italiens [...] Cette confusion terminologique serait facilement levée si l'on voulait bien, en tentant d'échapper à cette anglicisation de notre langue, à l'image de ce qui différencie la denture de la dentition, admettre la même opposition distinctive entre structure et institution. [...] partant de l'objet honni, les défenseurs des « structures intermédiaires » introduisent l'anglicisme « desinstitution » et embrayent sur cette « désinstitutionalisation » ». (Ayme, 1987, p. 715)

⁵⁰ Pour reprendre une distinction intéressante introduite par Horace Torrubia au sujet du Groupe de Sèvres dans son interview pour la Revue Recherches sur le secteur psychiatrique (Fourquet & Murard, 1975, p. 174).

la sectorisation -, jusqu'au sens le moins usité mais le plus cliniquement porteur, à savoir celui d'un réseau d'échanges (Michaud, 1977).

L'usage du terme institution n'a donc été harmonisé que fort tard, et les principaux auteurs de la psychothérapie institutionnelle ont usé durant les premières années de la réforme de l'organisation des soins de sens plus ou moins éloignés ou galvaudés du terme, car leurs préoccupations se trouvaient ailleurs : moyens supplémentaires, formation des personnels, statut des psychiatres hospitaliers, type de financement des soins, etc. Les textes des années 1950 jusqu'au tout début des années 1960 révèlent certes pour beaucoup une conception centrée sur l'intérieur de l'hôpital psychiatrique, en raison de la rareté des moyens thérapeutiques autres que ceux des séjours à temps plein et des quelques techniques de sociothérapie élaborées dans certains établissements : Saint-Alban, Fleury-les-Aubrais, Villejuif, Paris... L'article princeps de Daumézon et Koechlin (1952) ne fait, par exemple, état d'aucune tentative de définition du terme. En réalité, alors même qu'ils désignent le mouvement engagé dans quelques hôpitaux psychiatriques français et européens⁵¹ du nom de « psychothérapie institutionnelle », le terme d'institution n'apparaît qu'une seule fois dans leur article, en guise d'introduction - tandis que le reste du texte verra les termes d'« hôpital » et d'« établissement psychiatrique » prendre le relais :

« Depuis ces dernières années et sous l'influence de causes que nous nous attacherons à mettre en lumière, s'est développé en France, en liaison étroite avec l'évolution générale pour une thérapeutique biologique plus active, un renouveau d'intérêt pour les techniques de psychothérapie au sein des institutions de traitement pour malades mentaux »⁵²

⁵¹ Notamment celui initié par l'allemand Hermann Simon avec sa *Thérapeutique plus active à l'hôpital psychiatrique* (1929).

⁵² Notre version de cet article étant une photocopie obtenue à la Clinique de La Borde, nous renvoyons le lecteur à la version de ce texte disponible sur le site du Collectif Européen d'Équipes de Pédagogie Institutionnelle : <http://ceepi.org/la-psychotherapie-institutionnelle-francaise-contemporaine-05234>.

Au cours des années 1960, sous la pression de contradicteurs qui leur reprochent d'accoler les termes de « psychothérapie » et d' « institution », un certain nombre d'auteurs intéressés par les deux jambes de la psychothérapie institutionnelle – freudienne et marxiste, psychanalytique et politique – commenceront tout de même à écrire sur le terme d'institution afin d'en fournir une définition moins floue. La distinction proposée par François Tosquelles entre établissement et institution peut aisément être remontée au milieu des années 1960, durant les quelques années d'existence de la Revue de Psychothérapie Institutionnelle :

« Nous avons à travailler au niveau des institutions, donc dans des groupements et dans des appareils sociaux, qui sont liés, qui sont conditionnés, qui sont soutenus et souvent rendus peu plastiques par des structures socio-économiques contraignantes qui les dépassent [...] les infrastructures institutionnelles ne se dévoilent que dans l'action transformatrice » (Tosquelles, 1966, p. 7)

Pourtant, à la première séance du GTPSI, à laquelle Daumézon et Koechlin n'assistent pas – l'échec du Groupe de Sèvres (Ayme, 2001) n'y est peut-être pas pour rien -, il est évident que ce que recouvre le terme d'institution ne pose pas encore problème pour les psychiatres réformateurs. Oury écrit par exemple dans son rapport introductif que « le but de cette confrontation semble être d'éclaircir le sens de notre action dans un établissement psychiatrique. Dans le cadre de la thérapeutique institutionnelle, c'est-à-dire de l'utilisation thérapeutique de l'établissement, nous pouvons nous demander quels sont les moyens conceptuels que nous devons utiliser » (GTPSI, 1965, p. 12). Les discussions qui s'en suivent laissent apparaître que dans un moment d'élaboration des fondamentaux de la thérapeutique institutionnelle, l'enjeu n'est pour l'ensemble des psychiatres pas tant de correctement définir les termes que de se mettre d'accord sur la nature des problèmes auxquels ils sont confrontés – cliniques, avec la question de la chronicité en psychiatrie, politique, avec celle de la psychiatrie de secteur à venir -. Ainsi peut-on lire les échanges suivants :

« Jean Oury : [...] j'étais en train de chercher le passage de Bonnafé disant que le secteur doit avoir un centre de gravité, d'organisation, qui est le sens institutionnel

en psychiatrie. C'est là que tous les problèmes de secteur doivent se résoudre, et que tout doit être repris et pensé par les médecins de l'institution. Je ne pense pas qu'il y ait de contradictions entre la proposition de l'institution et cette politique ouverte.

Horace Torrubia : Notre pratique actuelle est une pratique essentiellement institutionnelle.

François Tosquelles : Il y a plus. Non seulement [il y a] la praxis, mais je crois qu'on doit mettre en relief la chose suivante : c'est que l'institution nous permet de révéler précisément des concepts qui sont valables ailleurs, l'institution étant un noyau expérimental des relations sociopathogénétiques et sociothérapeutiques [...] L'institution est, comme le dit Torrubia, « la pratique la plus habituelle de notre agir » » (GTPSI, 1965, p. 84-85)

Le mouvement est le même que celui de l'article de Daumézon et Koechlin : un champ de recherche est en train de se constituer à l'intérieur du lieu de travail de ces psychiatres. Leurs esprits sont alors tournés, et cela n'est anodin ni pour la suite du mouvement ni pour sa possible réactualisation, vers leurs conditions pratiques de travail et non la désignation de l'espace où elles se mettent à exister comme phénomène plurifactoriel, à la fois médical, psychique et social. La teneur du terme institution n'est d'ailleurs pas plus claire dans le premier numéro de la revue de Psychothérapie Institutionnelle, datant de 1965, car les articles qui composent la revue emploient le terme de façon très hétérogène, voire contradictoire. Claude Poncin écrit par exemple :

« Sans doute retrouvons-nous là un thème cher aux praticiens de la psychothérapie institutionnelle : ce n'est pas l'institution qui est thérapeutique mais l'institutionnalisation, c'est-à-dire la restructuration permanente de l'institution dans une fabrication permanente de la loi » (Poncin, 1962, pp. 112–113)

Cette idée que ce ne sont pas les institutions qui soignent mais l'institutionnalisation est également présente dans le texte de Jean Ayme, aux côtés des contributions d'Horace Torrubia qui parle de « collectif hospitalier » ou d' « établissement psychiatrique » et d'Yves Racine qui parle, lui, d' « institution hospitalière » (p. 149) - expression que l'on retrouve aussi, à la même époque, dans les textes du Livre Blanc de la Psychiatrie, sous la plume de Lucien Bonnafé et Hélène Chaigneau notamment (1965-1967). Ginette Michaud est alors la seule à avoir proposé, dans son DES de philosophie soutenu en 1958, une définition du terme institution, tant elle estime à ce moment-là la démarche de clarification nécessaire. Elle écrit un article dans le premier numéro de la Revue de Psychothérapie Institutionnelle, mais n'y reprend que peu son travail. Il faudra attendre 1977 pour que soit publié son DES sous forme de livre réactualisé, dans lequel le lecteur accède à sa définition souvent commentée par d'autres psychiatres, dont Tosquelles lui-même (1985) :

« je proposerai pour éclairer la suite de ce travail cette définition provisoire du conception d'institution : « 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 ». [...] on observe quelquefois que l'institution n'assure pas le fonctionnement de l'échange et même, exception qui confirme la règle, le bloque en vertu d'un phénomène que nous appellerons inertie. En effet, le groupe lorsqu'il crée une institution se trouve dans le moment en accord avec elle, mais le groupe évolue, se modifie, ce que nous avons appelé sa « demande » change ; si aucun pouvoir ne s'y oppose, il peut modifier ses institutions, sinon celles-ci risqueront de ne plus assurer leur fonction et de devenir aliénantes pour le groupe d'autant plus que celui-ci en a rarement conscience. » (Michaud, 1977, p. 33)

L'interprétation donnée au foisonnement des idées et des termes n'est pas neutre, car elle détermine encore aujourd'hui les intentions prêtées à ce mouvement dit de psychothérapie institutionnelle. En effet, postuler que les psychiatres disaient là exactement le fond de leur pensée et employaient sciemment le terme d'institution pour parler de

l'hôpital autoriserait ses détracteurs à classer la psychothérapie institutionnelle parmi les courants de pensée hospitalo-centristes, et dépassés car incompatibles avec une pratique contemporaine de la psychiatrie, axée sur la communauté. Pourtant, le flou et l'utilisation si peu discriminée du terme peut nous laisser penser qu'au contraire, les psychiatres réformateurs ne donnaient au début des années 1960 aucune importance au terme d'institution lui-même, trop occupés qu'ils étaient à vouloir faire passer des idées d'humanisation des soins, peu en importait la forme. Plus encore, il est fort probable que la priorité pour certains psychiatres à cette époque ait été bien plus de prouver que la psychanalyse pouvait être utile dans la vaste entreprise de réorganisation des services et des pratiques professionnelles, que de spécifier exactement l'espace à réorganiser dans un jeu d'inclusion-exclusion reposant sur la définition de l'institution. Ainsi Philippe Koechlin, co-auteur de l'article princeps de 1952 avec Georges Daumézon, faisait-il en 1980 amende honorable :

« En 1952, le terme d'institution était envisagé par nous et nos lecteurs de façon restrictive, car c'est bien de l'hôpital psychiatrique que nous parlions alors [...] mais le terme même d'institution sous-tendait dans l'esprit de beaucoup l'idée d'une structure enfermée sur elle-même : ainsi, moins peut-être que dans les pays anglo-saxons mais de par leur influence, institution et institutionnalisation ont pu être compris comme asile et asilisation. Je crois donc essentiel, en 1978, de rappeler qu'[...] on ne saurait, lorsqu'on parle de psychothérapie institutionnelle limiter actuellement son champ à l'asile ou au service psychiatrique hospitalier » (Koechlin, 1980, pp. 621–622)

On pourra bien sûr répondre que cette affirmation était uniquement le reflet de l'état d'esprit des psychiatres réformateurs en 1980 – conscients que sauver le terme d'institution leur permettrait de sauver la psychothérapie institutionnelle – mais le simple fait que cet extrait ait été écrit en 1978 montre à quel point la réflexion sur l'étendue possible de la psychothérapie institutionnelle n'était pas seulement une réaction au mouvement désinstitutionnaliste. L'institution n'a certes fait problème pour nos auteurs qu'à partir du

moment où leurs détracteurs les ont attaqués sur le flou de la notion : ce n'est donc que dans un deuxième temps qu'il s'agira, pour chacun d'eux et dans presque chacun de leurs écrits, de redéfinir encore et toujours l'institution dans son sens le plus processuel, identifié à des structures d'échanges plutôt qu'à des lieux fixes. Ce mouvement nous semble s'être opéré dès le début des années 70, coïncidant avec la parution d'écrits aux thèses proches de l'antipsychiatrie et donc éminemment polémiques publiés par de grands psychiatres ou intellectuels français⁵³. Le rapport rendu par Chaigneau, Chanoît et Garrabé sur les thérapeutiques institutionnelles au Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française de juillet 1971 donnait ainsi déjà l'alerte :

« [...] l'institution que représente tout « établissement », tout organisme psychiatrique, qu'on le définisse, par extension et déviation en le confondant avec murs et lits, s'il y en a, ou qu'on le définisse un peu moins mal par l'ensemble de personnes reliées et appliquées à un même but de soin psychiatrique. De toute façon, une institution de ce type a un tel poids en tant qu'institution que, l'expérience le fait apparaître, seul le terme « institution » est retenu, désignant un appareil assez envahissant et contraignant pour que ce qui le qualifie : « psychiatrique », disparaisse, et ce qui le limite : les *autres* institutions, n'apparaisse plus. Telle est la mode actuelle de désigner finalement par un même terme indifférencié et tautologique tout appareil ressenti comme oppresseur » (Chaigneau et al., 1971, p. 184)

François Tosquelles reviendra en 1985 sur l'époque des écrits princeps, expliquant qu'alors il ne s'était pas méfié de la confusion latente entre hôpital et institution :

⁵³ Citons parmi d'autres marqueurs la publication en 1961 d'Histoire de la folie à l'âge classique de Michel Foucault, le livre de Roger Gentis, Les murs de l'asile (1970), l'important article de Robert Castel, « L'institution psychiatrique en question » (1971), et les débuts du Groupe Information Asiles en 1972.

« il est vrai que c'est le texte de Daumézon qui plaça nos agissements de Saint-Alban en situation de "réfèrent". [...] Je n'avais pas employé le nom d'institution pour signaler nos agissements concrets dans et hors de l'hôpital de Saint-Alban. Tant pis, ça arrive comme ça, et comme il fallait en effet reformuler en premier lieu les formes de la pratique psychiatrique publique, là où elle s'exerçait au point de vue hospitalo-centrique, du concept d'institution en psychothérapie, ça n'éveilla pas en moi beaucoup de réserves. » (Tosquelles in J. Oury et al., 1985, p. 132)

Le rejet du signifiant « institution » et la méfiance vis-à-vis de tous les courants de pensée maintenant son utilisation, dont la psychothérapie institutionnelle, procède donc d'un double malentendu : d'une part, assimiler, comme le fait la désinstitutionnalisation à l'anglo-saxonne, institution à « hôpital » (Darcourt, 2014) ; d'autre part - fort de cette confusion qui était elle-même présente dans les premiers textes de la psychothérapie institutionnelle précisément parce qu'elle s'élaborait, faute de mieux, dans les lieux hospitaliers - assimiler le corpus théorico-clinique de la P.I. à ses lieux historiques pour mieux le décrédibiliser, dans un contexte où la majorité des patients sont aujourd'hui soignés en ambulatoire⁵⁴ :

« le sens le plus ancien et le plus rare du mot « institution » est « l'action d'instituer ». Ce sens nous intéresse, parce qu'il nous permet de lui rattacher une dynamique des échanges [...] Le contre-sens qu'il est fréquent de trouver dans les textes contemporains, résulte [...] du fait que l'on assimile la psychothérapie institutionnelle à la fois à une technique et à une idéologie thérapeutiques applicables uniquement à l'hôpital psychiatrique. En ce cas : plus d' « H.P. », donc plus de psychothérapie institutionnelle [...] ». (Chaigneau, 1983, p. 439)

⁵⁴ Selon les chiffres 2017 de la DREES, près de 80% des patients étaient en France suivis en ambulatoire (2000000 de patients contre 420000 suivis en hospitalisation, la plupart du temps complète). Fiche disponible à l'adresse : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/19-3.pdf>.

Nous souscrivons ainsi à l'hypothèse qu'avancait Coldefy au sujet de la place de la psychothérapie institutionnelle dans la nuance, très française, proposée au sujet du terme « institution ». Pour aller plus loin dans la qualification des effets qu'a produit l'introduction de l'idéologie de la désinstitutionalisation dans le champ psychiatrique, citons l'un des promoteurs de la P.I. dans le service public, le psychiatre Jean Garrabé :

« [...] A cette époque il n'existait guère qu'une institution s'occupant de santé mentale, l'hôpital psychiatrique qui recevait essentiellement des malades souffrant de psychoses chroniques. [...] On a conclu de cette situation que les principes de la psychothérapie institutionnelle ne s'appliquaient qu'à cette seule institution ou à ses malades. [...] En outre un malentendu s'est créé lorsqu'a été préconisée la désinstitutionalisation. Ce contre quoi il s'agit de lutter c'était l'institutionnalisme, c'est-à-dire les effets néfastes et non contre l'institution elle-même, de même que lutter contre l'hospitalisme ne veut pas dire détruire l'hôpital ». (Garrabé, 1987, p. 717)

Il nous semble que c'est la conjonction entre l'équivocité du terme « institution » et le manque de vigilance des réformateurs quant au glissement anglo-saxon du terme en langue française qui peut expliquer que la thèse que nous allons à présent défendre, appuyée sur le constat dressé par Jean-Olivier Majastre et que nous avons cité plus haut – à savoir que l'asile est *au-dehors comme au-dedans* des institutions et des hommes - n'ait pas jusqu'à aujourd'hui trouvé beaucoup d'écho parmi les psychiatres, ni parmi les chercheurs intéressés à la santé mentale et aux dispositifs de soins.

D. L'asile est partout.

Fernand Oury, le frère de Jean Oury, instituteur et père de la pédagogie institutionnelle résumait en 1980 les conséquences de l'ambiguïté du d'institution et de ses usages pour les différents courants psychiatriques européens :

L'institution dans la terminologie anglo-saxonne (Laing, Cooper, Goffman) reprise par les Italiens (Basaglia) est, par définition, *répressive* et *totalitaire*. Au contraire [...], l'institution pour les tenants de la psychothérapie institutionnelle n'est pas tant l'établissement (transformé en lieu de renfermement, en lieu de vie active et de thérapies psycho, socio, ergo, etc.) que chacune des structures à fonction désaliénante créée pour subvertir l'asile [...] Il a été rappelé, mais sans doute pas assez fort, que *ce qui soigne* ce n'est pas l'institution mais *l'institutionnalisation*, c'est-à-dire le *processus* de création, mais aussi de destruction dès qu'apparaît un risque de pétrification et d'hégémonie de telle ou telle institution. Il semble (alors) que la désinstitutionnalisation (des révolutionnaires) et l'institutionnalisation (des institutionnalistes) ne soient pas très éloignées en tant que processus politico-thérapeutique (...) » (F. Oury, 2004, p. 1)

Ce diagnostic apparaît tout à fait juste lorsque l'on opère un retour aux textes. Commençons avec les psychiatres italiens : chez Basaglia, l'influence des travaux d'Ervin Goffman est tout à fait sensible, et le terme d' « institution » est univoque, synonyme d'aliénation sociale : les asiles posent problème parce qu'ils font partie, aux côtés de l'école, de l'armée, etc., des institutions qui contribuent à l'aliénation de masse des populations. La logique que suit l'auteur est la suivante : si le plus grand des défauts de l'asile est d'être une institution totale et nécessairement aliénante, ce n'est que dans la mesure où toutes les institutions sont par nature vectrices et créatrices d'aliénation. Ceci explique la radicalité du propos de Franco Basaglia dans ses conférences des années 70 au Brésil, aux sujets des asiles et plus généralement de ce qu'il appelle « institutions » :

« A l'asile, la situation de pouvoir du médecin et de dépendance du malade ne donne aucune possibilité de mettre en œuvre une thérapie. C'est pour cela que nous proposons l'élimination de ces institutions qu'on appelle asiles. Parce que dans l'asile, on ne peut pratiquer aucune thérapie étant donné la relation de pouvoir du médecin sur le malade [...] » (Basaglia, 2007, p. 57)

« Nous pouvons parler de l'école, de l'Université, de la prison, de l'hôpital et même de la famille. Dans toutes ces institutions, existent deux pôles : l'un qui domine et l'autre qui est dominé » (Basaglia, 2007, p. 94)

Chez Cooper, l'institution était plutôt utilisée dans son sens anglo-saxon classique : elle était synonyme d'un lieu, celui de l'hôpital. Ainsi, sortie de l'hôpital et sortie de l'institution étaient pour lui équivalents, puisqu'ils amenaient à un dégagement concomitant des codes traditionnels de l'aliénation psychiatrique :

« Il fallait établir un prototype viable de petite unité autonome qui puisse fonctionner dans un grand pavillon au sein de la communauté, en dehors du contexte psychiatrique institutionnel. J'étais convaincu que de telles unités pourraient constituer le milieu thérapeutique optimal pour le type de patients qui nous intéressait, dans la mesure où elles permettraient une plus grande liberté de mouvements, et nous délivreraient des rôles hautement artificiels de patient et d'infirmier imposés par la psychiatrie traditionnelle [...] » (Cooper, 1970, p. 126).

On entend là l'opposition que fait l'auteur entre le contexte psychiatrique institutionnel et la communauté, entre le « dedans » de l'institution, à savoir l'hôpital traditionnel, et un dehors plus autonome et moins assujéti à l'histoire de la psychiatrie asilaire car ancré dans la cité.

En arrière-plan du travail de ces deux auteurs œuvre sans aucun doute, comme l'écrivait Fernand Oury, une compréhension de l'institution plus statique, qui la rend synonyme de ce que la psychothérapie institutionnelle et une partie de la sociologie française nomment « établissement ». Globalement péjoratif car assimilé à la tradition psychiatrique paternaliste et maltraitante de l'enfermement, le terme d'institution désigne alors de plus en plus un espace circonscrit pour des pratiques vectrices d'aliénation sociale, quitte à confondre totalement le point fixe avec le processus (selon les expressions de Guéry), l'*espace* avec les *pratiques*, les murs avec le tissu social intérieur. Cette logique, qui s'inscrit dans la lignée des

travaux de Michel Foucault⁵⁵, fait passer les murs du statut de garants à celui de responsables des actes qu'ils autorisent. Il s'agit là d'une métonymie qui fait parler de l' « asile » ou de l' « institution » lorsqu'en réalité ce sont les pratiques asilaires qui sont condamnées. En effet, alors que Basaglia comme Cooper soulignent avant tout un problème d'ordre relationnel, celui des carcans statutaires qui grèvent les échanges sociaux à l'intérieur de l'hôpital, la solution qu'ils y trouvent est bien métonymique : pour parler du tout des pratiques asilaires, ces deux auteurs se replient finalement sur une partie du problème, l'espace. La métonymie qui opère peut se dire ainsi : sortir des murs pour sortir des carcans relationnels.

Chez les auteurs français, et notamment les psychiatres ayant pensé le secteur, l'institution désigne au contraire autant l'établissement que le mouvement et l'action humaine. Prenons par exemple le *Livre Blanc de La Psychiatrie*, texte exemplaire de 1965, dans lequel le double sens de l'institution apparaît clairement (c'est nous qui soulignons) :

« Le fait certain, c'est que l'amélioration sensible du rendement du travail dans les *institutions hospitalières* est survenue, dans l'ensemble de ces institutions, lors d'une variation importante de l'arsenal chimiothérapique, mais que, dans les cas où un *travail institutionnel* soutenu avait pu être poursuivi antérieurement dans d'assez bonnes conditions d'efficacité, les nouveautés « psychopharmacologiques » arrivaient trop tard pour produire des effets aussi spectaculaires. » (Bonnafé et al., 1965, p. 250)

La logique est classique de la psychiatrie de secteur et de la première vague de psychothérapie institutionnelle. Elle prend le contrepied du point de vue de Basaglia tel que cité plus haut : l'institution est certes hospitalière (nul besoin de rappeler qu'en 1967, les

⁵⁵ Selon les termes de Colucci et Di Vittorio (2007) dans leur préface à *Psychiatrie et démocratie* : « En fait, dans les années 1970, son cheminement de pensée et celui de Michel Foucault apparaissent extraordinairement proches, même si chacun part d'expériences différentes [...] » (p. 15).

psychiatres avaient encore peu d'outils de soins hormis l'hôpital traditionnel et quelques sporadiques ébauches de secteurs), mais elle peut faire l'objet d'un « travail institutionnel », dont l'on entend ici qu'il s'agit d'une modification de l'ambiance du service accompagnant la chimiothérapie. L'institution est donc, si on la travaille, potentiellement créatrice de soins – à tout le moins, potentiellement créatrice d'autre chose que de rapports de domination et d'aliénation sociale.

C'est cet *autre chose*, ce pari du pouvoir soignant de l'institution, qui amenait les psychiatres de secteur à souhaiter non pas l'évitement de toute hospitalisation, mais sa transformation en un moment comme un autre du parcours de soin. C'est dans cet *autre chose* que peut proposer l'institution et qui reliait psychiatrie de secteur et psychothérapie institutionnelle que nous voyons aujourd'hui la possibilité de réactualiser le second mouvement, en le confrontant aux questions théoriques et pratiques que se posent les soignants d'aujourd'hui. Les mots de la préface de François Tosquelles au livre de Ginette Michaud *La borde, un pari nécessaire* nous apparaissent à ce titre encore d'une grande modernité, dans la façon que celui-ci avait d'appuyer sur la fragilité du développement des institutions, qu'un travail analytique devait permettre de ne pas étouffer :

« Participant moi-même à des groupes de soignants en détresse, il m'est arrivé de leur dire inlassablement qu'il ne convenait point de confondre la notion d'établissement avec celle d'institution, que notre objectif tactique, dans et en dehors des établissements, au cours d'un projet psychothérapeutique, était de ne pas étouffer dans l'œuf « in loco nasciente », les institutions que l'homme fou ou pas, constitue « existant – avec – les -autres ». (Tosquelles in Michaud, 1977, p. XI)

La psychothérapie institutionnelle prend certes elle aussi en compte le double sens du mot institution, mais la distinction y est clairement faite entre l'espace réel et symbolique de l'établissement et les pratiques et coutumes qui s'y développent et méritent le nom d'institution. C'est d'ailleurs cette distinction qui permettait à Tosquelles de souligner la nécessité des deux pôles, celui de l'établissement et celui de l'institution (2001) :

« [...] pour nous, en tout cas, il n'est pas question de limiter le concept d'institution à celui d'établissement de soins. Et je ne nie pourtant pas que des établissements de soins soient souvent indispensables et fort utilisables si on se coltine et si on s'attache au service des besoins thérapeutiques, à l'ouverture et au maintien des articulations et des circuits institutionnels [...] » (in J. Oury, 2001, p. 17)

On entend ici, nous semble-t-il, combien le travail institutionnel ne devait pas se faire au détriment des établissements mais à partir d'eux, grâce à leur utilisation raisonnée et guidée par les « besoins thérapeutiques ». Jean Oury lui aussi a longtemps plaidé non pas pour la destruction de l'axe vertical des établissements, mais par sa subversion par une structure transversale mieux à même qu'une administration inerte de répondre, là encore, aux besoins des malades :

« La plupart du temps, la structure de l'établissement est verticale, disons en pyramide. [...] C'est très difficile de s'attaquer directement à une structure pareille, mais s'il est admis qu'on peut créer une autre structure, qui ne sera pas verticale mais horizontale, qui n'aura pas une espèce d'axe rigide, mais qui aura plein de petits axes, ce que j'appelle une structure polycentrique (recentrée par un secrétariat, une assemblée générale, des ateliers, etc., afin que les gens puissent prendre des responsabilités) on se trouvera devant la nécessité d'inventer des ateliers de toutes sortes, qui restent longtemps ou qui disparaissent – d'inventer quelque chose de très mouvant, qui puisse s'adapter à la demande des malades qui sont là. » (J. Oury, 2016, p. 33)

Pour la psychothérapie institutionnelle, l'institution est donc ce qui se passe à l'intérieur des murs d'un établissement. Cette vision recoupe l'antipsychiatrie et le secteur en reconnaissant que l'institution, c'est-à-dire la structure mouvante des échanges sociaux, peut être sclérosée, mais ce faisant elle implique aussi que les murs d'un établissement peuvent abriter des pratiques thérapeutiques ; autrement dit, pour revenir à la citation des psychiatres

de secteur, qu'un *travail institutionnel* est possible dans un établissement quel qu'il soit. Nous retrouvons là la position qu'avait exprimée François Tosquelles au sujet des rapports en psychothérapie institutionnelle et antipsychiatrie :

« L'anti-psychiatrie ne peut prétendre à une efficacité quelconque que par un cheminement opposé à celui qu'elle a formulé : c'est par des surplus d'opérativité de la psychiatrie, en aiguisant l'appareil conceptuel de l'activité psychiatrique, qu'on fait une anti-psychiatrie (classique) efficace. Et cela sur le plan du réel, celui du travail de tous les jours, terre à terre, et pas par la fuite dans des produits de l'imagination : l'ailleurs des mirages enchanteurs. Cela dit, j'espère qu'on saisira plus facilement mes bouderies fréquentes, devant la « dénégation des institutions » - celle des institutions en dénégation de Basaglia par exemple ; et même devant le concept d'éclatement des institutions, que plus près de nous on a formulé ». (Tosquelles in Michaud, 1977, p. IX)

E. Un malentendu risqué pour la psychothérapie institutionnelle.

Le malentendu sur la notion d'institution, qui a entre autres perduré du fait d'un manque de vigilance terminologique des promoteurs de la psychothérapie institutionnelle, a donc fait oublier à ses détracteurs que l'institution, pour la P.I., était le pendant relationnel, référé au transfert et aux conflits psychiques, de l'établissement. Jamais totalement autonome et indépendante de l'établissement, elle n'en a pas moins une vie propre, faite d'affects et de représentations fantasmatiques ; sur le modèle de ce que Jean Laplanche avait proposé pour la naissance de la pulsion par étayage sur des fonctions biologiques fixes, nous pourrions dire que l'institution naît par étayage sur un établissement qui s'en fait le nid et le cadre. Ce rattachement à l'établissement n'est cependant pas anodin : l'institution est processus, et ce processus a des en retour des répercussions sur l'établissement. C'est en ce sens qu'Oury a pu écrire, dès 1958 :

« il n’y a pas d’institution en soi, mais une dialectique inter-humaine très complexe [...] Le travail psychiatrique exige le développement, dans la personnalité de chacun, de structures très particulières : disponibilité, vigilance, attitude communicative, etc. Ces structures ne sont pas acquises par des techniques ordinaires mais par une certaine forme d’engagement existentiel dans ce système de travail très particulier. Rien ne doit être négligé cependant pour informer le personnel d’une façon optimum, des problèmes théoriques et pratiques. Les institutions doivent être constamment orientées dans ce sens [...] ».
(J. Oury, 2001, p. 53)

Le contexte de notre recherche laisse cependant plutôt penser à une victoire du courant « anti-institutionnel » d’inspiration basaglienne dans la bataille pour les faveurs des Ministères de la Santé successifs, puisque le mot d’ordre des récentes réformes en santé mentale a toujours consisté à réduire la place des « institutions » au profit de plus d’ambulatoire et de soins dans la communauté. Ce mouvement présente des avantages et des inconvénients que nous avons soulignés tout au long de ce chapitre, mais il fait surtout courir un risque particulier à la psychothérapie institutionnelle et plus globalement aux structures de soins et d’accompagnement : celui de penser qu’en l’absence d’hôpital, les écrits et les théories développées par des psychiatres qui n’avaient comme arsenal thérapeutique que leurs établissements et de vagues début de chimiothérapie ne sont plus utiles, autrement dit que le travail institutionnel est devenu caduque. L’hôpital spécialisé serait voué à devenir la relique d’une époque asilaire que la collectivité est persuadée d’avoir laissé derrière elle et il serait dorénavant inutile de se référer aux textes des psychiatres réformateurs, si ce n’est pour souligner leur projet d’atteindre un jour la ville et de développer le « pouvoir soignant du peuple » (Bonnafé, 1977) au détriment de celui de l’institution. L’institution, c’est l’hôpital, entend-on souvent dire, et si l’hôpital n’est plus, la psychothérapie institutionnelle non plus.

Cette démarche pose à notre sens deux problèmes interconnectés : celui du manque de référence à l’histoire parmi les non-initiés, d’une part, et celui du repli sur l’histoire chez ceux qui la connaissent, de l’autre. En effet, comme nous l’avons souligné dans notre introduction,

la relative ignorance du mouvement des thérapeutiques institutionnelles dans laquelle se trouvent aujourd'hui de nombreux psychistes – psychiatres et psychologues confondus – a laissé le champ libre à des recherches provenant d'autres disciplines qui se sont chargées d'en faire l'histoire, la sociologie, l'analyse politique et même la géographie. Au quotidien et dans la pratique, d'autres courants semblent les avoir remplacées - réhabilitation psychosociale, rétablissement, santé mentale dans la communauté -, qui prolongent voire réinventent parfois sans s'y référer, quarante ans plus tard, les intentions des réformateurs. Il serait bien entendu absurde d'exiger que des corpus venus d'outre-Atlantique s'implantent en France avec son histoire psychiatrique pour référence. Toutefois, si les apports de ces nouveaux courants humanistes ont pu générer, chez les praticiens français, un choc potentiellement facteur de reprise de la pensée et de créativité, à la faveur de la surprise valorisante du « cela, nous le faisons déjà », ils ont aussi contribué à un sentiment de non-reconnaissance du travail accompli dans les services de psychiatrie, au profit de modes qui ont encore à prouver leur pérennité dans le système de santé mentale français.

L'arrivée sur le marché de ces nouveaux courants masque cependant un problème plus profond du traitement de l'histoire de la psychiatrie : celle-ci s'est figée, au fil des récits, en un mythe de la réforme des soins psychiatriques qui, selon ses passeurs, est raconté du point de vue de la branche sectorielle ou de la branche plus psychanalytique. Si l'histoire du secteur a plutôt été tirée vers une idéalisation consensuelle de la naissance du dispositif, symbolisée par la circulaire de mars 1960, la psychothérapie institutionnelle a en revanche plutôt pâti de la méfiance que suscitait l'aura mystérieuse de la clinique de La Borde et la psychanalyse lacanienne dans son ensemble. Dans son texte sur la transversalité paru en 1965 dans le premier numéro de la Revue de Psychothérapie Institutionnelle et reproduit dans son livre *Psychanalyse et transversalité*, Félix Guattari introduisait le mouvement de psychothérapie institutionnelle comme ceci :

« La thérapeutique institutionnelle est une enfant fragile. Il convient de suivre de près son développement et de surveiller ses fréquentations, car elle est fort mal entourée. La menace mortelle qui pèse sur elle ne réside pas dans une débilité

congénitale, mais plutôt dans le fait que toutes sortes de factions sont à l'affût de lui ravir son objet spécifique » (Guattari, 1972, p. 72)

Si l'avertissement s'adaptait bien au contexte de foisonnement idéologique des années 60 en la matière, force est de constater qu'il est toujours d'actualité. Ce que nous avons choisi d'appeler psychothérapie institutionnelle, pour les raisons que nous allons exposer plus longuement dans notre partie méthodologique, est toujours une enfant fragile : classée comme méthode « non-consensuelle » par l'HAS en 2012, elle ne semble, depuis plusieurs dizaines d'années déjà, plus vraiment à l'ordre du jour. Les raisons du désamour relatif des équipes soignantes et des administrateurs pour ce courant sont plurielles, mais la tendance à la fétichisation, ou a minima à la mythification de l'héritage de « la » psychothérapie institutionnelle est probablement à interroger. Quelques établissements ou structures de soins font encore, en France, figure de phare dans la nuit sécuritaire dénoncée par de nombreux soignants⁵⁶, et servent tant d'idéal que d'objet d'agressivité : La Borde en est un bon exemple. Le récit presque mythique de la grande aventure de la psychothérapie institutionnelle a certes fait tenir des centaines de soignants en France, mais il a aussi transformé le mouvement de psychothérapie institutionnelle en un modèle, puis amalgamé ce modèle à son berceau. C'est entre autres ce double glissement - d'une praxis vers un modèle, d'un modèle vers un lieu emblématique – qui a permis à ses opposants de dire que la psychothérapie institutionnelle n'apportait pas d'autre solution que le gardiennage des patients dans des *institutions* dépassées, tant du point de vue architectural que des techniques thérapeutiques proposées, comme le notait déjà Philippe Rappard en 1983 :

⁵⁶ Nous reprenons l'expression au Collectif des 39 contre la nuit sécuritaire, souvent raccourci en Collectif des 39, qui a vu le jour en 2008, au lendemain du discours de Nicolas Sarkozy à l'hôpital Erasme d'Antony. Ce discours était resté dans les mémoires pour deux raisons : l'annonce de l'hôpital-entreprise, d'une part, mais aussi et surtout la décomplexion vis-à-vis d'une approche sécuritaire et stigmatisante de la maladie mentale assimilant les malades à des fous dangereux. Leur site web est accessible à l'adresse suivante : <http://www.collectifpsychiatrie.fr/>.

« Cette vision étroite qui consistait à assimiler ou à confondre l’institution, soit avec l’établissement hospitalier, soit avec la « clinique privée psychiatrique », soit avec « l’institut médico-pédagogique » etc. a abouti au rejet de la psychothérapie institutionnelle en même temps qu’étaient réfutés les établissements [...] on a perçu comme opposées l’une à l’autre la psychothérapie institutionnelle et la psychiatrie de secteur parce qu’on a confondu la première avec l’intra-hospitalier et la seconde avec l’extra-hospitalier » (Rappard, 1983, pp. 452–453)

Finalement, c’est bien, nous semble-t-il, la question du sens donné au terme d’institution qui a pour partie sonné le glas théorique du mouvement de psychothérapie institutionnelle. Nous avons tenté de montrer comment un glissement de sens s’était opéré qui avait fait pénétrer le sens anglo-saxon dans la langue française, et comment les psychiatres s’en étaient méfiés trop tard, préoccupés qu’ils étaient tout d’abord par le manque de moyens matériels⁵⁷, puis par la justification de la présence de la psychanalyse dans les services de soins, en tant qu’elle permettrait d’en améliorer l’ambiance par son écoute du transfert. Nous avons cependant soutenu qu’assimiler l’asile à un lieu était une erreur que de nombreux praticiens avaient repérée comme un faux-ami des politiques publiques de la psychiatrie ; cette dernière démonstration va, nous semble-t-il, dans le sens d’un retour théorico-pratique à une psychothérapie institutionnelle actualisée, seul courant à même valoriser la créativité des équipes au quotidien.

⁵⁷ Dont l’apogée de la dénonciation se situe entre les Journées du Livre Blanc, qui se terminèrent en 1966, et le « Livre Noir du service de santé mentale français », paru en deux dossiers de *l’Information Psychiatrique* de 1974.

V. Conclusion : Quelle créativité dans les pratiques ? Le renouveau de la psychothérapie institutionnelle.

« comment définir, même provisoirement, la psychothérapie institutionnelle ? On utilisait souvent le terme de « thérapeutique institutionnelle ». Cela voulait dire : profiter au maximum des structures existantes afin d'essayer d'exploiter tout ce qui peut servir à soigner les malades qui y vivent » (J. Oury, 2016, p. 8)

Finalement, tout notre développement a souhaité donner du crédit à l'hypothèse que la conjoncture actuelle ouvre des portes nouvelles et inattendues à une réactualisation de la psychothérapie institutionnelle dans le paysage de la santé mentale, et ce malgré les obstacles hérités de l'histoire récente de la transformation du dispositif de soins psychiatriques. Quelque chose semble se rejouer sans cesse dans l'organisation du traitement réservé aux malades mentaux, et il nous semble possible d'étendre cette hypothèse à ce que vivent les équipes dans le champ du soin psychique. Les parties successives de ce chapitre ont tenté de cerner sans pouvoir l'atteindre tout à fait le Réel du soin, sachant bien que ce Réel est par essence de l'ordre de la pratique pure, et qu'une partie de sa vérité disparaît lorsqu'on tente d'en offrir une théorie systématisée.

Ainsi avons-nous tout d'abord souligné que les apports récents sous le nom de la « qualité de vie au travail » sonnaient étonnamment familiers aux oreilles d'une clinicienne orientée par la psychanalyse, tant ils semblaient poser la question du ciment relationnel à l'œuvre dans les équipes de soins et l'ambiance des services. Après avoir éclairé la façon dont les recherches récentes tentaient de dire ce Réel intangible de la pratique collective, nous avons montré que le champ de la psychiatrie avait connu, avec l'arrivée de la « santé mentale », une transformation de ses relations avec le politique qui avait pu refouler l'une des principales leçons de l'histoire de la psychiatrie en Occident au sujet de ce qui faisait le cœur de l'asile. Nous avons donc tenté d'établir en quoi *l'empowerment* et la désinstitutionalisation ne suffisaient pas pour rendre compte des relations et des échanges à l'œuvre entre les

différents acteurs du soin et de l'accompagnement, en tant notamment qu'ils ne tenaient pas compte de la réflexion française sur les institutions ni des savoirs qui avaient été élaborés par les psychiatres réformateurs, sous prétexte que ceux-ci étaient trop datés pour éclairer le système actuel.

A l'appui de notre tentative de réactualisation de ces savoirs, nous avons voulu appuyer l'hypothèse qu'une erreur s'était glissée dans le diagnostic opéré par le mouvement anti-institutionnel : si l'existence même de l'asile incarnait pour Franco Basaglia une contradiction entre la nécessité du traitement et l'impératif social du gardiennage des fous (Basaglia, 1982), il n'est pas possible pour autant et en tout temps d'en déduire que c'est l'institution asilaire elle-même qui est responsable des pratiques asilaires. Ce que les mouvements antipsychiatriques ont ignoré, et avec eux les politiques publiques actuelles en matière de santé mentale qui s'en sont inspiré, c'est ce constat qu'au-delà des murs, ce sont aussi ceux qui travaillent ou vivent aux côtés des fous qui portent en eux une partie du pouvoir et de la responsabilité de perpétrer des pratiques asilaires ou de ruser (au sens de Michel de Certeau, 1990) pour dépasser l'impératif de gardiennage et transformer les lieux de soins de l'intérieur. La versatilité de toute entreprise de désaliénation, que l'antipsychiatrie comprend comme une résistance au changement inhérente à tout établissement (asile ou hôpital), est en réalité l'une des caractéristiques premières de toute institution, c'est-à-dire de toute construction commune de normes et de coutumes de coexistence.

Il nous semble que l'inévitable désillusion qu'occasionnera le modèle selon lequel la destruction des espaces symbolisant la ségrégation garantirait, tel un vaccin, que jamais plus un lieu de traitement ne puisse devenir un lieu d'exclusion à partir du moment où celui-ci est en contact avec le peuple, aura l'intérêt de faire glisser l'attention du *lieu* vers la collectivité de *personnes* qui donnent aux murs de toute institution une vie psychique bien singulière. Il s'agit toujours, au fond, de la quête d'une méthode efficace de désaliénation sociale des patients passant par le remaniement des relations entre ceux qui utilisent les services de santé mentale et ceux qui y travaillent, afin de faire émerger des pratiques collectives et démocratiques. Nous nous situerons tout au long des lignes à suivre dans une perspective clinique sur l'institution, autrement dit du côté d'une conception de l'institution focalisée sur le mouvement et le développement intégrés au cœur des pratiques et des usages des acteurs qui la construisent. A partir de cette pensée d'une institution en mouvement, toujours

articulée à un établissement et son organisation - pensée qui a traversé les décennies et les disciplines, entre psychiatrie, sociologie et histoire -, nous proposons de réhabiliter la notion d'institution dans le corpus théorico-pratique de la santé mentale dans la communauté. Nous distinguerons à partir de maintenant l' « organisation » de l' « institution », la première étant liée à l'établissement, la seconde à cette structure « autre » dont parlait Jean Oury qui y prend racine, s'y développe et s'en distingue, à savoir la vie institutionnelle. Différencier l'organisation établissementale et la vie institutionnelle permet de distinguer, pour mieux les ré-articuler, les pratiques professionnelles et l'espace qui leur est dévolu. Tout ceci est à notre sens éminemment important pour comprendre ce qui se passe dans les collectifs qui se forment à l'intérieur des petits établissements disséminés dans un secteur, et plus largement dans la communauté.

Nous soutiendrons dans la suite ce travail que ce que l'organisation des soins en santé mentale a aujourd'hui de plus précieux est son histoire, ses principes, en tant qu'ils peuvent être remaniés et réappropriés par les équipes. On argumentera peut-être qu'aujourd'hui les équipes des secteurs sanitaire et médico-social, dépassées par leurs sous-effectifs, par les coupures budgétaires et l'ambiance délétère des établissements de santé mentale, n'ont plus le temps ni l'occasion d'effectuer ce travail quotidien contre l'aliénation. Nous répondons, au contraire, qu'un certain nombre de paramètres qu'avaient déjà repéré les psychiatres réformateurs en leur temps sont toujours au travail, dans chacun des services de soins et d'accompagnement destinés aux personnes souffrant de troubles psychiques. Ces paramètres, que nous avons nommé opérateurs, interrogent tout service de soins, toute structure d'accompagnement, dans des mesures diverses et propres à chaque lieu. Notre thèse tentera d'en proposer une classification afin de désigner les champs spécifiques d'action et de réflexion que les professionnels se réapproprient de façon consciente et inconsciente en fonction des rythmes institutionnels.

Chapitre 2. Cadre méthodologique d'une recherche de terrain en psychologie clinique

I. La « sensibilité du chercheur » : secteur, psychothérapie institutionnelle et clinique d'orientation analytique.

Tout chercheur porte avec lui un ensemble de positions épistémologiques, idéologiques (Braun, Clarke, & Rance, 2014) qui agissent dans son travail sans qu'il en ait toujours pleinement conscience :

« En recherche qualitative, on parle aussi de la « sensibilité théorique et expérientielle » du chercheur. Cette sensibilité oriente toujours le regard de l'analyste et donc sa facilité à trouver telle ou telle thématique plutôt qu'une autre. La notion de sensibilité théorique est liée à la formation initiale et continue du chercheur ainsi qu'à son expérience de recherche, particulièrement celle de terrain. » (Paillé & Mucchielli, 2015, p. 240)

Notre recherche n'est pas exempte d'une telle sensibilité à ce qui fait le cœur de notre sujet, qu'il est donc nécessaire ici d'explicitier afin d'en cadrer l'influence sur nos résultats. Cette explicitation nous semble d'autant plus importante que nous avons choisi la méthode de l'analyse thématique de corpus textuels, qui fait fortement intervenir la subjectivité du chercheur dans l'interprétation du matériel pour étudier notre corpus. Si nous suivons certes partiellement Bourdieu lorsqu'il écrit :

« [...] nos choix en apparence les plus personnels, les plus intimes, et, par là, les plus chers, celui de notre discipline, de nos sujets de prédilection [...] de nos

orientations théoriques et méthodologiques, trouvent leur principe dans des dispositions socialement constituées où s'expriment encore, sous une forme plus ou moins transfigurée, des propriétés banalement sociales, tristement impersonnelles » (Bourdieu, 2003, p. 46)

Nous pensons tout de même qu'au-delà du déterminisme social, c'est en grande partie notre parcours de clinicienne en formation qui nous a poussée à investiguer le corpus de la psychothérapie institutionnelle ; c'est depuis ce parcours singulier qu'il nous faut donc commencer notre cheminement de recherche.

A. Secteur et psychothérapie institutionnelle

L'ensemble des stages que nous avons faits dans le milieu de la santé mentale a eu lieu dans des structures dont la référence était soit ouvertement, soit dans des discussions plus informelles, celle de la psychothérapie institutionnelle. Cette empreinte a donc fortement marqué notre cursus de psychologie clinique. Notre premier stage nous a amenée à être élue pendant deux ans au Conseil d'Administration d'un Club thérapeutique parisien ; nous avons également passé un été peu avant la mort de Jean Oury à la Clinique de La Borde, au moment du tournage du film de Martine Deyres, *Le sous-bois des insensés*. Plus que par le personnage Jean Oury lui-même, nous avons été fascinée par son écriture, et petit à petit par l'ensemble des retours d'expériences des psychiatres réformateurs – ceux qui, après la Seconde Guerre mondiale, ont posé tant les bases de la psychothérapie institutionnelle que celles de ce qui allait devenir la politique française d'organisation des soins aux malades mentaux : la sectorisation. C'est cependant en revenant de la Clinique de La Borde qu'a germé en nous la conviction qui a fait le lit de cette recherche, à savoir que les principes de la psychothérapie institutionnelle étaient faits non pas pour s'incarner dans un lieu, mais pour guider le quotidien de toute structure de soins à l'intérieur de ce dispositif novateur qu'était et est toujours la psychiatrie de secteur.

Notre deuxième point particulier de sensibilité, que nous avons évoqué dans notre introduction, concerne l'état actuel du dispositif de santé mentale français. L'ensemble des difficultés traversées par la psychiatrie, dont nous avons montré qu'elles s'intégraient dans

une problématique plus large de l'hôpital public, pourrait faire oublier le travail quotidien des équipes dans le sanitaire - mais aussi le médico-social, qui accueille aujourd'hui nombre de personnes dites « handicapées psychiques ». Les professionnels nous en ont parlé en *off*, dans les couloirs, à des séminaires ou à des colloques : la psychiatrie a une tradition de la transmission orale, et a du mal à valoriser ce qu'elle fait. Nous sommes ainsi consciente qu'en allant rencontrer des professionnels, en les observant et en faisant « parler » l'espace dans lequel ils pratiquent et leurs pratiques elles-mêmes, nous nourrissons le fantasme de faire entendre la voix de ceux qui sont fort peu écoutés dans le débat public. Il s'agit de montrer que le savoir-faire psychiatrique dépasse et subvertit parfois les difficultés au niveau le plus microscopique, celui du colloque singulier et de la collégialité ; pour reprendre un terme très usité dans le rapport du Groupe de Recherches en Soins Infirmiers sur l'informel en psychiatrie (2012), qu'il faut « démutiser » la pratique des soins et de l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques. Ainsi avons-nous été guidée, dans cette recherche, par le souhait de faire parler la praxis dans sa diversité et donc de nous décaler d'un point de vue centré sur la capitale, au profit d'une hétérogénéité des terrains qui reflétait bien mieux la disparité de l'offre en santé mentale en France.

Cette double sensibilité que nous venons d'évoquer a déterminé le champ disciplinaire de notre thèse – établissements sanitaires et médico-sociaux pour adultes en France - et sa méthode – entretiens semi-directifs retranscrits accompagnés et complétés par des observations de terrain. Il nous semble cependant tout aussi important de signaler certaines prénotions avec lesquelles nous avons débuté cette recherche et dont nous avons dû, au cours de la thèse, corriger les effets. Si le terme de prénotation vient de la philosophie, c'est la sociologie d'Emile Durkheim qui l'a popularisé et lui a donné sa connotation relativement négative pour le travail de recherche :

« Durkheim appelle à rompre avec les prénotions (terme qu'il emprunte au philosophe Francis Bacon) avant et afin de s'engager dans une démarche sociologique. C'est là, selon lui, « la base de toute méthode scientifique » [...] Produits de l'expérience, les prénotions sont formées « par la pratique et pour elle ». Elles sont donc indispensables à la vie en société. Par contre, d'un point de

vue théorique, elles peuvent être non seulement fausses, mais également « dangereuses ». Si le sociologue travaille au niveau de ces idées toutes faites, il développe en effet une « analyse idéologique » et non une « science des réalités » ; il n'accède pas aux choses, mais à un « substitut » de celles-ci. Ces prénotions sont en outre trompeuses : « Elles sont [...] comme un voile qui s'interpose entre les choses et nous et qui nous les masque d'autant mieux qu'on le croit plus transparent. » (Béraud in Paugam, 2010)⁵⁸

Deux de nos prénotions ont particulièrement été bousculées par la rencontre avec le terrain. La première dérivait d'un discours particulier sur l'état de la santé mentale en France, discours auquel nous étions sensible car il était majoritairement porté par des praticiens (psychiatres, psychologues, infirmiers...) d'orientation psychanalytique : celui de l'engloutissement de la discipline psychiatrique dans le « santémentalisme » (Bellahsen, 2014), qui recouvrait plus globalement l'hypothèse d'un lien de causalité direct, descendant, entre les politiques publiques et la pratique quotidienne des acteurs de terrain. C'est cette prénotation qui nous a amenée à intégrer une question dans notre guide d'entretien au sujet de l'impact des lois sur la pratique ; nous détaillerons tout à l'heure la raison pour laquelle nous avons, au bout de quelques semaines de terrain et d'entretiens, décidé de laisser cette question de côté afin de nous concentrer sur la réalité psychique des professionnels au travail.

Notre deuxième prénotation, fortement liée à la première, consistait à penser qu'il était possible d'analyser ce qu'on regroupe sous le terme des « politiques publiques » en matière de santé mentale de la même façon que l'on analysait un discours. Ce postulat posait un problème qui nous a suivi pendant toute une partie de notre parcours de thèse : celui d'une interdisciplinarité conduite à l'aveugle. En effet, partie de la nécessité de comprendre le contexte dans lequel pratiquaient les professionnels, nous avons lu rapports, lois, circulaires et autres textes émanant du champ « politique » au sens large ; plus encore, consciente de notre sensibilité au sujet que nous abordions, nous avons emprunté notre pratique de terrain

⁵⁸ L'article, définissant ce qu'est une « prénotation » pour la sociologie, est disponible en ligne à l'adresse suivante : <https://journals.openedition.org/sociologie/1994>. Consulté le 20 août 2018.

à la sociologie, pour ensuite réaliser que si notre cadre de travail en était inspiré, notre positionnement disciplinaire ne nous permettait pas de produire une analyse sociologique et qu'ainsi nous devions trouver, pour l'analyse de notre matériel, un cadre spécifique à la psychologie clinique d'orientation analytique.

B. Clinique d'orientation analytique

Il nous a donc fallu définir le statut d'une recherche clinique d'orientation psychanalytique et portant sur les institutions. Cette définition commencera par l'exclusion de trois approches. Premièrement, nous ne nous attarderons pas sur la perspective de la psychanalyse des institutions, menée par René Kaës, Eugène Enriquez et José Bleger entre autres (Kaës et al., 2000) car elle a tendance à assimiler les institutions aux groupes, autrement dit à évincer leur ancrage politique⁵⁹. Deuxièmement, nous ne nous travaillerons pas non plus avec le courant de l'analyse institutionnelle, qui en abandonnant le terme de psychothérapie s'est concentré sur l'aspect politique des phénomènes institutionnels – et qui par ailleurs procède plutôt d'un « élargissement de la perspective pédagogique » des sciences de l'éducation (Blanchard-Laville, Chaussecourte, Hatchuel, & Pechberty, 2005; Boumard, 1996), plutôt que d'une filiation directe avec le milieu psychiatrique et l'histoire de la psychothérapie institutionnelle. Schématiquement, nous pourrions dire que la psychanalyse des institutions se propose d'appliquer aux institutions sociales la grille psychanalytique, tandis que l'analyse institutionnelle au sens de René Lourau (Lourau, 1970) utilise tant la sociologie que les outils analytiques pour décortiquer ce qui se passe dans les institutions et en offrir une compréhension. Finalement, nous ne nous attacherons pas non plus au courant de la psychosociologie des institutions (Rouchy & Soula Desroche, 2010), au profit d'une plus grande communauté théorique avec certains praticiens belges inspirés par la psychothérapie

⁵⁹ En témoigne par exemple cette définition donnée par Franco Fornari, qu'il justifie à partir d'extraits des écrits dits « sociologiques » de Freud : « les institutions sociales peuvent être considérées et décrites comme des mécanismes de défense contre l'angoisse primaire persécutrice et dépressive » (Fornari in Kaës et al., 2000, p. 95)

institutionnelle qui ont édité un *Manuel de Pratiques Institutionnelles* duquel nous nous sentons, dans le positionnement et les résultats de cette recherche, épistémologiquement proche (Meynckens-Fourez, 2013).

Francis Danvers spécifie les contours de l'approche clinique d'orientation analytique en disant qu'elle est « sensible aux vérités de l'inconscient, à la nature pulsionnelle des choix existentiels et aux conflits identificatoires » (Danvers, 2010, p. 110). Nous compléterons cette définition de l'approche clinique d'orientation psychanalytique grâce à la jambe politique du corpus de la psychothérapie institutionnelle. Si la P.I. fait partie du corpus des approches cliniques de l'institution, elle nous paraît avoir une spécificité importante, qu'il s'agisse de sa première vague – celle de l'article princeps de Daumézon et Koechlin - ou de sa seconde vague, plus ancrée dans la psychanalyse lacanienne, lorsqu'elle énonce que la phase d'analyse n'est pas une fin en soi mais un moyen de mettre en œuvre le projet de *mieux soigner*. Les outils que les professionnels ont pour penser, qu'il s'agisse d'outils sociologiques (et éminemment politiques) ou psychanalytiques, servent donc une visée prescriptive et programmatique : soigner l'institution veut bien dire y changer quelque chose, dans le sens d'un gain thérapeutique.

Cette approche peut paraître en contradiction avec les principes fondamentaux d'autres disciplines issues du champ plus large des sciences humaines et sociales (nous pensons ici notamment à la sociologie, dont le paradigme est plus souvent descriptif que prescriptif), mais elle reste à notre sens compatible avec les *méthodes* de travail que ces disciplines utilisent dans le monde de la recherche. Nous n'avons donc pas souhaité trouver ou appliquer une méthodologie spécifiquement d'orientation analytique, ni établir qu'il était possible de faire de la recherche « en psychanalyse » ; bien plutôt, la combinaison de méthodes que nous avons utilisées pour cette recherche était destinée à indiquer comment, à travers une méthodologie non-imprégnée de psychanalyse, il était possible d'obtenir un matériel analysable grâce à des outils conceptuels psychodynamiques voire de montrer, en écartant nos biais de départ, la pertinence d'une grille de lecture clinique inspirée par la psychothérapie institutionnelle.

C. La « psychologie fondamentale de terrain »

Au fur et à mesure de nos expériences de terrain, nous avons toutefois aussi ressenti le besoin de nous référer, même momentanément, aux paradigmes de la psychologie du travail les plus proches d'une clinique d'orientation analytique, à savoir la psychodynamique du travail, portée par Dejours, et la clinique de l'activité, portée par Yves Clot et l'équipe de psychologie du travail du Conservatoire National des Arts et Métiers. Même si la clinique de l'activité n'est pas notre référentiel théorico-pratique, la méthodologie adoptée par Clot et ses collaborateurs pour articuler théorie et pratique de terrain tout en leur gardant des espaces et des temps séparés (contrairement à la recherche-action⁶⁰) nous a paru pertinente pour décrire la relation que nous souhaitons développer entre notre présence sur le terrain et la présentation de nos résultats de recherche. Qualifiée de « psychologie fondamentale de terrain », cette façon de faire permet selon lui d'échapper à ce qu'il appelle une antinomie épistémologique :

« soit une recherche-action ouvrant sur un savoir fonctionnel mais localisé ; soit une recherche experte où la généralisation bute sur les impasses de « l'application ». Or, on peut échapper à ce dilemme inhibiteur en provoquant un développement de l'expérience et en étudiant ensuite les mécanismes généraux d'un tel développement. Ce dernier devient alors objet et méthode de recherche. L'analyse des mécanismes migratoires grâce auxquels un fonctionnement vécu change de place dans l'activité pour accéder à d'autres fonctions en s'y développant peut alors devenir l'objet d'une psychologie fondamentale de terrain » (Clot, 2007, p. 90)

⁶⁰ « À propos du rapport entre action et recherche par exemple, la clinique de l'activité, à la différence de la psychosociologie du travail, ne relève pas de la « recherche-action » mais de ce que l'on appelle une « recherche fondamentale de terrain » (Clot, 2008a). Dans cette voie, le temps de l'action et le temps de la recherche se veulent nettement distincts » (Bonfond & Clot, 2018, p. 3)

S'il nous paraît difficile d'affirmer que notre présence dans les établissements où nous nous sommes rendue a donné lieu à un « développement de l'expérience », il est cependant évident que le fait même de notre présence a modifié les phénomènes que nous étions venue observer. L'observation n'avait alors pas le but premier de restituer objectivement la réalité des pratiques professionnelles, mais bien de se faire le support d'un discours que les professionnels volontaires allaient, en notre présence et *parce que nous étions présente*, être amenés à porter sur leurs propres pratiques.

Tenter de déterminer le degré de convergence ou de divergence des problématiques soulevées par les promoteurs de la psychothérapie institutionnelle et les professionnels d'aujourd'hui a toutefois impliqué de comparer deux corpus de données distincts et différents. Nous nous sommes donc penchée sur les travaux méthodologiques d'autres disciplines, notamment pour l'enquête de terrain, mais aussi sur des travaux plus proches de nous, en psychologie, afin de définir une méthode commune d'analyse des données recueillies : l'analyse thématique.

Nos données sont certes de natures différentes, car elles ont été récoltées selon deux méthodes distinctes (étude de documents et enquête de terrain), mais elles constituent deux parties complémentaires de nos résultats de recherches car l'analyse de l'une n'aurait pas de sens sans l'analyse de l'autre. Ainsi notre corpus « ancien », issu de documents produits par les auteurs de la psychothérapie institutionnelle et qui a été traité par analyse thématique séquentielle, a-t-il donné des résultats qui ont servi de base à l'analyse des données issues de nos recherches de terrain. Plutôt que de présenter notre méthodologie dans l'ordre chronologique des actions réalisées, nous décrirons les étapes de cette recherche en fonction de l'ordre dans lequel apparaîtront les résultats ci-après : l'étude de documents proposée à partir d'un corpus bien délimité d'écrits référés à la psychothérapie institutionnelle dans un premier temps, et le travail sur les données récoltées grâce à nos observations et nos entretiens sur le terrain dans un second temps.

II. Délimitation et étude du premier corpus : la « psychothérapie institutionnelle »

« Certains de nous, en effet, se réclament de pratiques qui apparaissent à d'autres difficilement applicables, voire utopiques et, sinon erronées, du moins fort contestables. Un refus d'en débattre aurait sérieusement altéré nos rapports et une communauté de vue, que je crois certaine malgré de multiples divergences, et qui est la raison même de notre existence en tant que groupe de travail » (L. Le Guillant, 1984, p. 139)

« Toute thérapeutique est transformation du milieu au sens le plus large du mot » (Simon, 1929, p. 86)⁶¹

Parler de psychothérapie institutionnelle n'a rien d'évident. Le terme a une histoire, et comme le soulignait Philippe Rappard en 1983, « la psychothérapie institutionnelle est aussi liée à la structure de l'état national où elle s'exerce. Daumézon et Koechlin, dans leur article de 1952, titraient « Psychothérapie institutionnelle française contemporaine ». Hic et nunc, c'était la France et l'époque des années 50 » (p. 455). Depuis l'article princeps de Daumézon et Koechlin, le mouvement de la P.I. a en effet connu, de l'avis même de ses créateurs, plusieurs vagues distinctes et il a donné lieu à de multiples expériences partout sur le territoire français. Jean Oury avait prédit en 1970 que cette multiplicité des expériences risquerait un jour de faire le lit de la disparition de ce mouvement :

⁶¹ L'ouvrage classique d'Hermann Simon, *Pour une thérapeutique plus active à l'hôpital psychiatrique*, publié en Allemagne en 1929, a été traduit à Saint-Alban mais n'a pas été édité en France. Le document dactylographié traduit est toutefois disponible à l'adresse suivante : <http://www.dimensionsdelapsychoanalyse.org/wp-content/uploads/2017/10/Hermann-Simon-Une-th%C3%A9rapeutique-plus-active-%C3%A0-lh%C3%B4pital-psychiatrique.pdf>.

« c'est certain qu'il peut y avoir là un danger : tous ces courants de psychothérapie institutionnelle se présentant comme des courants subversifs, cela risque de déclencher une telle réaction que la pratique de la psychothérapie institutionnelle sera barrée ». (J. Oury, 2016, p. 47)

Souvent en effet, dans une tentative de définir les différents courants les uns à partir des autres, l'accent a été mis sur leurs divergences et les particularités expliquant leurs réussites et leurs échecs. La psychothérapie institutionnelle apparaît pourtant aujourd'hui à ses détracteurs comme un mouvement daté et flou, sans cohérence historique d'ensemble. Face à l'unité affichée de courants comme la réhabilitation psychosociale ou le rétablissement, qui proposent aux services de soins de s'orienter vers des buts précis sans pour autant leur fournir de techniques organisationnelles collectives à même d'y parvenir, il nous faut affirmer et prouver le contraire. Ainsi, justifier le choix des textes auxquels nous ferons plus particulièrement référence relève déjà, à notre sens, d'une tentative de montrer que les prescriptions de l'organisation du travail proposées par la psychothérapie institutionnelle sont éclairés par son histoire, sans pour autant pouvoir être confondus avec elle, ni avec ses premiers lieux d'ancrage.

Nous avons utilisé trois coordonnées dans notre recension de ce qui « faisait partie » du corpus de la psychothérapie institutionnelle : la référence à Tosquelles et à l'expérience saint-albanaise, l'auto-identification des acteurs comme faisant partie du mouvement de « psychothérapie institutionnelle » et l'acceptation (ou a minima la neutralité) vis-à-vis des apports psychanalytiques lacaniens. Ce n'est qu'en croisant ces trois axes que nous avons pu définir le périmètre qui a guidé l'écriture de notre grille d'analyse thématique.

A. Choix des auteurs : Dissensions et consensus parmi les psychiatres.

On a beaucoup relaté les dissensions qui ont existé parmi les psychiatres réformateurs au sortir de la Seconde Guerre Mondiale. Cette délimitation des courants est souvent expliquée par les discussions qui se sont tenues lors de l'expérience du groupe de Sèvres entre 1957 et 1959 parce qu'elles ont fait émerger des divergences idéologiques qui ont généré,

vers la fin des années 50, des difficultés relationnelles dans le groupe des promoteurs de la réforme psychiatrique, notamment au sujet de la participation des infirmiers au travail de psychothérapie (Apprill, 2013; Ayme, 2001; Henckes, 2007). La scission de Sèvres a schématiquement réparti les psychiatres en trois grands groupes : les psychiatres communistes relativement hostiles à la psychanalyse et ayant avant tout à cœur la psychiatrie sociale et son ouverture vers la ville, comme Louis Le Guillant et dans une moindre mesure, Lucien Bonnafé ; les psychiatres ayant à cœur de créer des institutions, de mettre les établissements de soins en mouvement afin de les transformer en outils thérapeutiques et analytiques, tels François Tosquelles et Jean Oury, et enfin les psychiatres militant pour une imprégnation maximale de la psychanalyse dans les services de soins, dont Paul-Claude Racamier sera un chef de file. Nous laissons ici la parole à Jean Ayme, psychiatre et historien de cette époque, qui raconte la façon dont le groupe de Sèvres, dans son implosion, a contribué à transformer l'un des trois groupes en l'ébauche d'un mouvement plus large :

« Le seul point de divergence porte sur la « participation des infirmiers à la psychothérapie » [...] Ce désaccord demeurera. Il éclaire, pour qui veut se donner la peine d'en saisir les nuances, les variantes des pratiques qui se réclament de la psychothérapie institutionnelle et les approches théoriques auxquelles elles donnera lieu [...] Le groupe de Sèvres est le creuset où se fondent et se moulent les objectifs à court et moyen terme sur la formation, l'organisation de la vie quotidienne des malades, l'équipement extra-hospitalier. [...] Lorsque Georges Daumézon met fin à ces rencontres, c'est autour de François Tosquelles que se retrouveront ceux qui sont décidés à poursuivre une réflexion théorique sur le nécessaire tissage entre le sociologique et le psychanalytique dans les structures de soins psychiatriques, à l'enseigne du GTPSI [...] » (Ayme, 1995, pp. 98–99)

La concentration sur les dissensions, destinée à mieux repérer les différents courants, a cependant masqué que les psychiatres français, par rapport à leurs homologues anglo-saxons par exemple, restaient orientés par un certain nombre de principes communs qui portaient sur trois grands thèmes : les relations entre soignants et soignés, les relations entre soignants,

et les relations des collectifs de soins hospitaliers avec l'extérieur. Cette communauté de points de vue, qui deviendra comme le disait Jacques Chazaud le bien commun des générations à qui elle sera transmise, repose sur un constat partagé par l'ensemble des psychiatres réformateurs, à savoir que les établissements psychiatriques pouvaient se transformer en néo-sociétés malsaines :

« A nous en tenir au courant français, les psychiatres en exercice pendant l'occupation et à la libération ont pu observer les mutations inattendues de la « pathologie » mentale, en reflet des événements et des organisations et désorganisations sociales. Il leur a ainsi été révélé comment une certaine évolution de la chronicité représentait, de fait, une maladie de cette néo (et folle) société : l'établissement psychiatrique. Le mouvement était lancé que devaient porter à ses sommets des pionniers [...] marquant chacun d'une empreinte personnelle (plus politique, plus sociothérapique, plus psychanalytique) ce qui allait devenir le *bien commun* de leurs nombreux élèves » (Chazaud, 1978, p. 25, c'est nous qui soulignons)

Dans cette idée que parmi les psychiatres du Groupe de Sèvres, un certain nombre d'idées étaient communes plutôt que divergentes malgré la scission que nous avons mentionnée, nous avons choisi, plutôt que la seule référence aux groupes constitués de fait par l'implosion de Sèvres, trois critères dialectiques d'inclusion ou d'exclusion des textes qui ont fait l'objet de notre première vague d'analyse thématique.

Le premier critère, que l'on pourrait considérer comme l'indice minimum de rattachement au courant des thérapeutiques institutionnelles, est la *référence positive à François Tosquelles et/ou à l'expérience saint-albanaise*. Quoiqu'il soit advenu après le groupe de Sèvres, bon nombre de psychiatres ont en effet reconnu que le mouvement des thérapeutiques institutionnelles avait, *dans les faits*, commencé avec l'expérience saint-albanaise telle que maniée par François Tosquelles (Chaigneau et al., 1971) :

« On sait que le nom de psychothérapie institutionnelle fut formulé par Daumézon et Koechlin dans un texte portugais en 1952 et concernait des activités psychothérapeutiques articulées dans quelques services psychiatriques français, notamment à Saint-Alban, qui pour les « parrains » d’occasion et d’exportation constituait le référent. Depuis lors, ce concept a eu un certain succès. Il fallait bien que *notre groupe – et moi en particulier* – se demande en premier lieu ce qu’institution pouvait bien vouloir dire » (Michaud, 1977, p. IX, c’est nous qui soulignons)

« la psychothérapie institutionnelle est indissociable de la figure, du vécu et des points de vue de François Tosquelles » (Ledoux, 2007, p. 61)

Cette référence seule n’est cependant pas suffisante et il est nécessaire d’introduire ici notre deuxième critère, qui consiste en l’affiliation auto-proclamée des auteurs au courant dit de « psychothérapie institutionnelle ». Ce critère est lié à l’expérience du groupe de Sèvres, car il reprend assez fidèlement la répartition idéologique au sujet de la participation des infirmiers au travail de psychothérapie. Nous reprenons ci-dessous l’explication donnée par Paul-Claude Racamier des divergences au sein des thérapies institutionnelles, pour montrer la subtilité du désaccord entre les deux courants principaux (Labordien et ASM 13), dont seul l’un – celui dont nous nous préoccupons, rattaché à Oury et Tosquelles – gardera explicitement le nom de « psychothérapie institutionnelle » :

« si par fonction psychothérapeutique on entend que l’infirmier fasse un tout autre métier que celui de gardien, alors tout le monde sera bien entendu d’accord ; mais le malentendu persiste de par l’insidieuse confusion qui risque toujours de s’établir entre les effets et *attitudes* psychothérapeutiques et *la* psychothérapie. Ce n’est pas valoriser vraiment les soignants que de dire qu’ils devraient être des psychothérapeutes. Il me semble infiniment plus raisonnable de les aider à devenir de bons soignants, et de faire en sorte que leur fonction soignante soit pleinement valorisée et s’exerce dans une coopération réelle avec les médecins. C’est pourquoi je suis pour ma part de ceux qui préfèrent, pour

éviter toute confusion, ne pas parler de fonction psychothérapique des soignants, ni même de « psychothérapie institutionnelle » » (Racamier, 1973, p. 128)

Cependant, afin d'explicitier pourquoi nous laisserons également d'autres émanations des thérapeutiques institutionnelles de côté, notre dernier critère d'inclusion visera à circonscrire, à l'intérieur des thérapeutiques institutionnelles prenant le nom de « psychothérapie institutionnelle », le périmètre des expériences théorisées en *référence aux élaborations lacaniennes*. Ce prérequis exclut par exemple Jacques Hochmann et la psychiatrie lyonnaise : si elle se référait elle aussi au transfert, elle a de fait plutôt creusé, dans sa pratique et sa théorisation de la « psychiatrie communautaire », le principe de pouvoir soignant du peuple et de restitution du sujet malade à son statut de citoyen. Ce troisième critère exclut aussi l'ensemble du courant de l'ASM 13, venant redoubler une exclusion moins objectivable, à savoir que nous nous situons en désaccord avec les positions prises par Paul-Claude Racamier et d'autres éminents psychiatres du temps du groupe de Sèvres au sujet de la participation des infirmiers à la psychothérapie, parce qu'elles nous semblent éviter le problème de la distribution et de la circulation de la fonction thérapeutique dans une institution. Le soin est de l'ordre de la technique : tous les acteurs pris dans une institution peuvent y aller de leurs techniques de soins individuelles (de l'injection de traitement retard à l'utilisation d'outils TCC) ou institutionnelles (réunions variées) ; la fonction thérapeutique n'en continue pas moins de circuler entre eux, ce qui impose de reconnaître, comme l'avait fait Tosquelles au groupe de Sèvres en 1958, une : « activité thérapeutique spontanée du personnel infirmier » (Tosquelles, 1958, p. 439). Cela ne fait pas de l'ensemble des professionnels ou des patients des psychothérapeutes en puissance mais permet de reconnaître, plus simplement, que l'effet thérapeutique n'est pas toujours là où on l'attend et que la clinique institutionnelle est à ce titre souvent imprévisible et toujours surprenante.

Un point mérite finalement d'être éclairci au sujet de la « référence » à Lacan. Plutôt qu'une adhésion totale à son œuvre ou sa pensée, l'enseignement lacanien était si polémique à l'intérieur même du monde analytique français que la seule neutralité vis-à-vis de ses élaborations peut déjà, à notre sens, être comptée comme une acceptation tacite de sa présence dans le paysage, par opposition aux opinions de nombreux psychiatres qui ont

radicalement refusé ses apports. Le critère d'une référence lacanienne uniquement positive risquerait par exemple d'exclure Lucien Bonnafé, qui est longtemps resté dubitatif vis-à-vis de la psychanalyse, alors que sa proximité avec Tosquelles et Oury et ses relations personnelles avec Lacan⁶² vont pour nous dans le sens de son rattachement au corpus de la psychothérapie institutionnelle, aux côtés d'autres auteurs (Chaigneau, Racine, Torrubia...) qui exerçaient eux aussi comme psychiatres dans le secteur public. Cette inclusion de Bonnafé à notre corpus prend appui sur les récits dont nous disposons des rapports de celui-ci au reste du groupe plus large du GTPSI, et surtout de la proximité de ses idées avec celles de l'ensemble des psychiatres du mouvement P.I. :

« Bonnafé était d'autant plus évoqué que ses positions en ce qui concerne la psychiatrie étaient très précises et tout à fait acceptables pour nous » (entretien avec Roger Gentis in Apprill, 2013, p. 59)

« [...] s'il évoquait facilement Saint-Alban, en particulier François Tosquelles, Paul Éluard et son lien très ancien avec Georges Canguilhem, il parlait moins de Jean Oury. Il rappelait néanmoins, à l'occasion, leur profonde proximité, lors des journées de Sèvres en 1957-1958, qui avaient donné lieu aux disputes que l'on sait. Il était clair pour lui qu'ils s'étaient trouvé évidemment du « même bord » concernant le « potentiel soignant » de tout un chacun, potentiel jamais acquis d'avance sans un travail approfondi au sein des équipes de soins. Ils partageaient aussi la conviction que les retombées de la « leçon freudienne » ne sauraient être réservées aux psychanalystes patentés. Enfin on sentait que très profondément ils avaient en commun une détestation quasi viscérale des hiérarchies qui pétrifient

⁶² Il connaissait en effet bien Lacan, qui partageait certaines de ses positions sur le rôle politique du psychiatre : « Malgré la modestie de M. Bonnafé son exposé n'a rien de confus et je ne lui reprocherai pas le terme quasi-mystique qu'il a employé pour dire que chez le psychiatre « la folie » trouve son sens et sa vérité. Il y a là un point de vue dialectique qui correspond à ce qui se passe dans l'ordre de la vérité quand l'incompris devient compréhensible. La folie change de nature avec la connaissance qu'en prend le psychiatre [...] Peut-être faudrait-il mettre l'accent encore plus que l'a fait M. Bonnafé sur cette notion de phase sociale ou politique et ses rapports avec le personnage du psychiatre » (Lacan, 1948).

« statut, rôle et fonction » au sein des équipes, sans pour autant renoncer l'un et l'autre à l'incarnation inassignable de « psychiatre éclairé » (Brétécher, 2014, p. 33)

Notre troisième et dernier critère nous permet en revanche d'écarter Georges Daumézon de notre corpus. Comme le disait Tosquelles lui-même, Daumézon avait au départ, dans son article princeps de 1952 avec Koechlin, explicitement fait référence à l'expérience saint-albanaise et exprimé des vues similaires aux siennes concernant l'analyse sociologique des hôpitaux psychiatriques :

« Lorsque Daumézon même s'expliqua, le premier, à propos de ce qu'il appela la psychothérapie institutionnelle française contemporaine, dans une revue de Lisbonne, la référence à mes agissements était explicite et en tête de ses réflexions et beaucoup de ses analyses psychosociologiques de la situation de la plupart des hôpitaux psychiatriques et même de la façon d'engager leur transformation, voire de bâtir un autre style de culture psychiatrique, avec ce qu'il appelait la clinique des activités, répondaient tout à fait à mes vues. » (Tosquelles in J. Oury et al., 1985, p. 120)

Outre sa relative réticence à investiguer plus avant le volet proprement psychanalytique du travail de Tosquelles, Daumézon avait surtout fini par s'écarter du terme de « psychothérapie institutionnelle », tant il reprochait à Tosquelles de lui en avoir volé la paternité (ceci expliquera, entre autres, qu'il n'ait jamais été convié aux réunions du GTPSI (Apprill, 2013)). Leurs divergences portaient sur la question du transfert et de sa prise en compte : Daumézon reconnaissait les phénomènes de transfert, mais son intérêt pour les thérapies actives tenait bien plus à leur valeur occupationnelle qu'à leur capacité à générer des nouvelles possibilités de liens pour les malades.

Ces critères - la référence à Tosquelles, l'auto-identification au courant de la psychothérapie institutionnelle et la référence positive ou a minima neutre à Lacan - nous permettent donc d'isoler, à l'intérieur du large mouvement des thérapies

institutionnelles (réunissant les thérapies en institution, les thérapies par l'institution et les thérapies de l'institution), un corpus comprenant un ensemble de contributions d'orientation psychanalytique lacanienne ou en tout cas non-hostiles explicitement rassemblées sous la bannière de la « psychothérapie institutionnelle » (ou, dans le cas toujours particulier de Bonnafé, de la désaliénation des pratiques). Après avoir bordé le corpus par ce qu'il excluait, il nous reste à définir plus précisément les noms des auteurs français auxquels nous ferons référence. Nous en trouvons une ébauche de liste dans le dernier ouvrage de François Tosquelles, au sujet de ceux qui se rendaient aux journées qui se tenaient tous les ans à Reus⁶³, en Catalogne :

« Je signalerai néanmoins que, depuis vingt-cinq ans, nous organisons des *Journées d'intérêt psychiatrique* qui ont lieu à Réus pendant les trois premiers jours de sa semaine sainte ; elles réunissent des acteurs engagés dans la psychiatrie de catégories diverses : les uns proviennent de chez nous et de divers centres de la Péninsule ; d'autres viennent de l'étranger, notamment de France – par exemple Sivadon, Daumézon, Chaurand, Gentis, Oury, Delion, Bailly-Salin, Torrubia, etc. – puis Napolitani d'Italie, Braulio du Portugal et d'autres, tous orientés en quelque sorte par ce qui a été défini comme « la *psychothérapie institutionnelle* ». (Tosquelles, 2003b, p. 214)

Rajoutons à cet ensemble certains psychiatres qui, tel que le raconte Jean Ayme, rejoindront le GTPSI après la première séance :

« Le GTPSI sera une "association de fait" aux termes de ladite loi et va fonctionner durant cinq ans dans une semi-clandestinité. Se joindront à nous dès le mois de Décembre à Villers-Cotteret bien d'autres collègues, entre autres Michel Baudry, Hélène Chaigneau, Ginette Michaud, Robert Millon, Jean-Claude Polak, Philippe

⁶³ Tosquelles était né à Reus et y avait exercé, comme psychiatre, à l'Institut Pere Mata (Delion, 2014b).

Rappard, Henri Vermorel ainsi que Félix Guattari et Jacques Schotte de Louvain ».
(2009, p. 129)

Nous tenons ici à souligner l'importance toute particulière des contributions de Ginette Michaud et d'Hélène Chaigneau – seules femmes du mouvement de psychothérapie institutionnelle qui n'étaient pas présentées comme les « femmes de »⁶⁴ -, elles aussi psychiatres, à l'étude de l'institution et du processus d'institutionnalisation.

Les auteurs et textes que nous avons exclus et que nous ne citerons donc qu'en de rares occasions au cours de l'élaboration des opérateurs que nous présentons dans notre chapitre suivant nous ont toutefois aidé à construire cette notre analyse de documents du fait de leur éclairage un peu décalé par rapport à notre corpus de la psychothérapie institutionnelle. Un premier type d'ouvrages correspond au mouvement de psychanalyse en institution, dans lequel nous pouvons ranger les auteurs défavorables à la participation de l'infirmier à la « psychothérapie » (en tant que celle-ci était nécessairement analytique) à Sèvres, tels que les psychiatres de l'ASM 13, mais aussi des auteurs plus récents comme Alfredo Zenoni, pour qui l'institution doit être guidée par la psychanalyse elle-même, et non par un mouvement psychothérapeutique (Zenoni, 2009). Le deuxième type d'ouvrages regroupe l'ensemble des auteurs qui ont avant tout poussé non pas pour une réhabilitation de l'intérieur des hôpitaux mais pour une rencontre entre la psychiatrie et la communauté : nous pensons là notamment à Jacques Hochmann (Hochmann, 1971). Le troisième groupe, qui borde également l'ensemble, est constitué de textes plus récents, dont les auteurs font partie non plus des première ou deuxième générations de psychiatres réformateurs, mais de leurs successeurs : Pierre Delion, Patrick Chemla mais aussi Michel Minard, Alain Castéra, Serge Didelet ou Patrick Faugeras. Un dernier ensemble de textes correspond aux analyses provenant d'autres disciplines et portant sur la psychothérapie institutionnelle, parmi lesquelles on trouvera en sociologie les travaux de Nicolas Henckes sur l'ASM 13 et sur la réforme de la psychiatrie

⁶⁴ Nous pensons notamment à Madeleine Vermorel, bien moins citée que son mari Henri, mais aussi à Edmée Koechlin, femme et collaboratrice de Philippe Koechlin dans la co-écriture de leur livre *Corridor de sécurité* (1974), toutes deux psychiatres, ou encore à Germaine Le Guillant, femme de Louis le Guillant, qui organisa dès 1949 avec Georges Daumézou les premiers stages pour infirmiers aux CEMEA.

française (2005, 2007) et, provenant des Etats-Unis, les récents travaux de Camille Robcis en histoire moderne (2016).

III. Choix des terrains, description de l'échantillon.

Afin de choisir des terrains relativement représentatifs de la diversité des pratiques en France, nous sommes partie d'une étude de l'IRDES sur les disparités de l'offre en santé mentale en France (Coldefy & Le Neindre, 2014)⁶⁵ qui établissait une typologie des « territoires de santé » (souvent les départements) en cinq classes qualitativement différentes. Pour des raisons d'anonymisation des institutions, il ne nous sera pas possible de croiser toutes nos données ; nous présenterons donc tout d'abord notre tableau récapitulatif, puis ferons une détaillerons les caractéristiques principales de notre échantillon. Précisons que notre méthode de prédilection pour contacter les structures était l'envoi d'un courrier adressé « à toute l'équipe » du lieu où nous souhaitions nous rendre (6 terrains sur 14)⁶⁶. Nos demandes ont aussi parfois été envoyées par mail (3 sur 14), toujours sous la même forme : une lettre d'intention détaillant notre projet de recherche ainsi que la raison pour laquelle nous contactons spécifiquement la structure, et un exemplaire de notre formulaire de consentement éclairé destiné aux professionnels qui accepteraient de s'entretenir avec nous, afin de détailler notamment les modalités de confidentialité de nos échanges. Les 6 terrains restants ont été obtenus par opportunité, en grande partie grâce à des collègues de promotion du Diplôme Inter-Universitaire « Santé mentale dans la communauté ». Dans tous les cas, les équipes étaient volontaires pour nous accueillir.

⁶⁵ Disponible à l'adresse : www.irdes.fr/recherche/rapports/558-les-disparites-territoriales-d-offre-et-d-organisation-des-soins-en-psychiatrie-en-france.pdf

⁶⁶ Six institutions supplémentaires ont été contactées par mail ou par courrier dans le Finistère, le Maine-et-Loire, les Pyrénées-Orientales, le Val-de-Marne, les Yvelines et Paris intra-muros, qui souvent faute de temps ou de personnels disponibles n'ont pas pu nous accueillir.

A. Répartition globale des terrains

Date	Département	Classe IRDES du territoire	Type de structure	Professionnels	Âge	Sexe
févr-16	Oise (60)	3	Médico-social CMPP (cadrage)	- Directeur		M
				Orthophoniste	61	F
				Secrétaire	55	F
				Educateur	46	M
				Psychologue	33	F
				Secrétaire	53	F
				Psychopédagogue	53	F
mars-16	Savoie (73)	3	Médico-social SAVS/SAMSAH	- Directrice		F
				Educateur	40	M
				Educatrice	52	F
				Educatrice	55	F
				Infirmière coordinatrice	58	F
				Secrétaire	42	F
				Psychologue	31	F
mai-16	Calvados (14)	2	Médico-social - FAM	Chef de service	60	M
				Cuisinier	41	M
				Directeur	52	M

				Educateur	38	M
				Educateur	43	M
				Interne	29	F
				Psychiatre	61	M
mai-16	Lot-et-Garonne (47)	1	CHS - unité d'hospitalisation réhabilitation	Cadre de pôle	44	F
				Psychiatre chef de pôle	39	F
juin-16	Allier (03)	1	CHS - unité d'admission et AFT	Assistante sociale	26	F
				Cadre supérieur	58	F
				Infirmière	34	F
				Infirmière	43	F
				Psychiatre (chef CME)	66	M
				Médecin-psychiatre	48	M
				Psychologue	26	F
				Psychologue	44	F
juin-16	Cantal (15)	5	Médico-social – Appartements et Foyer	Coordinateur	34	M
				Coordinateur	42	M
				Chef de service	52	M
				Directrice	53	F

				CESF	21	F
				Infirmière (SP)	63	F
				Psychiatre	57	M
juin-16	Rhône (69)	3	CHS - unité d'admission	Assistante sociale	42	F
				Infirmière	29	F
				Psychiatre	30	F
				Psychologue	53	F
				Secrétaire	56	F
sept-16	Vendée (85)	2	Médico-social - SAMSAH	Aide Médico- psychologique	35	M
				Chef de service	57	F
				Infirmière	32	F
				Secrétaire	59	F
sept-16	Bas-Rhin (67)	3	CHS - unité d'hospitalisation	Infirmier	30	M
				Infirmier	30	F
				Infirmier	35	M
				Cadre de pôle	45	M
				Psychologue	58	F
oct-16	Bouches du Rhône (13)	4	CHS - CMP	Assistante sociale	52	F
				Agent de service hospitalier	51	M
				Cadre	59	F

				Infirmière	59	F
				Psychologue	32	M
				Psychologue	59	F
				Secrétaire	45	F
nov-16	Lot-et-Garonne 2	1	CHS - HDJ	Cadre	60	M
				Infirmière	40	F
				Infirmier	40	M
				Infirmier	44	M
				Infirmière	53	F
déc-16	Nord (59)	4	CHS - CMP	Cadre	43	M
				Educatrice	34	F
				Infirmière	55	F
				Psychologue	52	F
				Psychiatre	54	F
janv-17	Côtes-d'Armor (22)	5	CHS - HDJ	Ergothérapeute	30	F
				Infirmière	56	F
				TISF	58	F
				Psychologue	45	F
juin-17	Val-de-Marne (94)	4	CH général - HDJ réhabilitation	Ergothérapeute	40	F
				Infirmier		M
				Psychiatre	40	M

				Psychomotricienne	42	F
				Psychologue		F
nov-17	Doubs (25)	2	CH général - unité d'hospitalisation	Assistante sociale	55	F
				Agent de service hospitalier	52	F
				Cadre	41	M
				Cadre supérieur	50	M
				Infirmière	23	F
				Psychologue		M
				Secrétaire	42	F

Ce tableau nécessite quelques explications, notamment en ce qui concerne le choix des terrains. Les établissements sanitaires choisis étaient tous sectorisés et spécialisés, à l'exception d'un terrain en C.H.U. et d'un terrain en Centre Hospitalier général avec activité en psychiatrie. On pourrait discuter de la pertinence de ce choix, dans la mesure où les établissements spécialisés en psychiatrie ne représentent que 37% de l'offre de soins publique, qui elle-même ne représente plus que 63% de l'ensemble de l'offre psychiatrique, aux côtés des 13% d'ESPIC et des 24% de structures à but lucratif (Lopez & Turan-Pelletier, 2017b). Nous souhaitons toutefois nous rendre dans des services dépendant d'établissements historiques, afin de mesurer le changement sur un temps aussi long que possible et de maximiser nos chances de rencontrer des professionnels en fin de carrière qui auraient connu des périodes différentes de l'organisation des soins.

D'autre part, deux types de population (et ainsi de structures) ont également été laissées de côté du fait de leur trop grandes spécificités. Il s'agit, du côté du secteur médico-social, des Maisons d'Accueil Spécialisés dont les bénéficiaires, même lorsqu'elles sont spécialisées en psychiatrie, sont des sujets vieillissants pour la plupart et fortement dépendants (intriquant donc la question psychiatrique avec des problématiques liées au vieillissement et aux

affections neurodégénératives). Du côté du secteur sanitaire, nous n’avons pas inclus les Unités pour Malades Difficiles et les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées, dont les liens avec la justice ou a minima avec des sujets dont les problématiques psychiques les ont rapproché de la justice du fait de comportements à risque ou violents rendent également le travail trop spécifique pour représenter la psychiatrie adulte dite « générale ».

B. Répartition des départements par classe IRDES et par champ (sanitaire/médico-social)

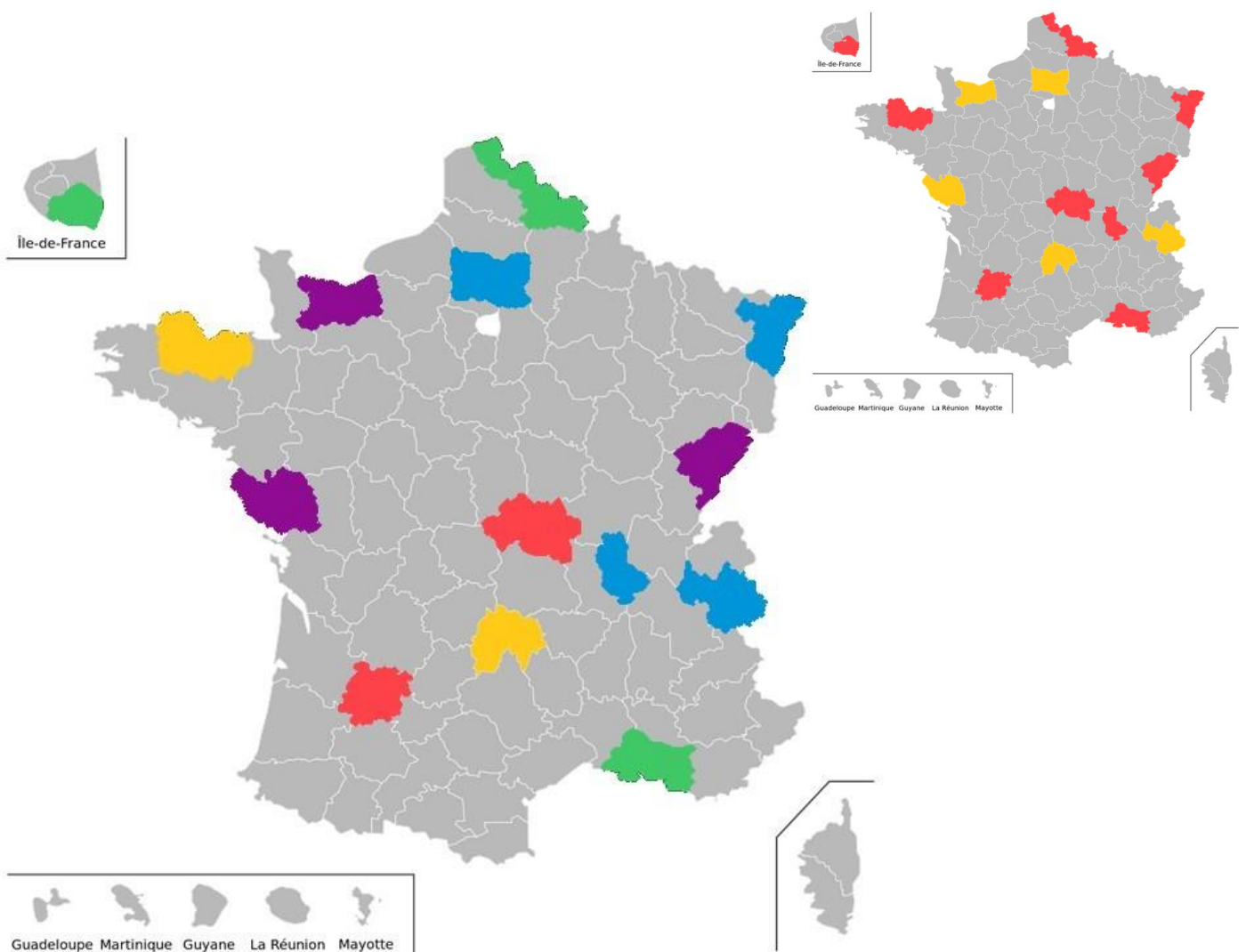


Figure 1. Répartition par classe IRDES (ci-dessus)

Figure 2. Répartition sanitaire/médico-social (ci-dessus, à droite)

Les territoires de la classe 1, en rouge sur la figure 1, représentent les territoires faiblement dotés en équipements psychiatriques (mais dont l'offre est orientée vers l'extra-hospitalier), avec également beaucoup d'offre à l'hôpital général. L'offre dans ces territoires est structurée dans des pôles urbains, petits ou moyens, et la population y gagne en moyenne moins que le salaire médian national.

Les territoires de la classe 2, en violet, représentent des territoires où la psychiatrie est essentiellement publique, qu'elle soit en hôpital spécialisé ou à l'hôpital général. Les établissements de santé de ces territoires déclarent réaliser, plus souvent que dans les autres classes, des missions d'intérêt général et faire du lien avec les structures du champ médico-social.

Les territoires de la classe 3, en bleu, représentent des territoires bien plus urbanisés avec une offre adaptée à ce mode de vie, notamment avec une offre libérale importante. La densité en structures ambulatoires est paradoxalement faible, mais les horaires plus étendus ; en revanche, les professionnels déclarent plus souvent des difficultés à hospitaliser un patient le jour même. L'offre médico-sociale y est relativement faible. L'Oise, ici représentée dans sa totalité en classe 3, est en réalité divisée entre Ouest et Est, respectivement classe 4 et 3. Nous nous sommes rendue dans la partie classée 3 de ce département, et avons donc choisi pour des raisons de commodité de représenter le département en bleu.

Les territoires de la classe 4, en vert, sont bien dotés en personnel, et la psychiatrie publique y est en situation de monopole, avec ainsi peu de partenaires pour le soin en dehors d'elle. Les soins à domicile et les équipes mobiles sont des dispositifs communs et bien utilisés. L'offre médico-sociale y est en revanche relativement faible. A noter que si le département du Nord est représenté en vert, seule la partie où nous nous sommes rendue, frontalière et proche de Lille, n'est classée 4 dans l'étude.

Les territoires de la classe 5, en jaune, représentent des départements à dominante rurale et faiblement peuplés. L'offre hospitalière est importante, plus souvent rattachée à des ESPIC (à hauteur de 50% contre 15% dans le reste de la France) et l'offre médico-sociale est bien développée, notamment en matière d'hébergement, et ont une densité de personnels infirmiers et de rééducation supérieure à la moyenne nationale. A noter que si le département des Côtes d'Armor est représenté dans son intégralité en jaune, seule la partie où nous nous

sommes rendue est effectivement classée 5 ; le découpage des territoires de santé en Bretagne ne coïncide que peu avec les limites départementales.

Malgré les efforts de rationalisation du choix, il a été difficile de respecter la parité 1 sanitaire/1 médico-social dans chaque classe (voir Figure 2), et la classe 3, la plus urbaine, est légèrement sur-représentée dans notre échantillon.

C. Répartition de l'échantillon par taille de ville

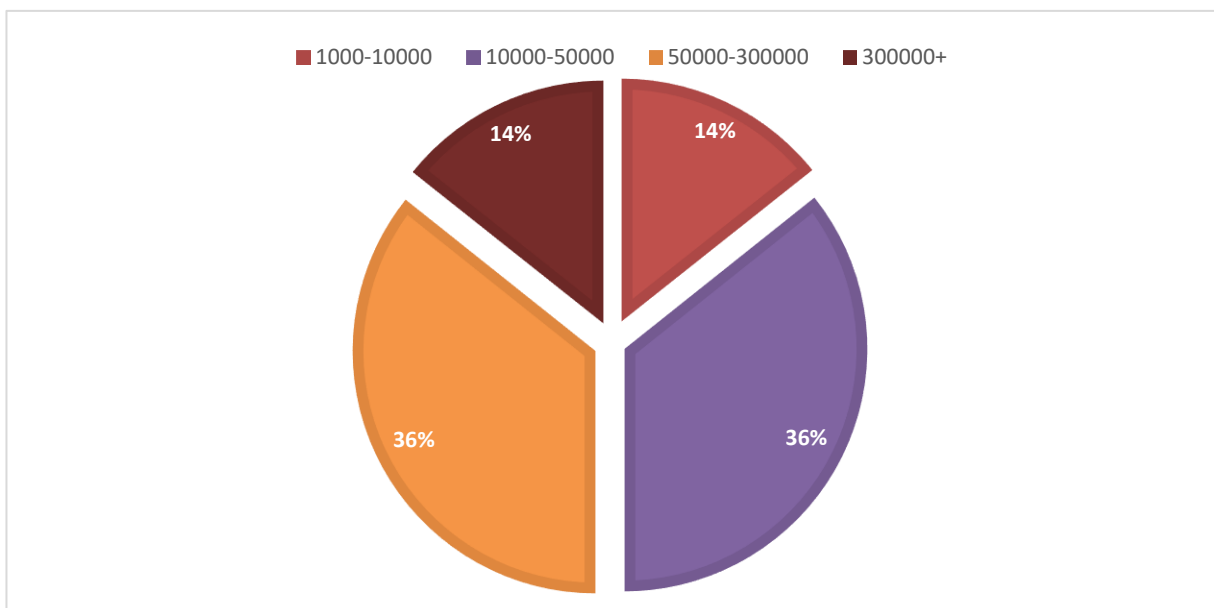


Figure 3. Répartition des villes par nombre d'habitants

Afin de ne pas permettre d'identifier les structures dans lesquelles nous nous sommes rendue (certaines étant les seules de leur type dans leur territoire), ce qui contreviendrait à l'anonymat des entretiens, nous avons décidé d'analyser la taille des agglomérations de nos terrains sur un graphique à part. Nous avons compté pour ce graphique les deux passages dans le Lot-et-Garonne comme relevant d'un seul et même terrain, car les structures étaient rattachées au même Centre Hospitalier Spécialisé, et incluons dans l'échantillon notre terrain de cadrage dans un CMPP. Malgré la différence de population, puisque toutes nos autres structures accueillaient exclusivement des patients adultes, ce CMPP mérite d'être intégré au corpus car il fonctionnait explicitement avec les principes de la psychothérapie

institutionnelle. Nous avons ainsi visité 14 villes de tailles différentes, dont la proportion est reflétée dans le graphique ci-dessus.

En France, l'INSEE considère comme une ville toute agglomération de plus de 2000 habitants et dont les habitations sont séparées de moins de 200m. L'une de nos 14 destinations ne correspond ainsi par à la définition d'une ville (d'où la classification de 1000 à 10000 habitants), car sa population tombait en dessous du seuil. Ceci recoupe le sentiment des professionnels que nous y avons rencontrés, qui se savaient vivre en zone rurale. La diversité des zones urbaines de notre échantillon est toutefois assurée, tout comme la diversité des environnements géographiques (proximité de la mer, de la montagne, zones frontalières, grandes métropoles et centre de la France).

D. Répartition des professionnels par métier exercé

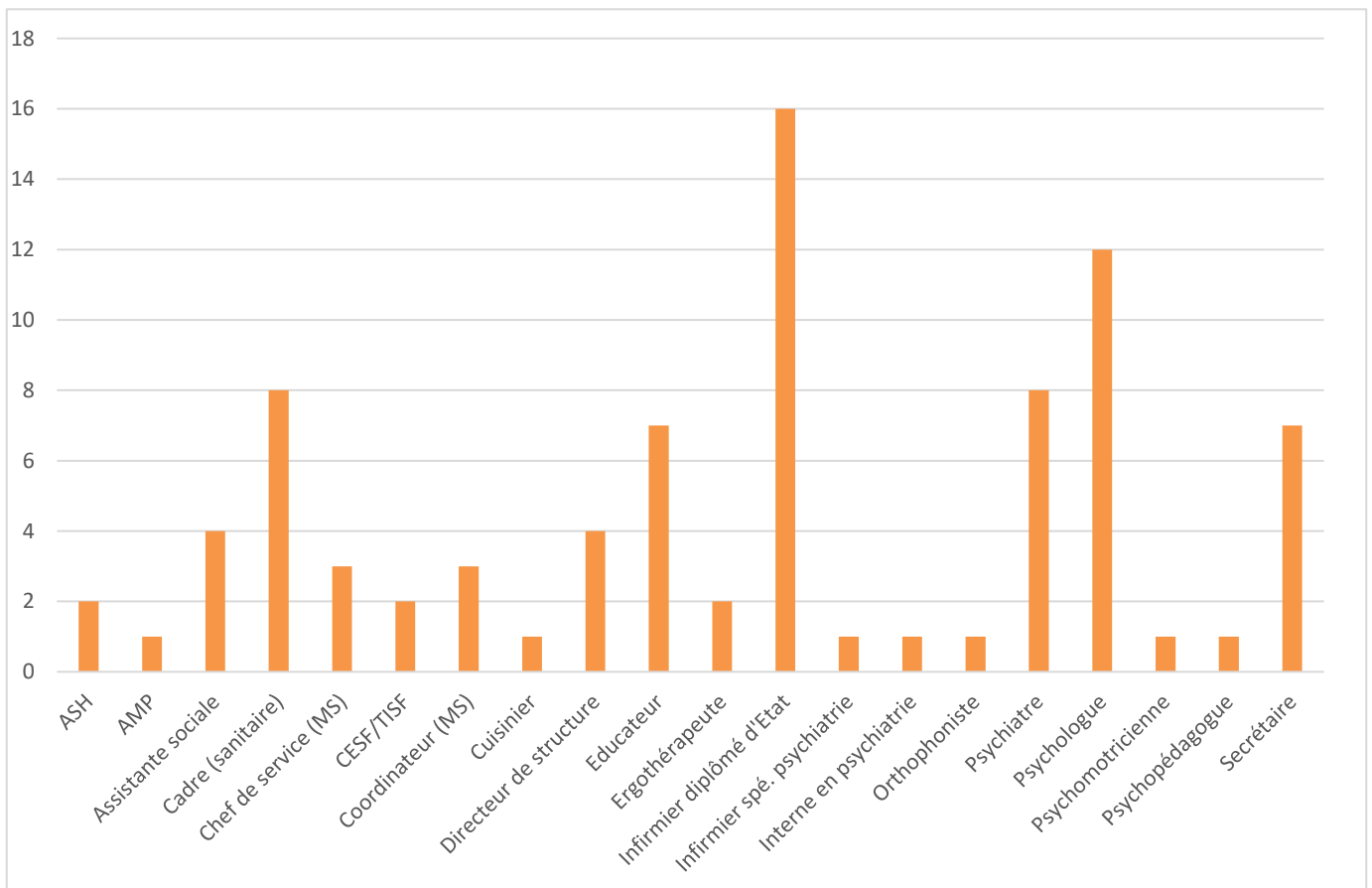


Figure 4. Répartition de l'échantillon par corps professionnels.

Le léger déséquilibre entre structures sanitaires et médico-sociales ainsi que notre plus grande familiarité avec le premier secteur tend à expliquer pourquoi les infirmiers, psychologues, psychiatres et cadres sont les professions les plus représentées de notre échantillon. Toutefois, la diversité des professions appelées à travailler dans le médico-social (dont de nombreux infirmiers DE) nous a permis d’explorer une plus grande palette de métiers, qui sont par conséquent représentés par un plus petit nombre d’interviewés. Au total, 53 de nos 85 entretiens ont été faits avec des personnes travaillant dans le secteur sanitaire, et 32 avec des personnes travaillant dans le médico-social. Cette proportion déséquilibrée correspond toutefois à la proportion structures sanitaires/médico-sociales de notre échantillon (1,6 fois plus de terrain dans le sanitaire), ce qui indique qu’il n’y a pas eu de biais d’intérêt ou de désintérêt pour l’un ou l’autre des deux secteurs d’activité. Nous déplorons cependant le fait de n’avoir pas pu, durant nos terrains, faire d’entretiens avec des aides-soignantes, qui auraient garanti une meilleure représentativité de notre échantillon, notamment dans le secteur sanitaire.

E. Répartition de l’échantillon des professionnels interviewés par tranche d’âge et sexe

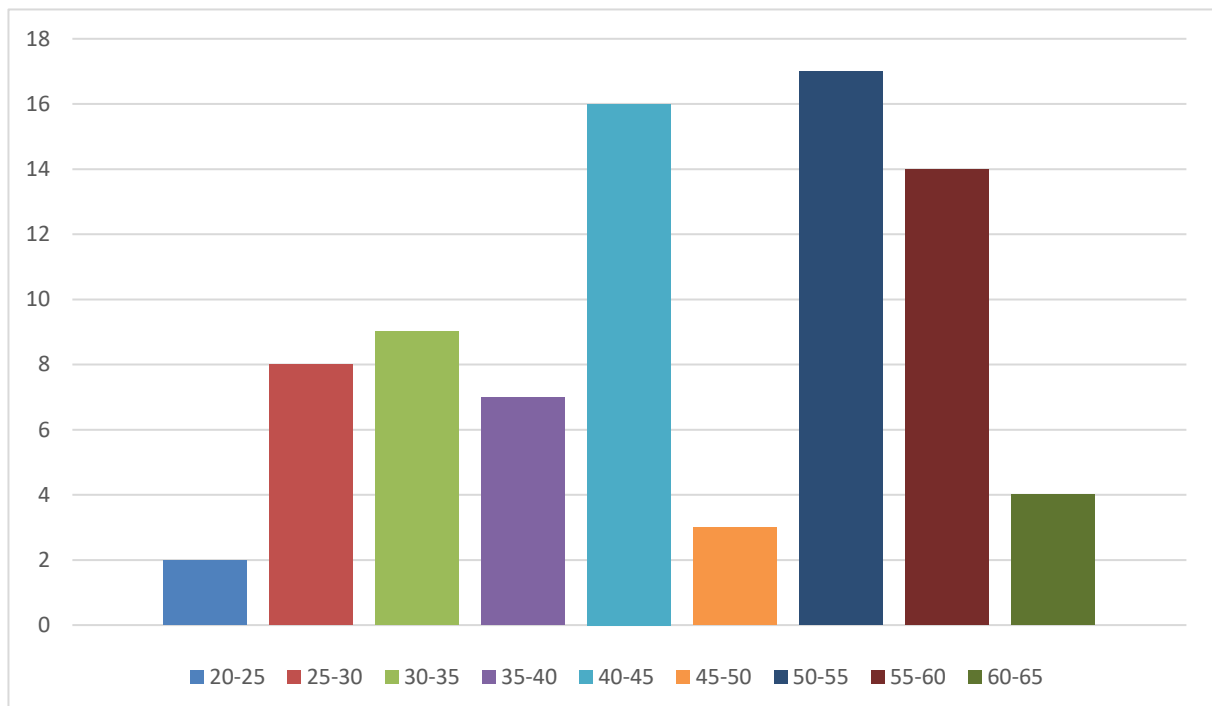


Figure 5. Répartition de l’échantillon par tranche d’âge de cinq ans.

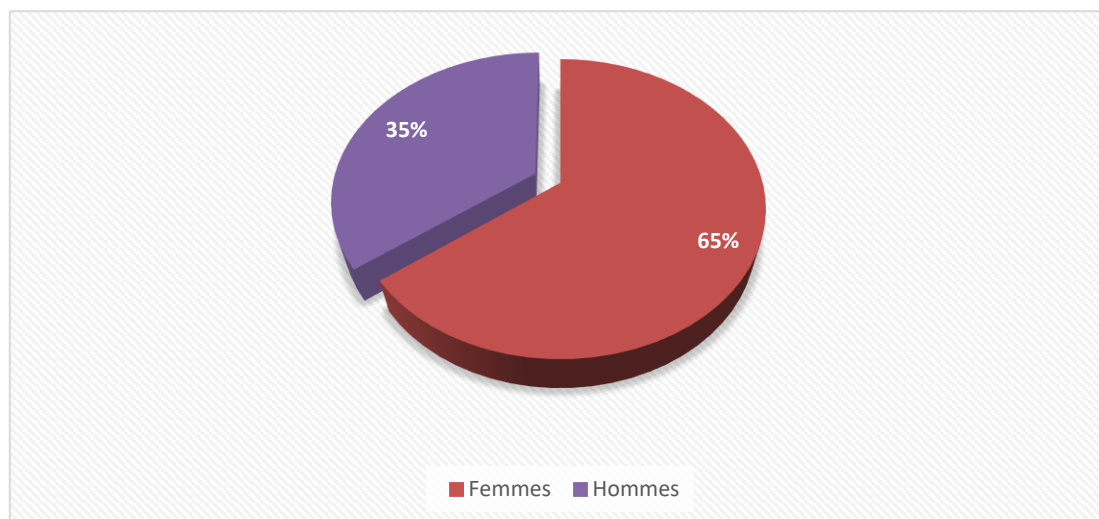


Figure 6. Répartition de l'échantillon par sexe.

La forte proportion de femmes dans les métiers du soin et de l'accompagnement est une réalité connue (Bessière, 2005) et relativement bien représentée dans notre échantillon⁶⁷, le pourcentage réel de femmes dans les métiers du sanitaire, du médico-social et du social oscillant entre 70 et plus de 85% selon les métiers (*Les métiers du sanitaire, social et médico-social*, 2016). La répartition de nos interviewés par classe d'âge mérite, elle, d'être analysée un peu plus en profondeur. Les données que nous avons ne concernent que 80 de nos 85 interviewés, car cinq d'entre eux n'ont pas déclaré leur âge. Parmi ces 80 personnes, le nombre d'interviewés de moins de 40 ans se porte uniquement à 26, contre 54 de 40 ans et plus. Plusieurs explications sont possibles, mais deux d'entre elles nous semblent plausibles et complémentaires. Premièrement, la majorité des répondants de moins de 40 ans étaient des infirmiers, des AMP, des éducateurs et des assistantes sociales. La forte proportion de cadres, de psychologues et de psychiatres ainsi que de secrétaires dans l'échantillon a donc

⁶⁷ Des résultats de l'Observatoire des inégalités datant de 2014, basées sur des données INSEE datant, elles, de 2009, donnaient 67,4% de femmes dans le groupement de métiers « administration publique, enseignement, santé, action sociale ». Si ces données sont aujourd'hui un peu datées, elles confirment toutefois globalement la représentativité de la proportion obtenue dans notre échantillon. Enquête disponible à l'adresse suivante : https://www.inegalites.fr/Une-repartition-desequilibree-des-professions-entre-les-hommes-et-les-femmes?id_theme=22. Consulté le 11 août 2018.

fait augmenter l'âge moyen du panel, car la majorité de ces professionnels avait dépassé la quarantaine. On peut également compter les directeurs de structures parmi les interviewés de plus de 40 ans, même lorsque leur âge exact est inconnu. Deuxièmement, il est possible que le sentiment d'avoir quelque chose à transmettre et la volonté de parler de sa pratique augmente avec l'âge, ce qui expliquerait pourquoi, dans une étude basée sur le volontariat des personnes interrogées, la proportion de professionnels expérimentés soit si forte.

IV. L'approche ethnographique : participer pour mieux entendre.

Notre choix méthodologique, influencé par notre intérêt pour les nombreuses études sociologiques ou anthropologiques publiées sur la santé mentale, s'est porté sur une approche ethnographique par observations, entretiens semi-directifs et rédaction de journaux de recherches. Ce travail de terrain a donc dû commencer par un décentrement de notre point de vue situé de psychologue, qui était requis à deux égards : premièrement parce que notre attachement à notre corps de métier avait généré chez nous, comme nous l'avons dit, un certain nombre de prénotions face auxquelles nous savions devoir être vigilante ; d'autre part, il s'agissait pour nous, dans une recherche qui visait à comprendre le sens donné par les professionnels à leurs pratiques et à leur diversité, de nous méfier de la simplification ou de l'idéalisation des actes inhérente aux discours que nous produisons sur nos actions. Lorsque nous parlons de simplification, nous parlons de deux phénomènes distincts : le premier consistant, hors de l'action, à nous représenter notre action sous forme partiellement fantasmatique, forme dans laquelle la réalité des difficultés ou des ratés peut être amoindrie, le deuxième écueil consistant, comme cela peut être le cas dans des champs ou toute une partie du travail a lieu dans l'informel, en la difficulté des professionnels à nommer et valoriser ce qu'ils font :

« L'observation directe est aussi le seul moyen d'accéder à certaines pratiques : lorsque celles-ci ne viennent pas à la conscience des acteurs, sont trop difficiles à verbaliser ou au contraire, font l'objet de discours pré-construits visant au contrôle de la représentation de soi, voire lorsque ceux-ci ont le souci de dissimuler certaines pratiques » (Arborio, 2007, p. 26)

Si l'approche ethnographique est classiquement utilisée en anthropologie ou en sociologie, elle avait dans le cas de notre thèse l'avantage de correspondre à la nature descriptivo-interprétative de notre question de recherche (Anadón, 2006), portant sur les valeurs, représentations et pratiques d'un groupe spécifique : celui des « professionnels du champ de la santé mentale ». Il nous semblait donc important de proposer aux professionnels de les observer, tant afin de valoriser leur travail que d'amorcer les entretiens de façon plus naturelle.

Ceci nous amène à devoir préciser le type d'observation que nous avons choisie pour faire cette recherche, à savoir l'observation dite participante périphérique. L'observation participante est une méthode de travail de terrain non-expérimentale et inductive qui a pris sa source dans les travaux d'anthropologie de Malinowski et vise à placer le chercheur au plus près du quotidien et de la réalité vivante de son champ de recherches, dans des situations les plus variées possibles et toujours en interaction avec les sujets de l'étude (Guest, Namey, & Mitchell, 2013) : « Être un indigène parmi les indigènes et prendre un intérêt personnel à ce qui se passe, voilà sans doute les points d'ancrage fondamentaux de cette approche » (Aktouf, 1987, p. 149). Elle a l'avantage de déclencher chez le chercheur une empathie cognitive qui lui permet de comprendre a minima le point de vue de l'autre et de ne pas lui imposer d'emblée sa propre grille de lecture, engageant une démarche éthique tout au long de la recherche (Brelet, 2015).

Si cette méthode est souvent utilisée dans des protocoles longitudinaux au cours desquels les chercheurs doivent apprendre des langues, coutumes et normes distincts des leurs, notre proximité avec notre terrain de recherches nous a permis d'opter pour des terrains plus courts. Notre méthodologie consistait à demander le consentement du service entier à notre venue avant de déclencher le processus de signature d'un ordre de mission,

puis de demander à l'équipe de réitérer son engagement volontaire dans notre recherche au moment de notre arrivée et de notre présentation en réunion. Ce consentement était ensuite décliné en fonction des activités, entretiens et temps informels : façon pour nous de bien « annoncer la couleur » (Soulé, 2007), c'est-à-dire d'être transparente dans nos intentions d'observatrice extérieure quitte à générer - voire dans le but de générer -, en plus de l'expérience quotidienne, une réflexion nouvelle des professionnels à partir de notre présence dans leur service. En cela et du fait de notre positionnement disciplinaire ancré dans la psychologie, nous ne pouvions prétendre à une position d'objectivation participante, définie dans la sociologie bourdieusienne comme « l'objectivation du sujet de l'objectivation, du sujet analysant, bref, du chercheur lui-même » (Bourdieu, 2003, p. 43). La tension caractéristique de la posture dans laquelle se trouve le chercheur pratiquant l'observation participante se retrouvera dans notre quatrième chapitre, qui devra jouer le jeu du « dire sans dire », en relatant nos observations et les discours des professionnels de façon suffisamment anonymisée pour ne pas rompre le contrat passé avec eux (« décrire la réalité le plus fidèlement possible tout en ne dévoilant pas tout », (D'Arripe, 2015)), mais aussi dans une position de non-jugement afin de ne pas céder à une tentative d'analyse institutionnelle des structures visitées qui aurait flirté de trop près avec une démarche d'audit.

Selon les mots du psychiatre Jean-François Allilaire, l'observation participante a fondé la démarche psychiatrique elle-même (1998) ; plus encore, si notre discipline de rattachement, à savoir la psychologie clinique d'orientation analytique, demande au praticien en position de thérapeute d'abandonner le regard au profit de l'écoute, l'utilisation de l'observation participante fait aussi partie intégrante des outils à sa disposition :

« L'observation de la socialité avec une démarche implicite est appelée « observation participante ». Un exemple en est l'observation d'un sociologue ou d'un anthropologue qui va vivre avec une communauté pendant un certain temps pour en comprendre l'organisation, les logiques. Dans nos pratiques, on reprend ce type d'observation lorsqu'on va à domicile, dans un lieu de vie d'un enfant (l'école, la crèche, etc.) ; on fait de l'observation clinique participante. » (Ciccione, 2012, p. 56)

Cette méthode de recueil de données prenait donc toute sa pertinence à plusieurs égards : elle était en premier lieu la méthode de travail principale des professionnels dans les structures que nous étudions. Mais plus encore, partant du principe que notre présence allait nécessairement modifier le travail fait dans les services où nous nous rendions (Arborio, 2007) dans la mesure où ce travail était en majeure partie relationnel, et du fait de notre choix d'opérer par semaines de terrain (5 jours ouvrés dans chaque structure, d'un lundi à un vendredi), la participation active aux ateliers et consultations allait devenir notre outil principal afin de nous faire accepter dans les établissements. Les professionnels s'avéraient en effet plus enclins à partager avec nous leur conception de l'activité de soins et d'accompagnement une fois que nous avions, dans une dynamique d'échange, partagé un moment de leur travail et découvert leur savoir-faire. C'est un infirmier avec qui nous avons participé à un atelier d'éveil musical qui nous a donné la confirmation de cette intuition lorsque nous discutons des conditions de notre présence :

« Fascinée par sa présentation des instruments, qu'il me tendait pour que je joue dessus, je lui ai demandé s'il accepterait que je vienne. Il me dit alors : « oui, à une seule condition : que tu participes à l'atelier et que tu ne sois pas qu'observatrice » (47JB-2).

L'observation participante nous permettait donc, en même temps, de nous décaler de notre référentiel thérapeutique pour rentrer dans un processus de recherche, tout en respectant le cadre méthodologique de notre discipline, avec des enrichissements venant des sciences humaines et sociales. En cela, nous rejoignons l'affirmation de Barbara Kawulich (2005), lorsqu'elle écrit :

« le rôle [du chercheur] permettant l'approche la plus éthique de l'observation est celui de l'observateur-participant, puisque les activités d'observation du chercheur sont connues du groupe d'étude, mais que le chercheur se concentre

sur la collecte de données plus que sur la participation à l'activité étudiée » (p. 9, traduction libre)⁶⁸

Cette observation participante, tenant comme nous l'avons dit plus haut d'une forme de clinique de l'activité, n'est pas non plus sans lien avec une démarche de sociologie de la quotidienneté du travail décrite par Pierre Bouvier (Bouvier, 1983), qui s'attache :

« [...] aux attitudes de l'homme au travail et aux dysfonctionnements que déterminent organisation et mutation des processus de production. La démarche privilégie, généralement, une approche tournée vers les petits groupes et leurs interactions.[...] Les travaux proches de [cette] démarche se remarquent par leur capacité à interroger en profondeur des pratiques et des représentations quotidiennes. Ce type de recherche s'est développé, entre autres, aux Etats-Unis. Il introduit la psychologie et la psychanalyse dans le champ de l'étude des faits sociaux et permet ainsi une compréhension souvent plus une des interrelations » (p. 134)

Cette observation participante s'est ainsi poursuivie jusque dans nos notes, en fonction des conseils prodigués par le guide de l'enquête de terrain de Beaud et Weber (Beaud & Weber, 2017) :

« Les outils de l'observation, remarquer *in situ*, mémoriser, noter sont les mêmes [...] Là aussi, l'observation consiste en une *tension* entre la prise de parti, l'« engagement », et la « distanciation » [...] *engagé* lors de l'événement et

⁶⁸ “[...] the role providing the most ethical approach to observation is that of the observer as participant, as the researcher's observation activities are known to the group being studied, yet the emphasis for the researcher is on collecting data, rather than participating in the activity being observed » (Kawulich, 2005).

détaché lors de la prise de notes : vertu « objectivante », « distanciatrice », de l'écriture après coup ». (p. 143)

Compte tenu de nos terrains et de l'incertitude liée à l'interprétation que patients et soignants pouvaient faire de nos prises de notes dans des contextes institutionnels parfois complexes, nous avons préféré, le plus souvent possible, user de l'écriture dans l'après-coup. Si nous avons toujours un carnet à la main lors de nos déplacements, nos récits les plus complets sont ceux du journal de bord que nous avons tenu lors de nos semaines de terrain, tous les soirs. Ceci nous amène à devoir préciser l'une des principales limites de notre méthode : l'ensemble des relations mobilisées avec les professionnels nous ont fait jouer de bien plus nombreux rôles que celui de chercheuse. Du fait de notre participation et donc de notre engagement, nous avons été prise dans des alliances, des conflits mais avons parfois aussi été mise en position de clinicienne de l'institution. Nous préciserons ces enjeux lors de l'analyse de notre matériel.

V. Les entretiens. Construction du guide, mode de recueil et analyse.

« Si je suis surprise, c'est que je m'attendais à autre chose. Il faut alors expliciter ce à quoi je m'attendais et ce qui est advenu : c'est la différence entre les deux qui fait sens » (Beaud & Weber, 2017, p. 297)

Le pacte d'entretien (Beaud & Weber, 2017) avec l'ensemble de nos interviewés était toujours clair : même si nous avons le temps de leur expliquer le but de notre recherche en réunion de synthèse ou lors du café d'accueil du lundi matin, ils étaient le plus souvent sollicités à partir de nos observations participantes ou d'un échange informel préalable. Comme nous l'avons écrit au sujet de l'observation participante, le fait de partager l'emploi

du temps institutionnel et d'être présente à des horaires prévisibles facilitait le travail de négociation. Nos entretiens avaient toujours lieu sur le lieu de travail des interviewés et pendant leurs temps de présence afin de compléter au plus près de l'action nos observations participantes, mais dans des bureaux fermés afin de préserver la liberté de parole de chacun. La plupart de nos entretiens ont duré une quarantaine de minutes du fait du temps contraint des professionnels ; toutefois, ceux-ci restaient toujours semi-directifs, et l'ensemble des questions était traité dans le temps imparti. Nous reprenions toujours quelques minutes en début d'entretien pour présenter notre formulaire de consentement, qui se trouve en annexe : le consentement était donc donné à l'oral mais aussi par écrit, et les entretiens se terminaient le plus souvent par l'explicitation de notre question de recherche et un temps rapide de discussion.

Nous reproduisons ici la première version de notre guide d'entretien, que nous avons élaboré dans les six premiers mois de notre travail :

Pour situer le professionnel : sexe, âge, quel métier exercez-vous, depuis quand.

1°) Quel a été votre parcours professionnel jusqu'à maintenant et pourquoi avez-vous choisi de venir travailler dans cette structure ?

(valeur testée : implication dans le métier, désir de travailler là)

2°) Décrivez-moi votre semaine de travail habituelle dans cette institution.

(informel ou pas, réunions ou pas, comment parlent-ils des patients ?)

3°) Quels sont les différents protocoles ou règles à respecter dans cette institution ? Quels effets ces protocoles ou ces règles ont-ils sur votre travail ?

(administration VS clinique)

4°) Quels sont pour vous les avantages et les inconvénients du travail en équipe pluri-professionnelle ?

5°) En quoi consistent vos interventions auprès des patients (*exemples bienvenus*) ? Quels sont les buts de ces interventions ?

(thérapeutique ou pas, éducative ou pas...)

6°) Comment définiriez-vous le sanitaire et le médico-social ?

7°) Comment votre travail a-t-il évolué depuis que vous avez commencé à exercer ?

8°) Qui sont les partenaires de l'institution/du service au dehors et comment s'organise le travail avec eux ?

9°) **Dernière question (opinion)** : qu'est-ce qui selon vous manque ou pourrait être amélioré dans la prise en charge des patients ?

Ce guide a subi quelques modifications destinées à l'alléger. Nous avons rapidement abandonné la question 2°), du fait de l'incertitude caractéristique des soins en psychiatrie et dans le médico-social et la question 6°), car notre recherche s'orientait de plus en plus vers les convergences organisationnelles entre secteurs sanitaire et médico-social que vers une tentative de différenciation. Nous avons aussi tout d'abord modifié la question 3°) pour l'orienter du côté des grandes lois structurantes du champ de la santé mentale, mais l'avons finalement abandonnée après avoir obtenu plusieurs retours d'expérience qui nous ont amenée à modifier en profondeur notre hypothèse de travail. Nos premiers retours de terrain, lorsque nous posions la question 3°), étaient en effet assez unanimes. Les lois ne semblaient pas directement contraindre les pratiques de terrain, à l'inverse de ce que nous pensions au départ. Elles apparaissaient, en tout cas dans la réalité psychiques des professionnels, plutôt dérivées de ces mêmes pratiques :

« il y a un règlement intérieur, il y en a, il existe. Il a été changé parce que les contraintes sociales ont évoluées, on parlait tout à l'heure du conseil général, on parlait des lois, les lois 2002-2 tout ça, sont arrivés... En 2005 aussi, mais ceci dit ces lois-là n'ont... quand elles sont apparues toutes ces lois n'ont fait que montrer

qu'on les appliquait déjà et on était déjà très avant-gardistes en fait finalement sur ce qui, sur l'exigence... donc non il n'y a pas grand-chose qui a changé ». (14CUI41)

« ça a évidemment eu des incidences mais [...] la loi n'est pas méchante en fait, comme tu le disais hier l'usager au centre de la personne... euh, au centre du dispositif c'est formidable, mais en fait la loi n'a fait que reprendre ce que des gens de terrain ont fait remonter au Ministère » (73E55)

« Mais par rapport à votre interrogation initiale, l'impact du réglementaire ou du législatif, moi je ne crois pas trop à ça. Je pense que le réglementaire il suit, le législatif suit. [...] c'est vrai que dans la psychiatrie la loi de 1838 c'est fondateur, certes, mais on n'a pas attendu la loi de 2002 pour informer le patient... (03PH66) »

Ces extraits n'épuisent bien entendu pas la question du rapport entre les lois (ou a minima les grands axes des politiques publiques) et les pratiques. Ils nous ont en revanche permis de revoir la prénotion devenue hypothèse avec laquelle nous faisons cette recherche et dont nous avons parlé plus haut. C'est donc à partir de ces entretiens que nous avons opéré un tournant vers les pratiques des acteurs, et plus tard leurs représentations de leurs propres pratiques et de celles de leurs collègues.

VI. Opérationnalisation de l'analyse thématique.

Notre travail de recherche combine deux corpus qui, s'ils ne sont pas équivalents, nous permettent toutefois une forme de comparaison des conceptualisations du système de santé mentale entre l'époque de la réforme psychiatrique d'après la Seconde Guerre Mondiale et le contexte contemporain grâce à une forme privilégiée discours sur la pratique qu'est le retour d'expérience. Nous avons choisi d'étudier ces corpus de façon thématique et hypothético-déductive, en utilisant le premier corpus pour faire des hypothèses que le second aurait pour objectif de réviser et corriger. Par convention de présentation et du fait des matériaux différents que nous serons amenée à utiliser (livres, entretiens retranscrits ou encore extraits

de nos journaux de terrain), nous présenterons les extraits d'entretiens en italique, contrairement aux extraits de documents écrits qui ne feront pas l'objet d'une mise en forme autre que celle de la citation.

A. Méthode d'analyse du premier corpus : l'étude de documents.

A l'intérieur du groupe des méthodes d'analyse thématique, la méthode que nous avons choisie afin de traiter le corpus de la psychothérapie institutionnelle est celle de l'étude de documents telle que formalisée par Pierre Paillé (Paillé, 2007). Celle-ci comprend sept étapes :

- Opérationnalisation des questions de recherche,
- Choix du corpus à examiner,
- Collecte des documents,
- Étude des documents,
- Synthèse des réponses aux questions,
- Analyse critique des résultats,
- Et finalement mise en forme finale des résultats.

Nous avons posé une unique question de recherche à ce premier corpus de données : quels sont les organisateurs minimaux d'une pratique qui peut se revendiquer du courant de la psychothérapie institutionnelle ? Notre ambition n'était pas tant de pouvoir, grâce à ce cadrage minimal, déterminer ce qui relevait sur nos terrains de la psychothérapie institutionnelle ou pas, mais plutôt de formaliser, pour les besoins de la recherche, le corpus de la psychothérapie institutionnelle comme un système de propositions tirées de la théorisation de la pratique quotidienne et se répondant les unes les autres. Opérationnaliser cette question revenait à trouver des invariants dans notre corpus, autrement dit, en nous référant à la définition de Paillé et Muchielli, à conduire une analyse thématique de celui-ci :

« Il s'agit, en somme, à l'aide des thèmes, de répondre petit à petit à la question générique type, rencontrée dans divers projets d'analyse : « Qu'y a-t-il de fondamental dans ce propos, dans ce texte, de quoi y traite-t-on ? » [...] Avec

l'analyse thématique, la thématisation constitue l'opération centrale de la méthode, à savoir la transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé et ce, en rapport avec l'orientation de recherche (la problématique). L'analyse thématique consiste, dans ce sens, à procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus, qu'il s'agisse d'une transcription d'entretiens, d'un document organisationnel ou de notes d'observation. » (Paillé & Mucchielli, 2015, pp. 231–232)

Après avoir délimité notre corpus et avoir rassemblé les documents écrits (livres, ebooks, articles disponibles sur le web), nous avons procédé à l'étude qui sera détaillée dans notre troisième chapitre. Notre processus de thématisation ne s'est toutefois pas fait de façon totalement inductive car nous connaissions le corpus de la psychothérapie institutionnelle bien avant de démarrer ce travail de thèse. Il nous semble que c'est cette connaissance globale, cette imprégnation par le corpus durant notre cursus initial de psychologue clinicienne qui nous a permis de formuler des opérateurs que nous sommes ensuite allée chercher de façon plus systématique dans nos documents, à la manière de ce que Paillé et Mucchielli appellent la thématisation séquentielle, qui selon eux procède d'une logique plus hypothético-déductive :

« L'analyse est menée en deux temps. Dans un premier temps, un échantillon du corpus est tiré au hasard et analysé dans le but de constituer une fiche thématique. Celle-ci va prendre la forme d'une liste de thèmes (hiérarchisés ou non) auxquels correspondent des définitions permettant de les identifier à la lecture du texte. Lorsqu'elle a été constituée à la satisfaction du chercheur, cette fiche est ensuite appliquée, dans un deuxième temps, à l'ensemble du corpus, soit de manière stricte, soit en prévoyant la possibilité que des thèmes soient ajoutés en cours d'analyse. Cet ajout devra cependant être normalement assez limité, sans quoi on revient à la logique de la thématisation continue. » (Paillé & Mucchielli, 2015, p. 237)

Les huit thèmes que nous avons extraits de cette phase de thématisation du corpus de la psychothérapie institutionnelle (et que nous avons appelé « opérateurs ») ne sont, comme nous le verrons dans notre troisième chapitre, pas hiérarchisés entre eux : au contraire, ils représentent (et seront représentés sous cette forme en fin de chapitre) un réseau thématique qui vient répondre, dans sa forme, au réseau institutionnel tel qu'il est conceptualisé par ce courant. Nous reprendrons les élaborations de Jennifer Attride-Stirling (2001) au sujet des réseaux thématiques :

« Les réseaux thématiques se présentent graphiquement comme des toiles d'araignées afin d'ôter toute notion de hiérarchie, donnant de la fluidité aux thèmes et insistant sur l'interconnectivité dans le réseau. »⁶⁹, (p. 389, traduction libre)

Cette représentation graphique dérivée du codage en grands thèmes ne sera, comme préconise l'auteure, pas le centre de notre analyse mais un simple moyen de représentation destiné à aider la saisie de ce réseau dans son ensemble et plus uniquement thème par thème. La représentation graphique de notre réseau thématique arrivera ainsi en fin de troisième chapitre, afin de laisser d'abord la place aux élaborations et aux expressions de nos auteurs.

B. Méthode d'analyse du second corpus : la révision des opérateurs.

Notre second corpus de données, récolté au cours de notre travail de terrain, est constitué de plusieurs sets de natures différentes. Les entretiens sont au nombre de 85, allant de 25 minutes à plus d'une heure et intégralement retranscrits et analysés par nous. Comme stipulé dans notre tableau récapitulatif, sept d'entre eux ont été effectués dans un CMPP utilisant la psychothérapie institutionnelle comme référentiel principal des pratiques. Si le monde de la santé mentale infanto-juvénile ne correspondait certes pas à notre terrain de

⁶⁹ "Thematic networks are presented graphically as web-like nets to remove any notion of hierarchy, giving fluidity to the themes and emphasizing the interconnectivity throughout the network".

recherche, la possibilité de faire ces entretiens dits de cadrage peu avant de commencer nos entretiens de thèse nous est apparue comme une opportunité intéressante d'affiner et notre grille d'entretien et notre grille d'analyse, en fonction d'un premier repérage sur le terrain des fondamentaux d'une pratique orientée par la P.I. Ces entretiens porteront la lettre C au début de leur code individuel.

Les entretiens étant cependant insuffisants en tant que tels, ils seront parfois présentés au regard de nos observations de terrain, consignées dans nos journaux de recherche (stylo-papier en cours de journée et dactylographiés en fin de journée).

Le troisième type de document auquel nous ferons référence consistera en les écrits produits par les structures visitées : plaquettes de présentation des services, fiches d'ateliers divers, organigrammes, notes de services (parfois sous formes de photographies prises sur nos terrains). Nous traiterons ces trois sets de données comme des documents ayant une valeur égale devant notre processus d'analyse thématique, étant toutefois entendu que le volume total des entretiens – 1000 pages - dépasse largement le volume des deux autres types de données collectés.

Ces trois sets de données introduits, il nous faut dès à présent dire quelques mots de la construction de notre grille d'analyse. Constituée à partir d'un corpus de textes émanant des psychiatres promoteurs de la « psychothérapie institutionnelle », elle comprend huit thèmes que nous avons opérationnalisés afin de savoir où, quand, et quoi chercher dans notre matériel. Ces thèmes, que nous avons appelés « opérateurs » et dont une description fine sera donnée dans notre troisième chapitre, sont listés ci-dessous. Pour chaque opérateur sont notées les informations que nous souhaitons récupérer dans nos données lors de nos terrains :

- **Opérateur n°1 : Distinction statut, rôle, fonction.** Dans les entretiens : quel rapport du professionnel à son propre statut ? Quelle définition de sa fonction et de la fonction des autres ? Dans les observations : quel rôle de chacun dans le fonctionnement de l'institution ? Cette seconde question étant particulièrement indiquée pour les directeurs et les cadres, mais aussi pour certains professionnels lorsqu'il apparaît qu'ils sont en position de leader.

- **Opérateur n°2 : Coefficient thérapeutique de la vie quotidienne.** Dans les entretiens : Y a-t-il des occurrences d'exemples de la vie quotidienne (cuisine, logement, informel) ? Met-on en avant l'idée du thérapeutique ou de la réhabilitation ? Dans les observations, notamment de groupes proposés : vers quels types d'attitudes les professionnels s'orientent-ils ? Thérapeutique, éducatif... ?
- **Opérateur n°3 : Mode de relation : le « faire avec » ou le « faire ensemble ».** Dans les entretiens : trouve-t-on des anecdotes, termes ou formulations évoquant des actions conjointes patients/soignants, usagers/accompagnants ? Dans les observations des groupes : comment les professionnels se positionnent-ils dans les groupes/activités avec les patients ?
- **Opérateur n°4 : Fonction de direction clinique et organisationnelle partagée.** Dans les observations : des réunions sont-elles mises en place, si oui sont-elles régulières ? Comment s'y distribue la parole ? Dans les entretiens : les entretiens seront utilisés pour compléter, notamment si je n'ai pas pu assister à une réunion. Lorsque c'est le cas, enquête : pour quelles raisons n'y a-t-il pas eu de réunion : manque de temps, une fois tous les quinze jours, inutilité supposée ? Et où se prennent les décisions si ce n'est pas en réunion ?
- **Opérateur n°5 : Libre-circulation...** ou sa mise en échec. Dans les observations : la libre-circulation dans l'institution sera questionnée mais aussi la possibilité pour les patients/usagers de se déplacer entre les différentes institutions qui les accompagnent, ou simplement dans la ville, et ce que l'institution visitée fait pour garantir leur droit à la libre-circulation. Les entretiens serviront à compléter et approfondir les observations.
- **Opérateur n°6 : Fonction d'accueil.** Seront différenciés accueil et réadaptation : la fonction d'accueil est plus proche d'une forme de tolérance revendiquée à la folie. Dans les entretiens : y a-t-il des discours prônant la tolérance (adaptation de la société à la folie) ou plutôt le mouvement inverse, à savoir la réadaptation du patient à la

société des normaux (travail, famille, logement) ? Dans les observations : Comment les patients sont-ils accueillis sur le lieu le matin ou au moment de leur arrivée ?

- **Opérateur n°7 : Perspective globale : ne pas suraliéner**, autrement dit ne pas rajouter de la pathologie institutionnelle à la pathologie du patient. Dans les entretiens : implique qu'il y ait des références à la dynamique de l'institution, ou à l'effet de l'ambiance sur les patients. Les observations pourront servir d'appui à la parole en entretien. Cet opérateur étant assez spécifique à la psychothérapie institutionnelle, le simple fait de savoir si nous pourrions le retrouver (plutôt que sous quel mode) est en soi une question de recherche. Les occurrences de termes comme la « désinstitutionnalisation » seront prises en compte.
- **Opérateur n°8 : Greffer de l'ouvert** : Axé sur la création de partenariats dans l'institution et au dehors. Dans les entretiens : cet opérateur correspond à notre avant-dernière question au sujet des partenaires et des relations avec eux. Dans les observations : y a-t-il des réunions avec d'autres institutions au dehors, des appels, des visites ?

Malgré la tentative de rationalisation de notre grille de recherche et d'analyse, il est nécessaire de signaler l'une des limites de notre méthodologie : en passant une semaine dans chaque structure, il nous était impossible de tester tous les paramètres énoncés ci-dessus dans chacun des lieux visités. Nous avons donc privilégié, en cohérence avec notre démarche clinique, un recueil de données qui laissait émerger ce qui travaillait le plus les équipes au moment de notre venue. Nous pourrions ainsi émailler notre quatrième chapitre d'illustrations cliniques et d'anecdotes anonymisées lorsque la situation d'une institution viendra particulièrement toucher à l'opérateur traité.

Notre corpus de données sera étudié par analyse thématique hypothético-déductive, à partir des contributions de King (2004), Braun et Clarke (2006) et Paillé et Mucchielli (2013) à ce sujet. La plupart des auteurs ayant théorisé l'analyse thématique distinguent le procédé inductif, fortement ancré dans les données, du procédé hypothético-déductif, par essence

plus théorique. Braun et Clarke (2006) soulignent en effet que le type d'analyse choisi est déterminé par la question de recherche ; elles distinguent ainsi les deux grands types d'analyse :

« Une analyse thématique “théorique” a tendance à être guidée par l'intérêt théorique ou analytique du chercheur dans le domaine, et est ainsi plus explicitement dépendante de celui qui analyse. Cette forme d'analyse thématique fournit une description globalement moins riche des données, au profit d'une analyse détaillée de certains aspects. De plus, le choix entre inductif et théorique correspond au pourquoi et au comment l'on code les données. On peut coder soit pour répondre à une question de recherche assez précise (ce qui correspond à l'approche plus théorique) ou la question de recherche spécifique peut évoluer au cours du processus de codage (ce qui correspond à l'approche inductive) »⁷⁰ (p. 84, traduction libre).

Un bon exemple d'analyse thématique inductive, tenant compte de la richesse du matériel récolté, peut être trouvé dans le rapport du Groupe de Recherches en Soins Infirmiers (GRSI) sur l'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie adulte (2012), dont la grille d'analyse thématique s'inspire de la psychothérapie institutionnelle, de la psychodynamique du travail et de la praxéologie – à ce titre, nos deux recherches nous paraissent d'ailleurs éminemment complémentaires. Toutefois, sur leurs 43 entretiens réalisés, les chercheurs Jean-Paul Lanquetin et Sophie Tchukriel ont extrait par théorisation ancrée 139 fonctions du travail infirmier, tandis que nos 85 entretiens ont servi à l'évaluation

⁷⁰ “a ‘theoretical’ thematic analysis would tend to be driven by the researcher’s theoretical or analytic interest in the area, and is thus more explicitly analyst- driven. This form of thematic analysis tends to provide less a rich description of the data overall, and more a detailed analysis of some aspect of the data. Additionally, the choice between inductive and theoretical maps onto how and why you are coding the data. You can either code for a quite specific research question (which maps onto the more theoretical approach) or the specific research question can evolve through the coding process (which maps onto the inductive approach)”

de la place de huit opérateurs. Cette différence s'explique, comme le soulignaient Braun et Clarke, par des questions de recherches qui n'appellent pas le même traitement du matériel. La question de Lanquetin et Tchukriel était avant tout exploratoire :

« En quoi l'informel dans la pratique infirmière en psychiatrie constitue-t-il un savoir spécifique susceptible de favoriser l'affirmation du rôle propre infirmier en unité d'hospitalisation adulte temps plein ? »

Notre question était quant à elle hypothético-déductive et focalisée sur un courant particulier :

« Dans quelle mesure la psychothérapie institutionnelle est-elle encore un ensemble théorico-clinique pertinent pour rendre compte du travail pluriprofessionnel en santé mentale et l'analyser ? ».

Compte tenu de notre parcours, de nos présupposés épistémologiques et de la nature de notre question de recherche, une approche totalement inductive n'était pas possible : notre mode d'analyse du matériel récolté est en effet principalement destinée à mesurer la proximité ou l'écart entre les conceptions de notre premier corpus de données et celui des données récoltées pendant nos semaines de terrain.

Le codage du matériel récolté pendant l'enquête s'est fait en deux salves, suivant les termes de Paillé et Mucchielli : « l'analyse thématique consiste, dans ce sens, à procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus » (2015, p. 232). Il nous a donc premièrement fallu grossièrement repérer, comme nous l'avions fait dans le corpus de la psychothérapie institutionnelle, les concepts opératoires à l'œuvre dans les discours de nos interviewés - ceux-ci étant, dans le vocabulaire de l'analyse thématique, l'équivalent des thèmes. La question sous-tendant ce codage était de savoir *si* les thèmes abordés par la psychothérapie institutionnelle l'étaient encore par les professionnels d'aujourd'hui. Ce type de codage général ne pouvait être fait ligne à ligne, mais consistait bien plus souvent en des longs

paragraphes d'explication, car les concepts opératoires de la P.I. relevaient d'une construction idéique complexe qui demandait à être développée sur plusieurs phrases afin que tous les éléments soient présents. Si nous prenons l'exemple de notre quatrième opérateur, à savoir la fonction de direction et de décision partagée, jamais l'expression n'apparaissait seule et telle quelle dans les entretiens. L'idée fondamentale de cet opérateur, à savoir que *les décisions cliniques concernant l'usager devaient être prises à plusieurs grâce à l'outil de la réunion* pouvait cependant être retrouvée lorsque les professionnels parlaient de comment se passaient leurs réunions, de qui était invité ou non, de qui se sentait autorisé ou non à prendre la parole, de leur frustration de ne pas être écoutés ou de constater que leur chef de service prenait les décisions concernant les patients sans se soucier de leur avis. Ce premier codage par morceaux de nos entretiens a donc reposé sur une analyse interprétative destinée à comprendre, derrière leurs formulations conscientes et concrètes, ce que les professionnels avaient voulu nous dire. Cette approche peut être dite interprétative dans la mesure où elle suppose, en accord avec notre positionnement disciplinaire, qu'un matériel autre que celui du discours conscient existe et qu'il revient au chercheur de le faire émerger.

La deuxième vague de codage a été faite à l'intérieur de nos extraits thématiques afin cette fois de déterminer *comment* les professionnels abordaient les thèmes/opérateurs, c'est-à-dire quelles justifications et quelles articulations ils utilisaient pour en parler : il s'agissait donc de déterminer le degré de convergence ou de divergence des sous-thèmes avec ceux donnés par la psychothérapie institutionnelle, afin de procéder à une *révision* des concepts opératoires de la P.I. en fonction des éléments apportés par les professionnels de la santé mentale. Pour reprendre l'exemple de notre quatrième opérateur, si les professionnels semblaient toujours penser qu'il était nécessaire de prendre les décisions cliniques collectivement (même thème/opérateur), la pluriprofessionnalité et la diversité des métiers impliqués dans le soin et l'accompagnement avaient fait de la question des langages professionnels un sous-thème qui n'était pas théorisé comme tel par la psychothérapie institutionnelle mais qui méritait, en tant qu'obstacle potentiel à la communication et objet d'investissements narcissiques forts, de faire partie de sa version révisée. Nous proposerons donc, dans chaque sous-partie de notre quatrième chapitre, de développer les opérateurs de la psychothérapie institutionnelle dans leur version révisée puis de discuter, en fin de sous-partie, de la proximité de cette version révisée avec la version du corpus historique de la P.I.

au moyen d'un tableau récapitulatif. Nos observations consignées dans nos journaux de bords et les documents récoltés sur le terrain serviront d'illustrations cliniques lorsque les situations rencontrées sur le terrain semblaient faire jouer un opérateur en particulier, cas de figure qui s'est d'ailleurs souvent présenté.

Chapitre 3. Premiers résultats de l'analyse thématique : les « opérateurs » de la psychothérapie institutionnelle

« C'est un des aspects du problème qu'on peut discuter : qu'est-ce que la thérapeutique institutionnelle ? Comment peut-on utiliser un milieu de travail pour soigner les gens ? »
(L'établissement psychiatrique comme ensemble signifiant: actes de la rencontre du Groupe de travail de psychothérapie et de sociothérapie institutionnelles, à Saint-Alban, les 4 et 5 juin 1960, 2014, p. 29)

Introduction. La psychothérapie institutionnelle est-elle une praxéologie ?

Il paraît probable, dans un contexte où le terme de « désinstitutionalisation » s'est infiltré dans les discours décrivant les transformations des politiques publiques françaises en matière de santé mentale, que le problème posé par la dénomination « psychothérapie institutionnelle » touche à son second terme bien plus qu'au premier. A notre sens, ce constat est fortement lié au malentendu dont nous avons exposé les contours dans notre premier chapitre et qui porte sur la notion d'institution depuis l'irruption et la pérennisation du vocable de la « désinstitutionalisation » pour décrire la réforme psychiatrique française et ses suites.

En effet, si la psychothérapie n'est l'apanage théorico-pratique que des disciplines relatives à la vie psychique – psychologie, psychiatrie, psychanalyse -, et même si l'usage de ce terme a généré des querelles sémantiques et techniques, il apparaît tout de même plus simple de s'accorder sur une définition de la psychothérapie que sur une définition de l'institution. Nous choisirons de considérer, avec Pierre Delion, la psychothérapie comme « l'ensemble des méthodes qui permettent de traiter l'appareil psychique en

souffrance. [...] 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 » (Delion, 2001, p. 48). Redonner du sens aux symptômes et user de méthodes pour traiter la souffrance psychique historiquement située dont ils se font les messagers : voici ce qu’avec notre héritage psychanalytique il nous est permis de définir comme relevant de la psychothérapie.

C’est donc plutôt l’affirmation de l’effet de l’institution sur l’établissement qui fait la particularité de la P.I., tenant à l’entrecroisement serré qu’elle opère entre concepts analytiques et politiques. L’histoire nécessairement partielle que nous avons dressée de ce courant dans nos premier et deuxième chapitres risque d’occulter une double réalité : « la » psychothérapie institutionnelle n’est pas unifiée – elle est au contraire le résultat toujours à retravailler d’une série de réponses apportées à des questions qui sont classiques de la tâche psychiatrique – et, plus important encore, ce qu’elle proposait ne s’arrêtait pas à la transformation d’un lieu de soins en un outil thérapeutique. La distinction avec la première vague de psychothérapie institutionnelle, axée sur l’humanisation des conditions asilaires, est là de taille : il ne s’agit plus uniquement d’humaniser des conditions d’internement déplorables, mais bien de s’attaquer à la racine de l’aliénation secrétée en permanence par toute institution, comprise au sens d’un agrégat de personnes ayant produit ensemble des normes et des coutumes communes. Jacques Hochmann résume ainsi la transition qui s’est opérée (nous soulignons) :

« Peu à peu s’est développé un mouvement de « psychothérapie institutionnelle » où s’entrecroisent diverses influences [...] et *qui dépasse les objectifs premiers*. Alors qu’il ne s’agissait au début que de développer un espace neutre et innocent dans lequel la psychothérapie individuelle pourrait se développer en toute liberté, se découvrent petit à petit les dimensions thérapeutiques de la vie sociale dans l’institution. La psychothérapie institutionnelle, c’est aujourd’hui, à la fois le traitement du malade par l’institution et le traitement de l’institution elle-même comme asile toujours renaissant, comme lieu de ségrégation et de renfermement,

comme aliénation issue de l'aliénation et qui lui fait retour pour l'entretenir »
(Hochmann, 1971, p. 124).

Dépasser les objectifs premiers : ainsi Hochmann nous semble-t-il dire cette spécificité de la psychothérapie institutionnelle, à savoir la prise en compte de la double aliénation repérée par Oury. La P.I. vise à soigner l'aliénation psychopathologique, mais sait que pour cela, elle doit d'abord et avant tout soigner l'aliénation sociale qui surdétermine les rapports d'échanges dans l'établissement. Freud avait bien repéré la structure libidinale inconsciente des institutions sociales⁷¹ mais n'avait pas pour but premier que sa théorie y change quelque chose : autrement dit, sa perspective était au sens littéral analytique, pas prescriptive. Pour nous référer de nouveau à la définition donnée par P. Delion de la psychothérapie, Freud avait certes repéré le malaise dans la civilisation, mais son projet vis-à-vis de celui-ci, qu'il considérait comme structurant toute époque, ne pouvait pas être un projet psychothérapeutique destiné à soigner la souffrance générée par ce malaise.

La psychothérapie institutionnelle va donc plus loin qu'une simple application des concepts analytiques à l'institution, puisque par rapport au projet freudien, l'éclairage qu'elle propose de la structure aliénante des rapports sociaux, qui fait sécréter de la pathologie aux individus et aux institutions – ce qu'Oury nommait la pathoplastie – n'est que la première étape d'une proposition de soin apporté à l'institution qui s'élabore au fur et à mesure des vicissitudes de la pratique quotidienne. Nous souhaitons avec ce travail aller encore plus loin : l'utilité de la psychothérapie institutionnelle était de donner des moyens supplémentaires aux professionnels de rendre leur travail en psychiatrie effectivement thérapeutique en touchant à l'ambiance des services. Autrement dit, et c'est ce que nous soutiendrons, *la P.I. est un ensemble de prescriptions théorico-pratiques issu d'un mouvement de théorisation d'une pratique empirique (et non l'inverse) en contexte institutionnel, pluriprofessionnel, avec des sujets souffrant de troubles psychiques : cet ensemble de prescriptions constitue un*

⁷¹ « Que l'essence d'une masse réside dans les liaisons libidinales présente en elle, nous en obtenons également une indication dans le phénomène de la panique [...] » (Freud, 1921c/2009, p.34)

agencement particulier de concepts opératoires que nous appellerons « opérateurs », que le chapitre à suivre aura pour but de présenter.

Si nous avons au départ choisi le terme d' « organisateur » pour désigner l'usage qui était fait de ces éléments spécifiques au corpus de la P.I., nous avons au fur et à mesure de notre analyse du matériel préféré le mot d' « opérateur » du fait de son caractère endogène au corpus étudié. Ce terme a toutefois plusieurs définitions propres à des disciplines différentes, et aucune de celles qu'il arbore habituellement ne correspond tout à fait au sens qu'il prend pour la psychothérapie institutionnelle. En sociologie ou en psychologie du travail, l'opérateur est la personne qui fait fonctionner la machine ou opère l'action ; en mathématiques et en linguistique il est le signe de l'opération appliquée à un élément, à la fois distinct et complémentaire, donc, de l'opération elle-même et de ce sur quoi elle opère. L'opérateur, dira le linguiste Jean-Pierre Desclés (2009), est un « processus opératoire » : il est incomplet tant qu'il n'est pas appliqué. Cette dernière acception est relativement proche de l'utilisation que les promoteurs de la psychothérapie institutionnelle ont fait du terme ; ainsi, dans un mouvement analogue à celui de la théorisation de la pulsion par Freud, l'opérateur en P.I. est à notre sens un concept-limite entre la théorie et la pratique. Il peut donc être défini, en reprenant une expression utilisée par certains de nos auteurs, comme un « concept opératoire », autrement dit comme la conjonction entre un élément de la théorie qui peut être élevé au rang de concept et la prescription organisationnelle qui, dans la pratique, peut rendre ce concept opérant. Un opérateur au sens de la P.I. a une valeur praxéologique : il participe à l'action et tente, dans un mouvement d'aller-retour réflexif, de la décrire et de l'expliquer. Il est la clé de voûte de ce que nous considérons, à partir de la définition de Lhotellier et St-Arnaud, comme une praxéologie psychiatrique, à savoir un mouvement de théorisation de l'action soignante et thérapeutique et de production de connaissances à partir de celle-ci :

« La praxéologie est une démarche construite (visée, méthode, processus) d'autonomisation et de conscientisation de l'agir (à tous les niveaux d'interaction sociale) dans son histoire, dans ses pratiques quotidiennes, dans ses processus de changement et dans ses conséquences. La praxéologie est moins une

conceptualisation d'une pratique que la création d'un savoir nouveau issu de cette pratique [...] La praxéologie vise à dégager le savoir compris dans l'action, ou le savoir à inventer par l'action pour qu'elle soit plus performante. » (Lhotellier & St-Arnaud, 1994, p. 95)

A l'appui de ce postulat, nous représenterons nos opérateurs à la fin de ce chapitre sous forme d'un « réseau thématique » (Attride-Stirling, 2001) obtenu par analyse thématique séquenciée de notre corpus. Nous tenterons par là de soutenir qu'un opérateur, conçu comme « thème », est constitué d'un ensemble de « sous-thèmes » qui ne sont pas tous de même nature, et que chaque opérateur procède de la conjonction entre des sous-thèmes pratiques et des sous-thèmes plus conceptuels. C'est de ce mélange, qui travaille intrinsèquement nos opérateurs, que ceux-ci tirent leur légitimité de guide et d'analyste de la pratique : en tant que fruits d'une théorisation dérivée de l'activité, ils relient constamment le réel de la pratique et de l'implication des corps à la réalité psychique d'une théorisation qui, si elle n'est du point de vue scientifique ou biologique pas *exacte*, dit pourtant quelque chose de la *vérité* des représentations et des affects en présence dans les rencontres. Nos opérateurs ne rendent donc ni tout à fait compte d'une pratique pure (car dérivant d'une réflexion prescriptive, celle du soin en psychiatrie, ils ne peuvent prétendre la décrire objectivement) ni ne sont les rejetons d'une théorie déracinée. Ils partent du principe que l'action est première, et proposent donc de dévoiler le savoir compris dans l'action en même temps qu'ils l'expliquent grâce à un ensemble théorique choisi : ils sont, fondamentalement, une construction de l'après-coup. Ainsi en va-t-il par exemple de la liberté de circulation, thème ancré dans la concrétude du quotidien, qui prend appui sur des recherches en linguistique structurale proposant une analogie théorique entre espace et langage, ou de la greffe d'ouvert, qui signifie à la fois l'ouverture concrète des institutions sur l'extérieur et l'ouverture relationnelle conceptualisée à partir de la greffe de transfert de Gisela Pankow ; ainsi l'accueil dévoile-t-il également ses deux faces, à la fois processus concret sur le long terme et nom donné à ce qui se passe lorsque deux personnes sont dans un état de réceptivité et de disponibilité l'une vis-à-vis de l'autre.

En vertu de cette approche praxéologique, nous prendrons le parti de traiter l'ensemble des livres, articles et transcriptions de séminaires qui constituent notre corpus comme des « retours d'expérience ». En effet, les écrits que nous avons analysés avaient pour fin non de décrire objectivement des pratiques mais bien de proposer, dans une dynamique d'apprentissage et d'amélioration continue du soin à partir des connaissances issues de la pratique, un certain nombre de prescriptions organisationnelles. Ce que nous désignons par retour d'expérience est une pratique de construction collective de sens par le récit de l'action. Nous reproduisons ici la définition de Cécile Godé, chercheuse en sciences de gestion :

« S'ils n'ont pas nécessairement besoin de partager les mêmes valeurs ou les mêmes aspirations, les individus doivent être capables de parvenir à un consensus sur les moyens à mettre en œuvre pour accomplir une ou plusieurs actions. En cela, la construction collective de sens évoquerait un processus clé de coordination dans les équipes. Se pencher sur ce processus implique de poser la question du comment : comment le sens émerge-t-il, se développe-t-il ou encore comment s'effondre-t-il. [...] Evoquant un travail de rétrospection d'une action passée afin de concevoir l'action à venir, le retour d'expérience renvoie aux trois dimensions de communication, de socialisation et d'apprentissage communément étudiées par la littérature. » (Godé, 2011, p. 417)

Un travail de rétrospection des actions passées afin de concevoir les actions à venir : voilà pour nous une définition intéressante de notre corpus. Composé pour une bonne part de transcriptions de séminaires, il est en effet affublé de la symbolique de la transmission du mouvement de la P.I. ; ancré dans une démarche clinique, il assume un point de vue prescriptif sur l'organisation de la vie quotidienne dans les structures de soins.

Ainsi, même si la psychothérapie institutionnelle est un mouvement qui ne se construit que chemin faisant, il nous semble que la nature particulière de notre corpus, à mi-chemin entre action et connaissance sur l'action, nous permet méthodologiquement et en prenant en compte les contraintes que nous avons énoncées ci-dessus de considérer que cette revue de retours d'expérience est à elle seule suffisante pour dégager des opérateurs de la

psychothérapie institutionnelle et en faire une grille d'analyse à partir de laquelle nous étudierons les pratiques et les discours portés sur ces pratiques aujourd'hui. De fait, nous serons plus intéressée par les raisons et le sens donnés aux pratiques qu'aux actes eux-mêmes, du fait de notre ancrage disciplinaire tout d'abord, mais aussi parce que c'est nous semble-t-il dans la production du sens donné à l'action que s'élabore sa transformation, et que c'est donc dans ce sens conféré à l'activité que nous pourrions retrouver les « invariants du développement » du travail soignant. Cette approche a le mérite d'octroyer à notre corpus le statut de témoignage et donc de prendre en considération le fait que, comme tout témoignage, cette littérature livre une version empreinte de fantasmes de ce qui est réellement arrivé. Ce parti pris est motivé par deux limites inhérentes à l'étude de la psychothérapie institutionnelle :

- L'ensemble des acteurs de ses première et deuxième générations ne sont aujourd'hui plus en vie,
- Les institutions dans lesquelles ils ont jadis exercé ont pour certaines radicalement changé leurs modes de soin (nous pensons ici à l'hôpital de Saint-Alban), ou a minima ont vu leurs pratiques se modifier du fait de contraintes internes (telles que le décès de Jean Oury et la reprise de la direction de la Clinique de la Borde par son gendre) ou externes (les certifications des établissements de santé), ce qui rendrait anachronique toute tentative d'observation directe dans ces services.

Comme nous l'avons expliqué dans notre premier chapitre, nous pensons donc qu'il est possible de proposer une lecture des opérateurs de la psychothérapie institutionnelle grâce à la méthode d'analyse thématique de documents, en tant d'une part que les écrits qui constituent notre corpus ne sont ni tout à fait des descriptions objectives de pratiques ni des œuvres théoriques déconnectées du quotidien, et en tant, d'autre part, qu'ils sont les seuls restes d'une époque que nous n'avons pas de moyen direct de connaître. Les huit opérateurs que nous comptons introduire n'ont pas encore, à notre connaissance, été repérés et

présentés ensemble de cette façon⁷², mais nous tenterons de montrer qu'à l'intérieur du « système conceptuel ouvert » de la P.I. (Grimaud, 2010, p. 117), ces huit concepts opératoires-là étaient présents et articulés très tôt par l'ensemble des auteurs et promoteurs du mouvement.

Ces invariants structuraux de la P.I. nous serviront ensuite à étudier la mesure dans laquelle la production de « nouveau » dans la pratique se soutient de conditions historiquement situées, et ainsi à comprendre en quoi la grille d'analyse de la P.I., sans pouvoir prévoir la nouveauté sur le terrain, permet toutefois d'expliquer les pratiques contemporaines en santé mentale⁷³. C'est aussi en cela, pour terminer, que nous nous sommes retrouvée dans les principes de la clinique de l'activité énoncés par Yves Clot : la psychothérapie institutionnelle peut à notre sens être considérée comme une forme de clinique de l'activité en psychiatrie, qui recherchait des « invariants de la transformation de l'action » (Clot, 2008, p. 72) :

« On « cherche » bien à ce moment-là, heureusement, mais ce que l'on cherche, c'est à trouver les chemins de l'action transformatrice. Cela relève de l'art du métier en acte » (Clot, 2008, p. 68)

Nous éclairerons donc à chaque fois l'aller-retour entre la raison clinique qui a poussé les acteurs à agir et s'organiser d'une façon donnée dans leur activité, et la théorisation qu'il en ont fait à l'aide des concepts disponibles au moment de l'élaboration du mouvement de la psychothérapie institutionnelle. Jean Oury donnait déjà dans le premier numéro de la *Revue de Psychothérapie Institutionnelle* de nombreuses pistes de réflexion pour les développements

⁷² La formalisation la plus proche que nous en ayons vue se trouve dans l'article de Jean Oury « Psychiatrie, psychanalyse et psychothérapie institutionnelle », initialement paru en 1993 dans un ouvrage collectif et de nouveau publié dans la revue *Vie Sociale et Traitement* (J. Oury, 2007b).

⁷³ Nous faisons ici référence à la réflexion d'Yves Clot : « on peut montrer qu'il y a aussi des régularités dans le développement, et pas seulement dans le fonctionnement. La production du nouveau, pour être imprédictible, n'est pas inexplicable ». (Clot, 2008, p. 71).

qui vont suivre et afin de « préserver une dimension psychothérapique réelle » du travail en institution :

« quel est donc ce « milieu » dans lequel nous travaillons ? Quelles sont les articulations entre le style des échanges au niveau des usagers (les « malades ») et les systèmes de gestion hospitalière ? Quelles sont les modalités de l'aliénation sociale qui est ici en jeu ? Y a-t-il possibilité d'aménagement de différents « lieux » d'existence avec mise en place psychothérapique des espaces fonctionnels ? Comment tel psychotique investit-il les différents moments de son existence ? Quel est le type de médiation instituée qui puisse faire, qu'à la longue, même sans psychothérapie individuelle spécifique, il puisse se « délimiter » dans son corps sans trop d'angoisse destructrice ? Quels sont les modes de transferts qui lui sont offerts ? Quel est l'objet « a » de ce collectif ? Quelles sont les structures de transversalité ? etc. Questions qui sont nécessaires pour pouvoir commencer à réfléchir sur notre « action » thérapeutique. [...] Opération minimum pour que puisse s'effectuer, dans une praxis généralisée, quelques rebranchements transférenciaux des personnalités psychotiques qui ne doivent être ici que des hôtes » (J. Oury, 1965, p. 183)

C'est en réponse aux questions soulevées par Oury que le mouvement de la psychothérapie institutionnelle a vu émerger, pensons-nous, les concepts opératoires qui constitueront l'objet de ce chapitre. Au regard de la foisonnante histoire des « thérapeutiques institutionnelles », notre entreprise n'est neuve que dans la mesure où elle assume ce qu'Oury avait noté par endroits, à savoir que la psychothérapie institutionnelle s'appuie parfois sur des « techniques » d'ambiance - cette technicité étant une façon d'accrocher ce qu'il en était des manifestations de désir, de transfert ou de l'inconscient dans les institutions. La référence à l'aspect technique nous paraît cependant très importante aujourd'hui, car s'il est devenu impossible d'exiger que la psychanalyse soit la référence de tous les professionnels travaillant dans les établissements sanitaires et médico-sociaux français, nous pensons toutefois que c'est à la faveur d'effets analytiques indirects, autrement dit d'effets de la rencontre avec des

processus inconscients médiatisés par des institutions dotés d'analyseurs (Horace Torruba, 2002), que la référence à certains concepts clés de la psychanalyse et de la psychopathologie analytique redeviendra utile et désirable dans les équipes cliniques.

Pourquoi des “opérateurs” ?

« Allons-nous continuer à défendre notre territoire avec le risque d'ériger la psychothérapie institutionnelle en modèle, en idéologie pour pouvoir attaquer et juger « l'autre psychiatrie » ? Ou allons-nous chercher à travers les clivages, les contrastes et les controverses, l'autre comme interlocuteur ? » (Ledoux, 2007)

Proposer de parler de la psychothérapie institutionnelle comme d'un agencement d'opérateurs procède à la fois, nous l'avons dit, d'une démarche ancrée dans son histoire, récurrente dans son corpus, et d'un processus de réactualisation de son héritage. La question d'une juste formalisation des axiomes logiques guidant la psychothérapie institutionnelle s'est posée pour nous lors d'une formation (le Diplôme Inter-Universitaire intitulé « Santé mentale dans la communauté »), lorsque nous avons été mise en demeure de dire en quoi nous pensions que la santé mentale dans la communauté (S.M.C.) ou la réhabilitation psychosociale héritaient, à leur corps défendants, de la psychothérapie institutionnelle. Beaucoup de propositions théorico-pratiques portées par le courant communautaire, qui s'appuie officiellement sur la psychiatrie de secteur conceptualisée par Bonnafé et sur l'antipsychiatrie basaglienne, nous avaient en effet paru se réapproprier l'héritage de la psychothérapie institutionnelle sans pourtant s'en revendiquer. On y parle volontiers de repas thérapeutiques, de déhiérarchisation entre les soignants et les soignés, de valorisation de l'expérience des usagers, de constitution d'associations, de mouvement vers la ville, de liberté de circulation, de complémentarité des approches professionnelles, et pour autant, tout lien avec la psychothérapie institutionnelle est explicitement récusé sous prétexte que celle-ci ne concernait qu'un temps où l'hôpital était le seul lieu de traitement des personnes souffrant de troubles psychiques. Cet argument, nous l'avons vu précédemment, tient peut-être historiquement - car dans les années 60 le terme d'institution était en effet utilisé à tort et à travers - mais ignore les tentatives répétées et étalées sur des dizaines d'années de réhabiliter l'institution en montrant en quoi elle était fort différente du concept d'établissement, tout en lui étant complémentaire :

« je dois rappeler une fois de plus, que pour nous, en tout cas, il n'est pas question de limiter le concept d'institution à celui d'établissement de soins. Et je ne nie pourtant pas que des établissements de soins soient souvent indispensables et fort utilisables si on se coltine et si on s'attache au service des besoins thérapeutiques, à l'ouverture et au maintien des articulations et des circuits institutionnels d'intérêt, de visée et d'efficacité thérapeutiques. » (Tosquelles in J. Oury, 2001, p. 17)

A. Des opérateurs pour réintroduire la P.I. dans le champ de la santé mentale

La désinstitutionnalisation s'est aujourd'hui installée sinon dans le vocabulaire, en tout cas dans l'idéologie guidant les politiques publiques, et l'affaire de la P.I. semble, pour les nouveaux courants en psychiatrie tels que la réhabilitation psychosociale, la santé mentale ou le rétablissement, à classer sans suite⁷⁴. Comme nous l'avons relaté dans notre premier chapitre, on pouvait toutefois penser que si les courants « modernes » en psychiatrie faisaient, pour reprendre l'expression d'Hélène Chaigneau, de la psychothérapie institutionnelle « sans le savoir » (1983), c'est qu'elle était d'une manière ou d'une autre toujours utile dans les services de soins et d'accompagnement, qu'ils soient d'orientation psychodynamique ou non. Nous nous formulons au début de notre travail de mise à plat du corpus de la P.I. que toute pratique institutionnelle guidée par certains concepts psychanalytiques spécifiques (l'Inconscient, le transfert, le repérage des mécanismes de défense) avec des personnes atteintes de troubles psychiques relevant de la psychiatrie était en puissance une façon d'opérer une psychothérapie institutionnelle, sous réserve qu'un certain nombre de paramètres – ce que Lin Grimaud nommait des « propositions théorico-pratiques » (2005, p. 142) - soient réunis. A la lumière de nos observations et de nos entretiens, nous pensons aujourd'hui pouvoir aller plus loin. Les équipes se posent en effet au

⁷⁴ Quelques psychiatres ont toutefois tenté dans la dernière dizaine d'années d'ériger des ponts entre réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle (Cattin, 2017; Duprez, 2008).

quotidien les mêmes questions qui ont amené leurs prédécesseurs à inventer la psychothérapie institutionnelle ; ces mêmes équipes réinventent et redécouvrent alors à leur mesure et à leur rythme, qu'elles utilisent ou non la psychanalyse, ses principes fondateurs. C'est ainsi que nous avons finalement compris la phrase énigmatique des promoteurs de ce mouvement selon laquelle la psychanalyse n'était qu'un cas particulier de la psychothérapie institutionnelle (Ayme, 2009) : en psychiatrie, contrairement peut-être à la plupart des disciplines médicales, *l'organisation prime sur la technique*. Dans le contexte actuel, c'est donc peut-être par la réintroduction de principes de la P.I. dans les services sanitaires et médico-sociaux que l'utilité de certains concepts analytiques pourra de nouveau s'imposer non comme un dogme, mais comme une nécessité théorico-pratique.

Cette réintroduction pose cependant le problème de sa médiation. De nombreux textes produits sous la bannière de la psychothérapie institutionnelle donnent l'impression de n'avoir été écrits que pour des professionnels déjà convaincus par sa démarche. La psychothérapie institutionnelle génère méfiance et réticence dans des cercles non-analytiques, et les articles à son sujet se retrouvent en effet prioritairement dans des revues comme *Vie Sociale et Traitement* (émanation des CEMEA) ou *Empan*, plusieurs revues de psychanalyse (*Topique*, *Figures de la Psychanalyse*) voire de schizo-analyse (*Chimères*), parfois dans des revues classiques de l'histoire de la psychiatrie française comme *l'Information Psychiatrique*, *l'Evolution Psychiatrique* ou encore *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Toutes ces publications sont notoirement ouvertes à la psychanalyse, et leur lectorat peut compter sinon parmi les convaincus de ce mouvement, au moins parmi les avertis. La psychothérapie institutionnelle a certes besoin d'être délimitée dans sa relation à la psychanalyse ; elle nécessite régulièrement, pour ceux qui y sont formés, d'explicitier et d'approfondir les concepts sur lesquels elle s'appuie et l'histoire de laquelle elle se revendique. Les rappels historiques proposés par de nombreux articles récents (Cano, 2006; Chebili, 2017; Duprez, 2008; Grimaud, 2015; Robcis, 2016; Schaller, 2011) émanant de cliniciens mais aussi de chercheurs d'autres disciplines font vivre son héritage. Ces piqûres de rappel ne sont toutefois pas suffisantes pour lui garantir une pérennité dans le paysage de la santé mentale actuel ni, puisque l'enjeu se trouve là, pour montrer à ceux qui ne sont ni convaincus ni même avertis qu'elle précédait de loin toutes les contributions actuelles sur le

travail d'équipe en psychiatrie - et plus largement en médecine - qui fleurissent aujourd'hui sous les auspices de la « qualité de vie au travail » ou des approches démocratiques en santé.

B. Des opérateurs pour une technique de l'ambiance

La psychothérapie institutionnelle n'était que rarement décrite comme un agencement, encore moins comme un système, par ses principaux promoteurs. Oury préférait, probablement pour éviter sa fétichisation, le qualificatif d'« ensemble flou » afin de signifier à ceux qui s'y intéressaient que comme le pensait Tosquelles lui-même, la psychothérapie institutionnelle « en soi » n'existait pas (Naudin & Gozé, 2016), au sens où il était impossible d'en prendre une photographie instantanée : elle s'échappe au moment où l'on veut la montrer du doigt. Ouverte à la pluridisciplinarité, elle devait et doit toujours faire l'objet de traductions multiples afin de parler à des professionnels qui se vivent comme ne partageant pas le langage professionnel de leurs collègues. Ceci signifie qu'il existe, entre les rappels conceptuels et les rappels historiques, un espace libre pour des propositions qui ne seraient pas des rappels mais des bouteilles jetées dans des mers moins psychanalytiques telles celle de l'organisation des soins, à mi-chemin entre clinique et administration.

Si l'on a beaucoup insisté sur les aspects théoriques et pratiques de la P.I., on a en revanche moins travaillé sur sa méthode. L'aspect programmatique, technique, stratégique de ce mouvement apparaît pourtant en de multiples endroits de son corpus, et en premier lieu dans l'article princeps de Daumézon et Koechlin. Les auteurs y écrivaient en effet ceci :

« le but de notre psychothérapie collective devra consister essentiellement à faire naître des activités de groupes dont la structure asilaire se trouvera, en quelque sorte, entre parenthèses. Ceci ne sera possible que par la création d'une technique de soins, d'une technique de la réadaptation, voire même par l'adjonction d'une technique quelconque poursuivant un but concret. Dans cette perspective totalement étrangère à la perspective asilaire, les rapports conventionnels se trouveront bouleversés au bénéfice de la poursuite commune du but nouveau unanimement connu. » (Daumézon & Koechlin, 1952)

Ils précisait toutefois plus loin que cet ensemble de techniques psychothérapeutiques se développait à l'inverse de la psychothérapie analytique, c'est-à-dire dans le monde réel plutôt que dans l'activité fantasmatisée du malade, et ce rapport particulier à la concrétude de la pratique marquera fortement, pensons-nous, le corpus de la psychothérapie institutionnelle à venir. Il s'exprime certes dans les cas cliniques parfois exposés dans les articles, séances de séminaires et autres interventions à des colloques, mais il est surtout patent dans le caractère prescriptif des écrits des psychiatres dans les années 50, 60 et 70 – et ce même si, pour reprendre la logique d'Oury, le seul programme institutionnel qui vaille soit la programmation du hasard (*Hiérarchie et sous-jacence*, 1992, p.7). Théorie et pratique sont toujours en relation : les ouvertures théoriques à la psychanalyse et au marxisme doivent avoir des effets dans la pratique et inversement. Qu'il s'agisse de techniques de « médiation » (Oury, 1970, p. 35) ou de « techniques d'ambiance » (Michaud, 1977), la théorie se nourrit sans cesse de la pratique quotidienne.

Il nous semble que la méthode spécifique de la psychothérapie institutionnelle s'insère à cet endroit : elle vise à édifier les conditions d'aller-retours théorico-pratiques, qui amèneront Oury à parler de traduction dans son séminaire sur le Collectif : « Ce qu'on essaie d'élaborer est toujours une sorte de traduction [...] de quelque chose qu'on fait » (1986b, p. 55) ou encore Hélène Chaigneau à emprunter la métaphore langagière : « La psychothérapie institutionnelle évolue et s'enrichit comme une langue vivante. Le travail des concepts est incessant. Les effets de modernisation sont liés à la fois aux courantes réalités de l'époque, et aux oublis et méconnaissances » (1994, p. 143). Le terme de traduction n'est pas neutre, puisque comme le rappelait le sociologue Michel Callon dans son article princeps (Callon, 1986), la traduction implique un acte de déplacement. Or il nous semble précisément que le terme d'opérateur, qui apparaît dès le milieu des années 60, dans le 4^e numéro de la *Revue de Psychothérapie institutionnelle* (1965) vient précisément aider au difficile déplacement des concepts dans le champ de la praxis :

« Ce n'est pas l'accumulation des faits qui fera avancer l'élaboration théorique ; celle-ci ne se réalisant que par la mise à l'épreuve de concepts, de notions qui

peuvent apparaître comme des opérateurs pouvant eux-mêmes être modifiés, ou rejetés, suivant les constatations des différents champs d'expérience » (J. Oury, 1966b, p. 19)

Les opérateurs peuvent donc être des concepts... mais ces concepts sont modifiables en fonction de l'expérience de chacun. Le Trésor de la Langue Française indique pourtant que l'usage philosophique du terme de concept implique un caractère objectif et stable : ceci signifie, et c'est tout l'intérêt de l'occurrence d'opérateur, que les éléments dont Tosquelles parle et qui doivent être mis à l'épreuve dans la pratique ne sont pas *stricto sensu* des concepts⁷⁵. Leur adaptation au monde institutionnel les transforme nécessairement, ce qui permet d'affirmer, en contradiction avec les tenants du modèle de l'ASM13, que la psychothérapie institutionnelle n'était pas ni n'avait vocation à devenir une « confuse psychanalyse institutionnelle » (Racamier, 1973, p. 179)⁷⁶. Les « outils conceptuels » (Ayme, 2009, p. 129) de la P.I. sont à trouver au-delà des concepts, dans un horizon davantage relié à l'expérience et donc moins abstrait. C'est le sens, nous semble-t-il, d'une intervention de Félix Guattari après le rapport d'Oury qui se trouve dans le 4^e numéro de la *Revue de Psychothérapie Institutionnelle*, lorsqu'il dit :

« Au niveau le plus immédiat de notre confrontation aux problèmes psychiatriques, nous avons besoin non seulement d'un système de concepts

⁷⁵ Il parlera d'ailleurs dans sa préface à l'ouvrage de Ginette Michaud (La Borde...) de « concepts opératoires qui pourront alors être « joués » dans un champ institutionnel concret où l'on accueille des malades » (Tosquelles in Michaud, 1977, p. XVII).

⁷⁶ Prudence présente chez Tosquelles dès 1962 dans son « Histoire critique du mouvement de psychothérapie institutionnelle dans les hôpitaux psychiatriques » : « on doit envisager les problèmes du transfert [...] Ces notions sont connues en psychothérapie analytique individuelle et on est en mesure de maîtriser techniquement les faits qui s'y réfèrent. Il n'en est pas de même des phénomènes de « rôle-dans-le-groupe » et des problèmes hiérarchico-économiques de l'institution, qui constituent des problèmes de résistance et de transfert différents au niveau de la psychothérapie de groupe et au niveau de la psychothérapie institutionnelle » (Tosquelles, 2006, pp. 42–43).

adaptés mais nous sommes amenés à mettre en place des institutions susceptibles de produire ces concepts à un niveau opératoire » (Guattari, 1966, p. 31)

C. Des opérateurs pour délimiter la place de la psychanalyse et de la politique dans le champ « psy »

La psychothérapie institutionnelle procède donc d'un double corpus : un groupe de concepts exogènes et adaptés⁷⁷, mais aussi, et cela nous intéresse bien plus, une partie de concepts produits et redéfinis en fonction de sa praxis propre. L'apparent éclectisme de la boîte à outils conceptuelle de la psychothérapie institutionnelle (voire simplement de la psychiatrie « désaliéniste »), auquel Jean Ayme faisait référence lorsqu'il relatait l'expérience du GTPSI⁷⁸ a conduit de nombreux psychiatres à se justifier d'un emploi utilitariste des concepts psychanalytiques à leur portée, se référant toujours à un groupe, jamais explicitement défini, de ceux qui s'en trouveraient irrités :

« Il déplaît à beaucoup que nous utilisions « tous les moyens possibles », de la chimiothérapie à la psychanalyse (une psychanalyse apparemment « éclectique » qui utilise les concepts de Freud, de Lacan, de Winnicott, de G. Pankow, M. Klein, etc., pour mieux comprendre ce qui se passe pour tel malade), en passant par la sociothérapie, sans négliger l'apport de la phénoménologie. La psychose est un phénomène si complexe qu'il vaut mieux avoir, comme on dit, plusieurs cordes à son arc, pour s'en approcher au plus près. Naturellement, ceci n'a de sens que si des concepts apparemment aussi disparates sont utilisés avec rigueur. C'est alors

⁷⁷ Oury parlera cependant – quoique rarement - des concepts analytiques comme étant eux-mêmes des opérateurs propres à répondre à l'aliénation sociale : « L'aliénation sociale comporte une structure développant des opérateurs les instances étatiques, l'appareil familial, les écoles, les hôpitaux, les prises, etc. Face à cette dimension oppressive, d'autres opérateurs se constituent, créant des fonctions de désaliénation. Il en est ainsi des concepts fondamentaux de la psychanalyse freudienne : l'Œdipe, la castration, les identifications, le désir, l'interprétation, etc. » (in Verdiglione, 1974, p. 77)

⁷⁸ Il écrira en effet : « nous faisons feu de tout concept, fût-ce à titre provisoire » (2009, p. 130).

leur complémentarité qui devient productive ; certes dans notre recherche théorique, mais surtout dans notre confrontation quotidienne avec tel psychotique. » (Roulot, 2006, p. 16)

Il n'est donc pas question, pour reprendre les mots de Tosquelles, de proposer une « thérapeutique analytique de groupe organisée en permanence » (Tosquelles, 2006, p. 88). La psychothérapie institutionnelle, dit-il dans son ouvrage *Education et Psychothérapie institutionnelles*, n'a le droit à « l'estampille psychanalytique » que du fait de sa prise en compte de l'inconscient et du transfert ; elle met cependant en œuvre d'autres procédés que le « truc » de la position allongée pour en favoriser ses émergences. Ce rapport aux concepts analytiques, qui feraient partie de la grande boîte à outils conceptuelle de la P.I., spécifie nous semble-t-il la ligne de la psychothérapie institutionnelle par rapport à celle de la psychanalyse :

« En ce qui nous concerne, l'appareil idéologique et conceptuel utilisé a seulement la valeur d'un outil de travail, toujours médiateur, provisoire et changeable, toujours asservi et créé pour les besoins de la cause. Ceci ne veut pas dire que n'importe quoi puisse ainsi être utilisé ; que nous n'ayons pas besoin de concepts très précis à forger et à définir. [...] en tant que nous nous sommes définis comme des médecins-ouvriers, nous ne pouvons pas nous laisser fasciner par le fétichisme de l'outil que nous avons-nous-mêmes forgé ou pris ailleurs. Peut-être, risquant de provoquer le scandale des vrais maîtres à penser, nous arrive-t-il de ne pas trop nous soucier de la cohérence de notre panoplie d'outils-concepts [...] notre tâche est, en quelque sorte, et dans certaines limites, homologue par exemple à celle d'un mécanicien garagiste ; lorsqu'il n'a pas d'inconvénient à employer des théories ou des conceptions sur le fluide électrique devant un type de panne, et, dans d'autres cas, à manipuler des conceptions formelles de type géométrique à propos de l'ajustement d'un écrou. Il n'y a guère de cohésion intellectuelle entre une pince-monseigneur et un marteau. Le problème est que la voiture marche... » (Tosquelles, 2006, p. 18)

La psychothérapie institutionnelle fait toutefois dans la fin des années 60 l'objet de deux types de critiques liées à l'histoire du groupe de Sèvres, dont les protagonistes avaient été différemment traversés par la question de la place de la psychanalyse dans le traitement en psychiatrie, notamment autour de la question de la possible transposition des concepts. Cette tension était au cœur des débats entre psychanalystes et au sein même du courant de la P.I. entre le modèle Labordien et les tenants de l'ASM 13 :

« pour une part la psychanalyse, par son hypothèse de travail, qui constitue une véritable théorie de la maladie mentale, fournit la seule base théorique susceptible de produire les « faits » de la psychiatrie partout où la rencontre entre un malade et un ou plusieurs soignants peut se constituer en situation thérapeutique. Comme *théorie générale* elle propose une orientation de recherche applicable à toutes les « régions » de la psychiatrie. Mais son appareil conceptuel ne peut en aucun cas remplacer l'élaboration nécessaire de théories « régionales ». La « région » institutionnelle, où ont à se constituer les « faits » de la situation institutionnelle, est l'un des lieux possibles d'élaboration théorique ; mais à la condition de ne pas se présenter comme lieu d'un travail proprement psychanalytique qui, par simple transposition de lieu et de concepts, donnerait naissance à une forme particulière de psychothérapie psychanalytique : la psychothérapie institutionnelle ». (Badiche, Baillon, & Béquart, 1967, p. 63)

Cet extrait mérité d'être commenté, au risque que les références restent sinon obscures au lecteur. Au cours des années 60 et suite aux débats du groupe de Sèvres sur la participation des infirmiers à la psychothérapie, deux acceptions de l'expression « psychothérapie institutionnelle » ont co-existé : l'une dont l'établissement vitrine était la clinique de La Borde, inspirée par Tosquelles et fondée par Oury ; l'autre dont l'établissement phare était l'Association de Santé Mentale et de lutte contre l'alcoolisme du 13^e arrondissement de Paris, avec pour chefs de file Paul-Claude Racamier, Serge Lebovici et René Diatkine, entre autres. Chacune tentait de se différencier de l'autre, à partir de différents prismes. Celui du rôle donné aux infirmiers tout d'abord, plus large chez les labordiens car pas seulement cantonné au

« soin », mais aussi celui de l'utilisation des élaborations lacaniennes dans le champ psychanalytique et institutionnel. Un troisième prisme avec lequel regarder ce qui deviendra avec le temps une forme discrète de clivage au sein du groupe des psychiatres d'orientation analytique concerne le mode d'utilisation des concepts. Les Labordiens, et Tosquelles le premier, utilisaient les concepts analytiques de la même façon que le bricoleur, avec son intelligence pratique, peut détourner des outils s'il s'avère que leur utilisation par la ruse est efficace. Ce type de rapport aux concepts a par exemple amené Tosquelles à théoriser la notion de « contre-transfert institutionnel », élargissant alors à ce que Badiche, Baillon et Béquart appelaient ironiquement la « région » institutionnelle un terme initialement réservé au dispositif spécifique de la cure. Il nous semble que dans leur article de 1967 que nous venons de citer, c'est précisément cette utilisation détournée des concepts qui pousse les auteurs à dénoncer ce qui leur apparaît comme un faux-semblant psychanalytique sous couvert de simple transposition de notions. Le débat entre lacaniens et non-lacaniens, qui recouvrait en réalité la question de la liberté d'usage des concepts psychanalytiques hors du seul dispositif de la cure, sera résumé dans certaines contributions sous le nom de « bataille du contre-transfert » (Vidon, Petitjean, & Bonnet-Vidon, 1989, p. 6).

L'autre critique vient de la frange la plus politisée des réformateurs, ceux que Jean Ayme nommera de façon ambivalente – à la fois pleine de respect mais aussi de réserve - les « politico-thérapeutes » (in P. Martin, 1995, p. 45). On y retrouve par exemple les points de vue radicaux de psychiatres fortement engagés du côté du parti communiste, comme Louis Le Guillant ou Sven Follin, qui toute leur carrière durant garderont vis-à-vis de la psychanalyse la méfiance qu'ils avaient exprimée au sujet d'une science vue comme bourgeoise et gonflée d'idéologie réactionnaire. Ces deux psychiatres avaient en effet co-signé le texte paru en juin 1949 dans la Revue *La Nouvelle Critique* avec Lucien Bonnafé, troisième co-signataire principal⁷⁹. Les résistances de Bonnafé concernant le rapport de la recherche en psychiatrie à

⁷⁹ Une version en ligne de ce texte, également signé par des praticiens qui deviendront plus tard de grands noms de la psychanalyse tel Serge Lebovici est disponible à l'adresse suivante : <http://psychiatrie.histoire.free.fr/traitmt/psycho/psych/reac.htm>. Consulté le 12 août 2018.

une version parfois dogmatique du corpus analytique relèveront toutefois au fil du temps plutôt de la prudence et d'une volonté de diversité théorico-pratique :

« Mon ambition est ailleurs. Elle se borne à vouloir proposer des matériaux à la disposition de ceux qui admettent que le *code* de la recherche en la matière n'est pas *fixé*. Parmi ceux-ci sont évidemment ceux qui, entendant donner la place qui logiquement leur revient aux problèmes propres de la *situation* psychothérapique, éprouvent devant la méthode psychanalytique d'autres résistances qu'explicables selon les critères de la doctrine freudienne. Mais aussi, je pense, beaucoup de ceux que la didactique psychanalytique satisfait pour l'essentiel, mais qui ne craignent pas l'« hérésie » d'une recherche située sur un autre plan. » (Bonnafé, 1991, p. 105)

Tout l'intérêt de cet extrait réside dans sa proximité avec la démarche théorico-pratique de François Tosquelles, et l'on pourrait faire l'hypothèse d'un effet générationnel, autrement dit d'une ouverture à l'interdisciplinarité et à la subversion des paradigmes caractéristique de la génération de psychiatres qui avaient eu des responsabilités pendant la guerre et juste après. Là encore, c'était la question de la provenance mais aussi de l'opérationnalisation des propositions de la P.I. qui était posée : comment produire un corpus témoignant, dans sa théorisation même, d'une proximité préservée avec la réalité éclectique du terrain de la clinique institutionnelle ? Il s'agissait déjà là, nous semble-t-il, d'interroger la capacité de ce mouvement à produire de réels changements dans l'organisation des soins et le traitement des malades.

D. De l'opérateur comme outil : plaidoyer pour un bricolage théorico-pratique

C'est toutefois la contribution de Jean Oury dans le 5^e numéro de la *Revue de Psychothérapie institutionnelle*, intitulée « Peut-on parler de concept de réunion ? », qui nous a mise sur la voie d'une définition précise des opérateurs par le biais de la référence à Claude

Lévi-Strauss. Oury pose dans son article une question apparentée à la recherche dont parlait Bonnafé, celle de la juste utilisation des moyens déployés dans le traitement des malades :

« On parle souvent de « médiations » nécessaires : objets, individus, structures de groupes, etc. Est-ce bien exact ? Est-ce suffisant ? Il nous a semblé plus intéressant de formuler ces équations en introduisant des termes comme « opérateur » (dans le sens utilisé par Lévi-Strauss dans la *Pensée Sauvage*) ou mieux des « relateurs » (dans le sens utilisé par S. K. Saumjan). » (J. Oury, 1966a, p. 32)

La Pensée Sauvage a pour la première fois été publiée en 1962, et un paragraphe attire en effet l'attention du lecteur au sujet du bricolage, du fait de la justesse avec laquelle il décrit, indirectement, les situations de soins en psychiatrie :

« Le bricoleur est apte à exécuter un grand nombre de tâches diversifiées ; mais, à la différence de l'ingénieur, il ne subordonne pas chacune d'elles à l'obtention de matières premières et d'outils conçus et procurés à la mesure de son projet : son univers instrumental est clos, et la règle de son jeu est de toujours s'arranger avec les « moyens du bord », c'est-à-dire un ensemble à chaque instant fini d'outils et de matériaux, hétéroclites et au surplus [...] L'ensemble des moyens du bricoleur n'est donc pas définissable par un projet [...] ; il se définit seulement par son instrumentalité, autrement dit et pour employer le langage même du bricoleur, parce que les éléments sont recueillis ou conservés en vertu du principe que « ça peut toujours servir ». De tels éléments sont donc à demi particularisés : suffisamment pour que le bricoleur n'ait pas besoin de l'équipement et du savoir de tous les corps d'état ; mais pas assez pour que chaque élément soit astreint à un emploi précis et déterminé. Chaque élément représente un ensemble de relations, à la fois concrètes et virtuelles ; *ce sont des opérateurs*, mais utilisables en vue d'opérations quelconques au sein d'un type. » (Lévi-Strauss, 1985, pp. 30–31, c'est nous qui soulignons)

Cet extrait, et sa citation par Oury, ne sont pas des apports anecdotiques, pensons-nous, au corpus de la psychothérapie institutionnelle. Si l'on ne retrouve finalement que peu le terme de « relateur » dans le reste de ses textes et interventions, de nombreuses occurrences du terme « opérateur » apparaissent au cours de son œuvre. Oury utilisera par ailleurs durant des dizaines d'années le terme de bricolage pour parler du travail en psychiatrie, et la métaphore de l'artisanat, nous le verrons dans notre quatrième chapitre, est quant à elle récurrente pour expliquer la diversité et la singularité des pratiques dans ce champ. Ce qu'Oury a saisi chez Lévi-Strauss dès 1966 (et la présentation de Tosquelles datant de 1965 et citée ci-dessus laisse fortement penser qu'il avait lui aussi lu l'ouvrage⁸⁰), c'est donc la dimension artisanale, débrouillarde et rusée, au sens de Michel de Certeau, de la pratique quotidienne avec des patients souffrant de psychoses et d'autres affections psychiques. En 1967, dans un article titré « Quelques problèmes théoriques de psychothérapie institutionnelle » et qui sera par la suite reproduit dans son ouvrage principal, *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle* (2001), Oury poussera encore plus loin la concrétude de ce qu'il appelle les opérateurs :

« Comme dans tout système de langage, il existe, dans le champ de l'institution, des règles d'implications et d'exclusion, ainsi qu'une sorte d'entropie de tout le système pouvant mesurer le facteur d'hétérogénéité, capital dans la pratique institutionnelle. Par exemple, des grilles d'emplois du temps, prises en charge par des groupes composés de malades, de moniteurs et de médecins, groupes

⁸⁰ Il citera en tout cas l'apport de Lévi-Strauss dans son dernier ouvrage, *De la personne au groupe* : « De nombreux signes mouvants surgissent chez tous les êtres vivants. Chacun de nous peut plus ou moins les saisir chez les autres comme dans une sorte de braconnage appétissant, d'autant plus que lui-même a constitué ses propres aléas par un vrai bricolage. Lévi-Strauss et d'autres chercheurs ont insisté sur le bricolage chez l'homme et dans les groupes sociaux et en ont fait ainsi le substrat des comportements classificatoires. Nos pratiques du bricolage seraient une étape de la source de toutes sortes de techniques et d'activités scientifiques. » (Tosquelles, 2003b, p. 102)

investissant concrètement la gestion sociologique des facteurs les plus fondamentaux de l'établissement, jouant un rôle de premier ordre dans les effets de sens. Ces grilles sont de véritables « opérateurs », au sens mathématique du terme. » (p. 175).

Il faut un instant s'arrêter sur le sens des opérateurs en mathématiques. Un opérateur est un symbole indiquant une opération à effectuer : ainsi le signe + est-il un opérateur arithmétique. Il spécifie les coordonnées d'une relation – où, quand, comment – sans pour autant fixer les éléments qui sont ainsi reliés. Autrement dit, un opérateur au sens mathématique indique une relation entre des éléments variables : c'est le sens, nous semble-t-il, des outils à demi-particularisés de Lévi-Strauss.

Dans les années 80, le concept d'opérateur est toujours présent dans la pensée d'Oury. Il se précise et vient s'incarner dans la mention de certains dispositifs concrets, notamment dans les préfaces qu'il écrit pour d'autres cliniciens rattachés au mouvement de la P.I. :

« Nous lisons là quelques récits de ces difficultés, de l'affrontement au « social », de l'écrasement par les préjugés, les partis-pris : quelque chose qui dépasse la simple aliénation sociale. D'où la nécessité « *d'arrières* », d'opérateurs collectifs, de mise en forme des aspirations les plus étouffées : l'importance de ce qu'on a dénommé les « Clubs thérapeutiques », les « foyers », les « groupes de contrôle », le travail sur la cité, etc. Pierre Delion prend soin de nous le rappeler à chaque tournant difficile : on ne peut pas être seul dans ce travail ; un groupe quelconque ne suffit pas non plus » (préface à Delion, 1984 in J. Oury, 2008b, p. 115)

« quelques traits, quelques esquisses suffisent souvent à évoquer un caractère, une personnalité. Il est difficile de traverser les champs d'illusion du micro-social. Cela nécessite une variété « d'opérateurs » concrets qui nouent des fibres de structure : l'imprimerie, les textes libres, le « conseil », la culture de l' « avec », etc. » (J. Oury, 2008b, p. 153)

Ses écrits des années 80 et 90 ne perdront jamais de vue le caractère artisanal de la pratique (J. Oury et al., 1985) ou encore l'idée d'une boîte à outils conceptuelle, qu'il dit avoir empruntée à Wittgenstein (J. Oury, 2008b). C'est finalement dans son séminaire *Hiérarchie et sous-jacence* (J. Oury, 2014), donné en 1991-1992, que nous trouvons la version la plus aboutie de la définition des opérateurs chez Oury :

« Les opérateurs ont un rôle plutôt méthodologique, d'organisateur d'un ensemble de réflexions, et la seule chose à laquelle on accède, ce sont les *fonctions* ; on ne s'en aperçoit pas, on croit avec à faire à des éléments, alors que ce sont des fonctions [...] Les fonctions, les opérateurs, en quoi cela peut nous être utile, d'une façon concrète, pour essayer de déchiffrer ? » (p.78-79)

Si le terme n'a pas été beaucoup utilisé dans les publications récentes sur la psychothérapie institutionnelle, l'idée réapparaît régulièrement sous des termes comme « concepts opérationnels » (Didelet, 2017; Jeangirard, 1991), « axiomes de base » (Roulot, 2006), « concepts opératoires » (Delion, 2001), ou encore concepts à « portée multifocale » (Pouillaude, 2014). Si comme nous l'avons dit plus haut, la formalisation des opérateurs n'a pas été faite sous la forme que nous allons proposer ci-dessous, nous considérons donc le nombre et la nature des contributions d'auteurs différents de la P.I. comme suffisants pour justifier l'initiative d'un tel regroupement.

Opérateur 1 : La distinction toujours à opérer entre statut, rôle et fonction

« Souvent j'ai été tenté d'afficher, dans les services où j'ai travaillé, un slogan tel que « prière de s'abstenir de collaborer à nos tâches en psychiatrie à tous les professionnels atteints d'une crise de sérieux ! ». Je ne l'ai pas fait, étant donné que personne n'aurait été capable de redresser les effets catastrophiques d'une telle vérité pratique. » (Tosquelles, 2003b, p. 24)

Ce triptyque est arrivé tôt dans le corpus de la psychothérapie institutionnelle, à l'époque où seuls infirmiers et médecins travaillaient dans les services ; il n'empruntait toutefois pas exactement les mêmes termes. Citons un texte d'Oury écrit en 1955 et reproduit dans son ouvrage *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle* :

« La structure même de l'équipe soignante doit être construite de telle façon que chacun des sujets de cette équipe arrive à jouer d'une façon quasi automatique de cette gamme, si riche à l'usage, qui va du personnage à la personne, du rôle au rapport individuel le plus ordinaire. Cette structuration n'est pas parallèle à l'échelle des diplômes de chaque membre » (Oury, 1955/2001, p. 26)

Ce paragraphe contraste avec la clarté de la définition qu'il donnera de la « gymnastique quotidienne » pour distinguer statut, rôle et fonction dans un petit livre tardif sobrement intitulé *Itinéraires de formation* :

« Votre *statut*, c'est votre feuille de paye... Votre *rôle*, ce sont les autres qui vous le donnent, il est variable. Quant à la fonction, elle fait partie d'une équation

complexe, diversement ventilée sur plusieurs personnes, plusieurs espaces, plusieurs temps. Votre fonction « soignante » ne peut donc pas se renfermer sur vous-même. » (J. Oury, 2008a, p. 42)

Afin de proposer une synthèse des évolutions qui ont mené de ce premier extrait au second, nous proposerons de tracer l'itinéraire de notre premier opérateur de la psychothérapie institutionnelle par les destins réservés à ses trois termes : statut, rôle et fonction.

A. La critique du statut : un mouvement d'introspection des médecins ?

Commençons par la question du statut : celui-ci est l'apanage de l'organigramme d'un établissement, et permet de situer tout professionnel dans un ordre hiérarchique. Beaucoup de contributions des années 50 et 60 se sont préoccupées de hiérarchie⁸¹, mais la position d'Oury à cet égard va au-delà de la nécessité d'un affranchissement d'ordre politique. La hiérarchie telle qu'elle s'exprime traditionnellement dans les organisations est en effet, pour lui, l'un des facteurs de ce qu'il appelle la « pathoplastie » du milieu, c'est-à-dire la capacité de tout rassemblement humain à créer des situations pathogènes :

« Nous ne pouvons qu'indiquer certains facteurs qui nous semblent accentuer la *nocivité* qui se dégage d'une vie en collectivité. La *hiérarchie*, telle qu'elle se présente dans l'immense majorité des cas, en est un. » (J. Oury, 2001, p. 204)

La hiérarchie est en effet souvent comprise et appliquée comme un ordonnancement pyramidal des *relations*, alors que cet ordonnancement ne touche que les statuts de

⁸¹ Nous pensons notamment aux écrits de Lucien Bonnafé sur le « personnage du psychiatre » en 1948, puis à son « Argument sur la hiérarchie » publié dans le 4e numéro de la *Revue de Psychothérapie institutionnelle*.

l'organigramme formel : elle n'a pas les outils pour penser l'écart entre le statut officiel et les pratiques officieuses. Pour cette même raison, même s'il s'agissait au départ, pour les promoteurs de la P.I., de grossir son trait afin de s'en dégager⁸², le squelette administratif d'un établissement n'est pas intrinsèquement mauvais : c'est son application plaquée à la réalité quotidienne de la vie collective qui lui confère un caractère nocif. La distinction entre établissement et institution - fondamentale pour la psychothérapie institutionnelle, et appuyée sur l'idée d'une singularité des rencontres - pousse donc à ne pas considérer le statut comme la seule coordonnée valable pour situer la place d'un professionnel dans un service. Hélène Chaigneau nous rappelait ainsi que dans l'ignorance de ce qui allait spécifiquement fonctionner pour un sujet singulier, tout était, dans le soin en psychiatrie, d'une certaine importance :

« Les relations médecins-infirmiers, les règlements de l'hôpital, du secteur, le droit coutumier qui s'est instauré dans l'équipe de soins. On n'en finirait pas d'énumérer ce qui va donner lieu au choc transmutant de l'instant » (Chaigneau in Delion, 1994, p. 145)

En effet, la catégorisation statutaire ignore trois éléments fondamentaux en psychiatrie : le transfert, la « mobilité de la fonction thérapeutique » qui en découle (Rothberg, 1968) et ainsi la décorrélation entre formation universitaire et qualité de la relation avec le patient. Le lien de notre premier opérateur avec le transfert a régulièrement été explicité par Jean Oury, parfois sous la forme de métaphores :

« [...] nous pourrions demander à tout un chacun qui entre dans ce domaine :
« Avec quelles cartes donc jouez-vous le jeu de la vie ? ». Autre façon de poser la

⁸² Pour un point de vue plus actuel, nous reprendrons ici l'expression de Pierre Delion : « En réalité, il s'agit d'enrichir la hiérarchie statutaire de la hiérarchie subjectale – et non pas de supprimer la première, car après tout, celle-ci assure le salaire à la fin du mois ». (Delion & Coupechoux, 2016, p. 40)

question princeps, à notre avis, de la psychothérapie institutionnelle : « Que pensez-vous du *transfert* ? ». Question incisive qui risque de mélanger les cartes, le roi se voyant confondu avec le valet suivant la façon dont chacun a appris à compter. » (J. Oury, 2008b, p. 95)

La métaphore du roi et du valet a l'avantage de rendre aisément lisibles et représentables les enjeux de pouvoir liés aux effets de prestige et de narcissisation liés aux statuts. Oury reliera d'ailleurs explicitement dans son séminaire *Le Collectif* le statut à la question du moi, « roc imaginaire » (P.-L. Assoun, 1983, p. 177) de la psyché, et à l'assise de son territoire, véritable projection de sa surface :

« On constate journallement à quel point le « moi » occidental est lié à la petite propriété [...] On en est souvent réduit, d'une façon peut-être plus subtile, à composer avec cette « imprégnation » qui nous marque profondément : la délimitation de notre « petite propriété ». Ce qui est en question dans le processus de formation, de formation du psychiatre, du psychologue, de l'infirmier, etc... a quelque chose à voir avec cette petite propriété [...] on voit bien que tout ceci, le diplôme, le statut, colle à la personnalité et a quelque chose à voir avec ce piège imaginaire que représente le moi [...] » (J. Oury, 1986b, p. 219)

La dimension de l'identification à son statut et de la délimitation d'un territoire ouvre déjà des portes vers d'autres opérateurs. En effet, le moi chez Lacan étant le produit de l'identification à une image, nécessaire quoique profondément aliénante, la question de l'identification de chacun à son statut sera régulièrement travaillée par Oury, au motif que l'aliénation sociale touche au niveau sous-jacent des échanges (J. Oury, 1998b, p. 134) – autre façon de dire que les identifications qui nous viennent du social et auxquelles nous collons

font un pont direct entre le contexte politique et social et notre configuration psychopathologique⁸³.

Cette nécessité d’assainir les relations se retrouvera dans notre septième opérateur, consacré à la désaliénation sociale, tandis que la dimension de la petite propriété et du territoire délimité réapparaîtront lorsque nous déplierons notre cinquième opérateur, portant sur la liberté de circulation, à travers la figure de ce qu’Oury appelait les « petits royaumes » (2001, p. 173).

Pour en revenir à la question du statut et afin de creuser un peu plus loin, Denise Rothberg, auteure d’un livre de référence sur les réunions en psychiatrie - et dont Oury mentionnait régulièrement le travail - situait la hiérarchie, à l’instar de beaucoup d’autres auteurs des années 60, comme « l’objet principal de résistance à la mobilité de la fonction thérapeutique » (p. 39). Elle pointait, elle aussi à partir des apports psychanalytiques, l’existence de deux plans relationnels différents dans un service dont l’un est l’arrière-fond de l’autre – terme qu’Oury utilisera lui aussi en parlant de la sous-jacence.

Ce double niveau des échanges, sous la forme d’une structure formelle articulée à une organisation informelle, avait déjà été éclairé par les sociologues Stanton et Schwartz, qui affirmaient qu’il avait historiquement fait l’objet d’une scission entre les cliniciens, peu préoccupés par l’aspect formel, et les sciences sociales, qui avaient laissé les questions d’ambiance, d’émotion et d’atmosphère à des travaux ainsi considérés de moindre valeur scientifique (Stanton & Schwartz, 1954, pp. 295–296)⁸⁴. Il est d’ailleurs notable qu’aujourd’hui la question de « l’ambiance » de travail dans les services soit redevenue un objet de

⁸³ Cette idée sera notamment reprise par Elie Pouillaude dans sa thèse (2014) lorsqu’il abordera l’intériorisation de l’aliénation sociale.

⁸⁴ L’étude ce double niveau des échanges a trouvé son champ disciplinaire en France grâce à l’« analyse stratégique des organisations », qui s’est penchée sur les interactions des phénomènes relatifs au niveau formel et des processus informels (Crozier, Friedberg, 1977). La proximité du rapport des agents au travail telle qu’elle est conceptualisée par la psychothérapie institutionnelle (faite de subversion et de réappropriation) et telle qu’elle est étudiée dans l’A.S.O. a été repérée par Emmanuelle Rozier dans son ouvrage « La clinique de La Borde ou les relations qui soignent » (Rozier, 2014)

recherches du côté des études en management (Vigneron, 2013 ; Dumas, Fouguet & Fahmi, 2016 ; Estryn-Béhar, 2008), sans pour autant que les contributions de la psychothérapie institutionnelle ne soient citées.

B. Subversion de la hiérarchie par le rôle : la place de l’infirmier dans la thérapeutique.

Parallèlement au transfert et à ce double niveau des échanges, « l’échelle des diplômes » dont parlait Oury a amené dès 1956 la question du rôle de la formation d’un professionnel dans le caractère – ou non – thérapeutique de son action. Ce motif de la décorrélation du statut avec les capacités thérapeutiques par le truchement des compétences est très présent dans le corpus de la P.I., sous deux versants : la subversion de la hiérarchie dans l’équipe et le rôle de l’action des pairs.

La subversion de la hiérarchie est un motif politique - les relations entre médecins et infirmiers ayant longtemps fortement ressemblé à des rapports de domination -, mais elle résulte surtout d’un étonnement clinique dont les promoteurs de la psychothérapie institutionnelle ont su se saisir : celui de constater que les infirmiers, du fait du temps qu’ils passaient au quotidien dans les services, étaient détenteurs d’un savoir sur les patients et d’un savoir-faire thérapeutique complémentaire au leur. On retrouvera sous la plume d’Oury, au cours des débats du groupe de Sèvres de mars 1958, qui seront publiés deux mois plus tard dans *l’Information Psychiatrique*, l’idée d’un « indice psychothérapique » (J. Oury, 1958, p. 411) de l’attitude du personnel – proposition qui avait été, on le sait, fort mal accueillie -, puis dans l’article de *l’EMC-Psychiatrie* rédigé en 1964 par Jean Ayme, Philippe Rappard et Horrace Torrubia, l’expression d’ « activité thérapeutique spontanée du personnel infirmier » (Ayme, Rappard, & Torrubia, 1964, p. 1), probablement reprise à l’intervention de François Tosquelles aux journées de Sèvres de mars 1958 - journées dont nous avons plus haut expliqué la valeur tant princeps que clivante dans le groupe des psychiatres réformateurs. Jacques Azoulay, du côté du 13^e arrondissement, parlera du système d’échanges régissant une équipe comme d’un « au-delà de la hiérarchie traditionnelle » (Azoulay, 1967, p. 45). Jacques Chazaud et Roger

Gentis, relateront respectivement comme suit l'effet de surprise qui avait saisi les psychiatres lorsque leur étaient apparues les compétences thérapeutiques des infirmiers :

« c'est, au demeurant, une surprise renouvelée que de voir à quel point, dans le « feu » de l'action, les infirmiers les moins formés sont capables d'insight et d'élaboration interprétative. A condition, bien sûr, qu'ils ne se sentent pas en position d'auxiliaires subalternes, mais d'acteurs à part entière de la réalisation institutionnelle. La pratique leur donne une expérience vécue – bien loin de l'intellectualisation déplacée – des fantasmes et mécanismes de défense » (Chazaud, 1978, p. 20)

« on travaillait forcément beaucoup avec les infirmières, et le contact infirmier avec les malades était effectivement très différent du type de contact médical... beaucoup plus proche. [...] certaines étaient remarquables ; pas seulement des infirmières d'ailleurs, aussi le personnel dit « d'entretien » qui s'est appelé ASH par la suite ! [...] C'étaient des gens qui faisaient ça sans aucune formation, naturellement. Les infirmières elles-mêmes étaient diplômées d'État, elles n'avaient aucune formation psychiatrique, sinon une formation sur le tas. Je crois que c'est auprès de ces gens-là que j'ai appris qu'il fallait parfois faire comme ça » (Gentis & Faugeras, 2005, pp. 47–48)

Ces témoignages nous permettent de penser que c'est poussés par la réalité de la clinique quotidienne que les psychiatres ont été amenés à considérer le groupe de soignants présents comme une véritable « équipe » thérapeutique. Si comme le disait Horace Torruba le « thérapeute » désigné n'est pas seul responsable car c'est en réalité « sur l'ensemble des soignants que convergent les problèmes thérapeutiques » (Horace Torruba, 2002, p. 31), alors le groupe de professionnels présents devient de facto - à la condition, dira Oury, que le groupe se détache de la mystification statutaire – une équipe à même de créer les conditions de possibilité de rencontres et d'occasions thérapeutiques selon « une action et un planning d'ensemble », pour reprendre les termes de Jacques Chazaud (1978). Chez Chazaud, la remise en question du pouvoir médical est toutefois plus en demi-teinte lorsqu'elle désigne les

soignants comme des coopérants ou des participants « qui renforcent de leurs apports dans la « transversalité » [...] ce qu'ils ont discuté dans la « verticalité », sous le contrôle et l'impulsion du chef de service, pour ainsi dire « promoteur » » (p. 89), tandis que l'argument sur la hiérarchie publié dans le 4^e numéro de la *Revue de Psychothérapie Institutionnelle* et co-signé par de nombreux psychiatres dont Lucien Bonnafé pousse la valeur performative, depuis leur position de médecin, du discours sur la dé-hiérarchisation :

« Toute son expérience lui a montré que tout ce qui faisait progrès résultait, consubstantiellement, de tout cela : tourner le dos à la structure descendante à sens unique, à la « transmission des consignes », en allégeant le poids du pouvoir du chef. Tourner le dos à la méconnaissance ou à la sous-estimation de la valeur d'un autre savoir que le savoir médical, en allégeant le poids du savoir du docteur. » (Bonnafé et al., 1966, p. 119)

Dans cette ligne politique et éthique flirtant avec l'antipsychiatrie, Badiche, Baillon et Béquart oseront le terme de « désacralisation » : « car elles sont sacro-saintes ces notions de pouvoir du médecin, de situation du médecin en haut d'une hiérarchie pyramidale, de bon-père qu'on n'ose agresser » (1967, p. 41).

C. Transfert et jeu(x) de rôle(s)

Si c'est autour de la figure du médecin (et, en négatif, celle de la figure de l'infirmier) que se joue la définition et les limites du statut, il en va de même pour la notion de rôle. Le rôle découle du statut mais il est assigné par les autres, car nécessaire au bon fonctionnement du système que constitue une équipe :

« c'est sur cette base que l'on peut construire la notion d'équipe thérapeutique, dont la signification est sous-tendue par l'existence d'un groupe qui démystifie les

rapports inter-individuels et joue facilement d'un registre étendue d'apparitions vécues ; je suis le médecin, mais ce n'est qu'un rôle [...] » (J. Oury, 2001, p. 25)

Le rôle prend donc le sens du personnage social, de la façon dont chacun, avec son style, incarne son statut pour garantir une nécessaire homéostasie dans la répartition du travail au niveau formel, et dans la structure des échanges au niveau informel. Le rôle est ainsi difficile à définir car résultant toujours d'un jeu plus ou moins opéré par le sujet avec la place qu'on lui assigne. Dans les différentes définitions qu'on peut en trouver actuellement, il est tiré du côté de l'action par le statut, du côté du jeu intersubjectif et inconscient par les phénomènes transférentiels. Le rôle est donc partiellement déterminé par le statut, mais éminemment lié à l'action de chacun considérée dans un ensemble :

« Il ressort de ces indications que les rencontres entre un sujet malade mental et les soignants qui l'accueillent dans un service de psychiatrie ne peut 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. » (Delion, 2001, p. 25)

« Le rôle a à voir avec la scène institutionnelle. Lorsque vous prenez vos fonctions, vous entrez sur une scène que vous ne connaissez pas, mais que les autres connaissent déjà bien. Ils vous placent à certaines places en fonction de l'histoire de la collectivité, des agencements sociaux et personnels entre les personnes. Vous jouez un rôle, et ce rôle, c'est l'autre qui le détermine ». (Crété, 2015, p. 51)

On entendait encore mieux chez Koechlin la façon dont le rôle est intimement lié au transfert du patient :

« il nous faut maintenant essayer de nous situer à la place du patient lui-même. De façon très schématique, nous constatons que dans cette optique, et spécialement pour le psychotique, la fonction, la qualification, la spécialisation ou le titre de ses interlocuteurs, a pour lui beaucoup moins d'importance que leur

personne, telle qu'il la perçoit, ou que le personnage, que dans ses fantasmes ou ses projections, il représente ». (Koechlin, 1980, p. 626)

C'est par le jeu des fantasmes et des projections que, pour reprendre l'expression d'Oury, le valet peut prendre la place du roi. Le fait que le jeu transférentiel soit pour chaque patient une équation différente signifie que chacun est pris dans une multiplicité de rôles ; il revient alors à l'institution d'articuler les registres de la personne, du rôle et de la fonction pour, comme le formulait Tosquelles, « dépouiller des investissements phalliques les statuts socio-professionnels de chacun » (Tosquelles in Michaud, 1977, p. XV). La possibilité de remettre en causes les statuts se joue donc dans l'organisation d'une répartition flexible des rôles (Chaigneau et al., 1971; Michaud, 1966; Horace Torrubia, 2002).

L'un des outils de flexibilisation de l'organisation sera le système de « roulement des rôles » élaboré à La Borde, pris dans une « organisation polycentrique » qui, combiné à la diversité des styles d'exercice de chacun, mène à une « pratique polyphonique » (Chaigneau in Delion, 1994, p. 144). Oury articulait ainsi distinction entre statut et rôle, organisation non-pyramidale et roulement :

« Au lieu d'un organigramme pyramidal, on est obligé de recouvrir à un organigramme polycentrique. Ceci implique et rend possible la désarticulation nécessaire entre rôle et fonction, la mise en place de grilles d'emploi du temps très diverses, avec roulement des rôles, affinement des fonctions, filtres variés des informations (réunions, psychothérapie, etc.) ventilation coordonnée des responsabilités, généralisation du coefficient psychothérapique à toute catégorie de personnel, systèmes de gestion collective de certains secteurs, etc. » (J. Oury, 2001, p. 205)

L'idée du roulement était de collectiviser certaines tâches et de créer de la transversalité dans la pratique quotidienne. On a pu reprocher à la clinique de La Borde d'éviter les tracasseries organisationnelles du fait de son statut privé, et de faire ainsi la promotion d'un système

inadaptable en tant que tel dans le cadre du service public – constat encore plus vrai aujourd’hui, compte tenu de la réglementation stricte de chaque profession dans le secteur sanitaire -. Dans sa préface au livre de Ginette Michaud, François Tosquelles admettra cette difficulté sans pouvoir offrir de solution claire :

« le « remède » des « roulements » pour obtenir ces effets de désinvestissement, n’est pas applicable dans les services mis en place par la soi-disant fonction publique [...] les cheminements – dans la même visée -, ne peuvent prendre que d’autres détours, peut-être plus lents, mais en fait tout aussi efficaces » (Tosquelles, in Michaud, 1977, p. XV).

Nous entrevoyons deux pistes pour sortir de cette difficulté. La première, dévoilée par Ginette Michaud elle-même, consiste à rappeler que le roulement des rôles pouvait être une technique ponctuelle. Profondément marquée par cette organisation du travail, dont elle parlera jusque dans son hommage à la mort de Jean Oury⁸⁵, Michaud admettait en effet que le roulement avait un périmètre d’utilité bien défini : « nous ne prétendons pas réifier cette technique en théorie. Elle n’est utile que lorsque les « spécialistes » d’une certaine fonction risquent d’oublier dans leur rôle que leur travail ne doit pas être un moyen de justification personnelle, mais une technique d’approche pour communiquer avec autrui » (Michaud, 1977, p. 105).

La seconde piste, que nous explorerons avec nos troisième et quatrième opérateurs, viendra avec la constitution d’une association loi 1901 parallèle à l’administration hospitalière et de la tenue régulière de réunions d’équipe. Club et réunions seront en effet, à La Borde mais aussi dans le service public, les outils privilégiés de la psychothérapie institutionnelle

⁸⁵ Système si marquant que Ginette Michaud le mentionnera dans son texte d’hommage à Jean Oury lu à Sainte-Anne, disponible en ligne à l’adresse suivante : <http://lacriee51.blogspot.fr/2014/05/la-disparition-de-jean-oury.html>.

pour créer de nouveaux statuts, rôles et fonctions, ou a minima de mieux répartir les rôles et fonctions existants.

D. Vers une hiérarchie fonctionnelle

Oury a toujours eu, nous l'avons dit, une position plus subtile qu'un simple effacement des hiérarchies, en se référant par exemple au travail de W. R. Bion sur le rôle de leader dans les petits groupes (Wilfred Ruprecht Bion, 2014). Il est donc important de réaffirmer que la P.I. ne prônait pas le contraire de la hiérarchie, mais une forme de hiérarchie *différente*, basée sur des critères institutionnels et plus établissementaux. Dans son séminaire *Hiérarchie et sous-jacence* (2014), Oury écrivait :

« C'est pourquoi je rappelle les textes de Lucien Bonnafé lorsqu'il dit que la hiérarchie, telle qu'elle est installée depuis longtemps, prolifère et ne correspond pas du tout à ce qui est en question dans notre travail. Je suis contre la hiérarchie, mais pas pour supprimer toute hiérarchie, au contraire. En poussant à l'absurde, on peut dire qu'une hiérarchisation absolue serait que chaque participant dans ce travail soit responsable de ce qu'il fait, reconnu suivant sa compétence. Depuis longtemps, je parle de compétence. La compétence, c'est la personnalité de chacun, son histoire personnelle, et c'est avec ça qu'on travaille. » (p.57).

La responsabilité et la compétence passent aujourd'hui pour des notions strictement affiliées à la structure formelle des établissements : attrapés par les sciences de gestion et du management qui en font soit des éléments de fiche de poste, soit des recommandations pour une meilleure qualité de vie au travail, ces deux termes méritent pourtant que l'on s'y attarde. Dans le corpus de la P.I., la compétence est en effet une conséquence de la singularité de chaque professionnel. Marc Ledoux la relie au style d'exercice et de pratique (c'est nous qui soulignons) :

« A travers tous les obstacles et toutes les réformes que le mouvement de la psychothérapie institutionnelle a connu depuis ses débuts, persiste le souci constant de donner à chacun sa propre place dans un ensemble et de *préférer le style et les compétences de chacun à son statut professionnel* [...] le principe de la psychothérapie institutionnelle est de préserver la singularité de chacun dans sa participation à la vie collective ». (Ledoux, 2007, pp. 75–80)

L’articulation de la subversion de la hiérarchie statutaire à la responsabilisation de chacun, autrement dit certes à la meilleure prise en compte de la singularité de chacun, mais aussi et surtout à un autre mode d’organisation du travail en équipe, était également explicite dans *l’Introduction à la thérapie institutionnelle* de Jacques Chazaud :

« l’originalité du *leader d’équipe* est qu’il ne vise qu’à *un modèle fonctionnel* de la hiérarchie ; et qu’il sait, et signifie, que ce n’est que d’un assentiment du collectif que pourront être réalisés les buts qu’il élabore devant, avec, dans et par l’équipe. » (Chazaud, 1978, p. 90)

Pierre Delion reprendra cette idée de la hiérarchie fonctionnelle dans son article sur les Thérapeutiques institutionnelles pour *l’EMC-Psychiatrie* :

« 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. » (Delion, 2001, p. 25)

Ainsi est introduit le problème de la fonction, et avec lui la dialectique entre hiérarchie fonctionnelle et hiérarchie statutaire, puisque cette dernière n'est pas suffisante pour tenir compte du problème du transfert et des échanges dans la vie quotidienne (J. Oury, 1968, p. 2). Plusieurs fonctions circulent dans une institution (fonction soignante, fonction analytique, fonction de direction, etc.) et sont portées par différents membres du Collectif, qu'ils soient patients ou rattachés à l'équipe, mélangeant ainsi les plans verticaux et horizontaux propres à la hiérarchie traditionnelle, au profit d'une organisation plus transversale. Rappelons ici que c'est à Félix Guattari que nous devons la définition de la transversalité comme « dimension qui prétend surmonter les deux impasses, celle d'une pure verticalité et celle d'une simple horizontalité ». La transversalité, écrit-il, « tend à se réaliser lorsqu'une communication maximum s'effectue entre les différents niveaux et surtout dans les différents sens » (Guattari, 1972, p. 80).

Le jeu des fonctions est, nous semble-t-il, le terme le plus complexe du triptyque de notre premier opérateur, car contrairement au rôle, qui a pris une connotation individuelle (même si un professionnel peut jouer plusieurs rôles au cours d'une même journée), de nombreuses fonctions sont à l'œuvre dans une institution qui peuvent être portées par un ensemble de personnes. Les fonctions circulent le long d'un réseau de relations qui ressemblerait fort, si l'on devait lui donner une représentation graphique, au rhizome de Deleuze et Guattari (Deleuze & Guattari, 1980). La notion de fonction a d'ailleurs donné lieu à de nombreuses déclinaisons chez Oury et ses successeurs, déclinaisons qui se révèlent particulièrement utiles aujourd'hui pour penser le travail d'encadrement des équipes, comme la fonction de décision ou la fonction de direction. Oury distinguait en effet la décision de la responsabilité :

« qu'en est-il de cette fonction de décision dans une collectivité ? Dans une collectivité, dans un hôpital, des gens sont payés pour prendre des décisions ! Un médecin-chef arrive, on doit dire : c'est le médecin-chef qui décide, ce n'est pas l'infirmier. Il y a déjà là une confusion entre *décision* et *responsabilité* : ce devrait être tout à fait distinct. Quand on dit : c'est le médecin qui décide, on sait bien souvent que s'il n'y a pas le contexte, il

peut décider tout ce qu'il voudra, ça ne changera pas grand-chose. » (J. Oury, 2015, p. 44)

Cette réflexion se trouvera poursuivie chez des auteurs et praticiens comme Pascal Crété, lui-même médecin-directeur d'un Foyer d'Accueil Médicalisé, qui lie direction, fonction de décision et management :

« la décision doit absolument éviter l'écueil de l'incarnation statutaire. Si le directeur se prend trop pour le directeur, qu'il pense et laisse à penser aux autres que c'est lui qui décide vraiment, les choses sont mal engagées [...] travailler la décision en réunion présente de réels avantages et le plus souvent du fait que de cette fonction décisive partagée, l'énoncé de la décision se formulera presque tout seul, dans la tête de chacun. On pourrait aller jusqu'à dire qu'il s'agit d'une forme de *management*. » (Crété, 2015, pp. 61–63)

Historiquement, il semble toutefois que ce soit la surprise de voir, *dans la pratique*, le « soin » partagé entre les membres de l'équipe et les patients qui ait introduit la nécessité de penser une fonction soignante, c'est-à-dire une collectivisation de certaines prérogatives institutionnelles. Dans son intervention au Congrès de psychothérapie de Barcelone de septembre 1958, reproduit dans son livre *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle* (2001), Oury aura ces mots :

« Donc, mon statut me pose comme soignant ; mais je me fais soigner. [...] Un malade arrive et « demande à être soigné ». Il entre dans ce groupe avec un préjugé, un a priori : qu'il doit être soigné. Mais il se révèle que pratiquement il est aussi soignant. » (p. 52)

Ce postulat fait écho à ses élaborations, quelques mois plus tôt, au cours des débats du Groupe de Sèvres portant sur la participation des infirmiers à la psychothérapie :

« Ceci n'est possible que si la structure du Centre psychiatrique est établie de telle sorte que chaque objet, chaque relation, chaque fonction, soit orienté dans un sens de désaliénation. La thérapeutique institutionnelle semble le mieux répondre à cette nécessité [...] Le groupe des « soignants » peut être élargi en considérant comme « soignante » toute personne travaillant dans le Centre psychiatrique. » (J. Oury, 1958, p. 406)

Oury reviendra à plusieurs reprises, des dizaines d'années plus tard, sur cette période et son intervention à Barcelone pour déplorer que le terme de « soignant » soit devenu à son tour un statut, opposant de nouveau les professionnels aux patients sous la forme du binôme soignants/soignés. Ce thème du pouvoir de la communauté de remettre en question les statuts, amenant à la reconnaissance du pouvoir soignant des patients, était pourtant assez tôt présent dans le corpus de la psychothérapie institutionnelle : on le trouve dans le rapport qu'Hélène Chaigneau, Pierre Chanoît et Jean Garrabé rendront en 1971 sur les thérapeutiques institutionnelles, ainsi que chez Horace Torrubia (Horace Torrubia, 2002), et de façon explicite dans plusieurs textes plus tardifs d'Oury :

« Les soi-disant « soignés » qui sont des payants, ce ne sont pas forcément les payés qui les soignent, dans le sens que la fonction soignante peut être partagée entre un infirmier, un autre malade, etc. » (J. Oury & Bonnafé, 2003, p. 68)

« Qui de plus compétent qu'un « malade » pour interroger l'errance d'un autre « malade » ? Il y a en a, là, du potentiel soignant. » (J. Oury & Depussé, 2003, p. 313)

La prise en compte du coefficient thérapeutique des pairs dans le soin apporté à un patient et la définition d'une fonction soignante nous mènent vers l'espace-temps dans lequel

cette fonction trouve à s'incarner : celui de la vie quotidienne. C'est ce fil qu'il nous faut à présent tirer pour explorer notre deuxième opérateur.

Opérateur 2 : Coefficient thérapeutique de la vie quotidienne

« Qu'est-ce qui compte dans la vie quotidienne ? Ça peut être tout aussi bien un copain que le médecin, un cuisinier, un jardinier, un infirmier. Là, il n'a y a pas de "statuts", on s'en moque complètement, ce sont simplement des affinités. Ces gens-là, qu'ils le veuillent ou non, sont devenus responsables, porteurs d'investissements partiels qu'ils ignorent eux-mêmes. » (J. Oury, 2000, p. 3)

Quelque chose du réel de la clinique en institution pousse à faire l'hypothèse d'une implication fondamentale du quotidien dans la stabilité psychique des patients, quotidien qui ne se loge pas dans les espace-temps explicitement désignés comme thérapeutiques et dont les effets ne sont pas directement visibles :

« Par exemple, certains schizophrènes, qui sont dans un état dissociatif énorme, ne participent à aucun groupe, même si on leur demande. Pourtant, si un des groupes d'organisation disparaît, on s'aperçoit qu'ils font une décompensation. Ce qui compte pour eux, c'est qu'il y ait des groupes, un réseau ; Tosquelles parle de "filet institutionnel", corrélatif d'une certaine ambiance. C'est le filet qui joue un rôle dans l'existence de tel ou tel schizophrène, lequel ne peut pas, être pris dans un groupe qu'on appellerait "thérapeutique" pour la circonstance. » (J. Oury, 1991, p. 6)

Notre deuxième opérateur nous est donc apparu de façon inductive : si un trouble se manifeste lorsque quelque chose du filet institutionnel est touché, même pour ceux qui ne se rendent pas aux activités dites thérapeutiques, c'est qu'il existe des phénomènes de l'ordre

d'une clinique des interstices, de l'informel, qui comptent tout autant dans le réseau qui permet à ces patients de tenir dans le monde⁸⁶.

L'énoncé d'un « coefficient thérapeutique de la vie quotidienne » ne se trouve cependant pas tel quel présent dans le corpus de la psychothérapie institutionnelle, du moins pas directement, mais on peut en lire quelque chose d'assez proche dans cette expression d'Oury au cours de son séminaire sur la décision :

« Ca a de l'importance, la vie quotidienne ! [...] ça peut jouer un certain rôle sur le plan *psychothérapique*, le gros mot est lâché ! C'est un gros mot : *la vie quotidienne peut avoir une certaine importance dans le processus psychothérapique.* » (J. Oury, 2015, p. 122)

Ce que nous résumons sous la bannière de ce deuxième opérateur est en réalité double : il s'agit, tout d'abord, des affirmations récurrentes dans le corpus de la P.I. au sujet du rôle de la vie quotidienne pour les personnes souffrant de psychose. Il est aussi et surtout question, en réalité, de soutenir que la vie quotidienne n'est un facteur capital qu'en tant qu'elle est le bouillon de culture de l'ensemble des relations et des échanges de la communauté. Ce sont ces échanges, ces relations qui sont porteurs, en puissance, d'une valeur thérapeutique pour les patients.

A. Un quotidien trop souvent négligé

On imagine pourtant aisément que dans le contexte français des années 60/70, âge d'or d'une psychanalyse en position dominante dans les services de psychiatrie, le « prosaïsme du quotidien » (Chazaud, 1978, p. 81) ait pu passer pour une dimension annexe, subordonnée au

⁸⁶ Cette affirmation a été longuement étudiée et démontré dans le récent rapport du Groupe de Recherches en Soins Infirmiers sur l'informel dans les soins (Lanquetin & Tchukriel, 2012, disponible en ligne).

réel travail thérapeutique, notamment pour les tenants, du côté de l'ASM 13, d'une dichotomie plus forte entre « soins » laissés au personnel infirmier et psychothérapie duelle.

A ce sujet, la charge de Lucien Bonnafé lorsqu'il présentera un travail collectif aux Journées du Livre Blanc de 1965 mérite d'être ici reproduite :

« demandons-nous [...] si une certaine peur de ce « quotidien » si riche de sens n'engendre pas une fuite, la recherche d'un refuge dans un langage où l'usage du registre symbolique ou fantasmatique représenterait le besoin de « faire savant ». [...] On m'a rapporté l'histoire assez cocasse de débats enflammés autour d'un certain balai, dans lesquels il était très évident que certains participants avaient succombé au risque que je viens d'évoquer. La focalisation intégrale des problèmes posés par ce balai sur certains aspects des symboles qu'il représentait, servait de toute évidence à scotomiser le fait que, dans le réseau de problèmes posés autour de cet engin évocateur, certains n'étaient pas de tout repos pour l'esprit : par exemple ce que signifie l'organisation de son usage dans l'ordre des rapports hiérarchiques entre soignants, entre soignants et soignés, avec tout le déploiement de sens qui s'y épanouit, sur le registre *des rapports de dépendance*. [...] Pour bien montrer qu'il n'y a pas dans ces réflexions vains jeux de l'esprit, je porterai impact sur un problème assez familier, celui de la relation psychothérapique évidemment différente entre le malade et le médecin engagé dans la vie de l'institution (responsable de la structure des rapports organisés autour du balai), et d'autre part le psychothérapeute non engagé dans la vie quotidienne du service (irresponsable quant au balai). Aborder de front des questions de ce type, comme, tout de même, en France, un nombre croissant de psychiatres n'y hésite pas, est assurément le meilleur accomplissement de la vigilance antiscientiste antipédante, et la cure de la peur qu'inspire ce terrifiant balai, symbole, entre autre chose, de ce « *quotidien* » que notre science prétend regarder sans crainte ni préjugés. Dans le cours de ce propos s'impose une réflexion à partir d'un point de terminologie : les thérapeutiques institutionnelles sont des *thérapeutiques collectives*. » (Bonnafé et al., 1965, p. 253)

Bonnafé tenait déjà des propos similaires à la fin des années 40, lorsqu'il parlait d'un besoin de recherche pratique située sur un « autre plan » que celui des concepts et des situations psychanalytiques, sous le terme d' « *exploitation didactique de toute la matière ordinaire de l'activité psychiatrique* » (1948/1991, p. 105). Ce besoin de recherches, comme il le rappelle lui-même, est lié au problème clinique et pratique que posait la chronicité dans les services – problème qui s'est aujourd'hui déplacé des services de psychiatrie vers les institutions médico-sociales. Il regrettera cependant que les recherches et idées nouvelles partant de la banalité du quotidien psychiatrique soient teintées d'un trop grand empirisme, ce en quoi il rejoindra l'aspiration de François Tosquelles à une théorisation permanente de la pratique grâce à des concepts-outils rigoureux.

Ce souci de la vie quotidienne était présent parmi les auteurs plus profondément inspirés par la psychanalyse et affiliés à la psychothérapie institutionnelle d'orientation lacanienne. Danielle Roulot rappelait ainsi dans sa « présentation de la psychothérapie institutionnelle aux administratifs » que des analystes ayant travaillé avec la psychose, comme Mélanie Klein ou Gisela Pankow, accordaient déjà une grande importance « à des activités apparemment anodines, telles que le rangement d'un placard » (2006, p. 15). Jean Oury s'est à plusieurs reprises insurgé, notamment dans le séminaire qu'il donnait à ce sujet en 1985-86 à Sainte-Anne, contre le fait que la vie quotidienne soit considérée si banale qu'elle ne soit pas parlée, qu'elle ne fasse pas l'objet d'une réflexion entre psychiatres, infirmiers et psychologues (J. Oury, 1986a). Il ira plus tard jusqu'à dire que la vie quotidienne était forclosée, tant dans les pratiques psychiatriques que psychanalytiques, alors qu'elle était la « démarche initiale » de la psychothérapie institutionnelle. (J. Oury, 2003, p. 157). Oury avait pourtant donné, à de multiples endroits de son œuvre, des exemples parlants de l'importance de questions a priori basiques, regrettant la tentation toujours présente de leur trouver une solution au moyen du seul prisme de la rationalité économique :

« à propos des tables – c'est le principe de la psychothérapie institutionnelle – on se sert des tables pour déclencher des discours qui ne se seraient jamais tenus s'il n'y avait pas eu les tables, les conflits à leur propos. Des gens qui ne seraient jamais

allés en ville pour discuter, regarder des catalogues, choisir les couleurs, s'engueuler, en rêver. Il n'y aurait rien eu que des tables, personne n'y aurait fait attention et elles auraient été abimées bien plus vite » (J. Oury, 2015, p. 56)

Si la vie quotidienne est un déclencheur d'échanges, son potentiel soignant implique toutefois un travail nécessaire afin que ce qui puisse être thérapeutique le soit effectivement :

« Chaque élément de la vie quotidienne peut devenir un élément de la fonction thérapeutique s'il est exploité en ce sens [...] Nous verrons plus loin que le champ de la vie quotidienne a surtout sa place dans une visée totale de traitement du malade dans une institution ». (Rothberg, 1968, p. 24)

« Mais on peut préciser le travail qui consiste à mettre en action le potentiel soignant des gens. Dans une population, chacun a son coefficient thérapeutique. C'est une affirmation. » (J. Oury & Depussé, 2003, p. 298).

Dans sa version micro-sociologique et interpersonnelle, on trouvera les multiples développements sur les « rapports complémentaires » du sociologue Eugène Dupréel (Delion, 2001; J. Oury, 1995; Tosquelles, 2006) qu'Oury qualifiera alternativement de rapports en ricochet (J. Oury, 1998a) et de relations indirectes. Dans sa version plus politique, le coefficient thérapeutique de tout un chacun deviendra le « pouvoir soignant du peuple », comme chez Lucien Bonnafé (voire, dans sa version la plus antipsychiatrique, comme chez Franco Basaglia). L'intérêt de l'utilisation des rapports complémentaires permet cependant de préciser l'un des mécanismes de ce pouvoir soignant prêté à la communauté, qui réside dans l'effet indirect de certaines actions quotidiennes - effet dont nous reparlons dans notre quatrième opérateur, au sujet des réunions de « constellations » :

« Le problème, c'est de savoir ce qu'on en fait. Et là, c'est très bien expliqué par Tosquelles. Il faut lire ça, c'est la moindre des choses ! pour situer. Je pense qu'il y a vraiment quelque chose à voir avec ce qu'on appelle « la dialectique » et ce que

Félix appelait « la transversalité ». [...] ce qui est le plus efficace dans les cas pathologiques, ce sont les « relations indirectes ». (J. Oury, 1998b, pp. 215–216)

B. Le coefficient thérapeutique contre le « tout thérapeutique »

Par ailleurs, l'accent mis chez de nombreux auteurs du corpus de la P.I. sur le « potentiel » soignant des relations et le travail à faire pour qu'il agisse permet d'affirmer que contrairement à ce que pensent ses détracteurs, la psychothérapie institutionnelle ne proposait pas une vision du soin psychiatrique dans laquelle tout serait thérapeutique. Cette idée était même fortement décriée par Jean Oury, incarnée qu'elle avait été dans la période post-mai 68 et la dispute avec Félix Guattari :

« Dans une situation ordinaire, le danger de l'affirmation du potentiel soignant de tous est le glissement possible vers un « avec n'importe qui faisant n'importe quoi on peut très bien soigner les fous. Et on est dans le vent ». Comme le pensaient les hordes de visiteurs de La Borde dans les années qui ont suivi 68. Félix avait une tendance à se laisser aller à ce premier mouvement. Toute une population peut avoir un potentiel soignant, mais la difficulté est que la psychiatrie n'est pas n'importe quoi. On n'est pas loin d'une aporie. Le paradoxe est que la mise en action du potentiel soignant de tous suppose une hyperthéorisation, une rigueur très grande de la psychiatrie » (J. Oury & Depussé, 2003, p. 298)

La P.I. propose plutôt de considérer, compte tenu de la singularité de chacun, que tous les échanges sociaux, activités et relations pris dans un fonctionnement collectif, en somme tout ce qui relève de la vie quotidienne de celui-ci, sont *du fait du transfert* affectés d'un certain « coefficient thérapeutique » :

« Ce qu'on appelle coefficient thérapeutique, ou plutôt « coefficient psychothérapique » au sens large du terme, prend un sens plus clair quand on pense que la façon dont on va dire bonjour à tel paranoïaque peut modifier complètement l'ambiance de la journée. Si le moniteur, ou la cuisinier, ou la secrétaire parle au malade d'une façon normale, cela peut modifier de fond en comble celui qui est persécuté, qui cherche des histoires à tout le monde » (J. Oury, 2016, p. 21)

« on a toujours soutenu que c'était très important, le détail de la vie quotidienne, surtout au niveau des structures de la psychose. [...] Derrière cette polémique qui n'en est pas une d'ailleurs, il y a des concepts qui demandent à être précisés constamment, en particulier le concept de *transfert* ». (J. Oury, 2015, p. 123)

C. Derrière la « vie quotidienne », les relations et les échanges

C'est ainsi parce que la vie quotidienne est le creuset des relations qu'elle prend une valeur thérapeutique, dans la mesure où, comme le soulignait Denise Rothberg, ces relations sont « l'outil de travail, l'outil de traitement » du soin psychiatrique (1968, pp. 38–39). Cette idée du coefficient thérapeutique de la vie quotidienne n'a ainsi de sens que couplée à la distinction rôle/statut/fonction. En effet, pour reprendre les mots d'Oury : « n'importe quelle fonction de n'importe quelle personne qui travaille dans un centre psychiatrique est toujours indexée d'un certain coefficient thérapeutique » (2016, p. 21), du fait précisément du transfert et du mode spécifique d'apparition de ce phénomène lorsque l'on travaille avec la psychose, sous formes d'affinités porteuses d'investissements libidinaux partiels (J. Oury, 2000). Oury liera ainsi la vie quotidienne et le transfert psychotique, en tant que la première doit donner un maximum d'occasions de fragmentation de la massivité du second en une multitude d'investissements – ce qu'il appellera ailleurs de la « petite monnaie » transférentielle (J. Oury, 1998a, p. 113) :

« [...] par exemple chez des schizophrènes, c'est-à-dire ce qu'on appelle les structures dissociatives, il y a des multiplicités de relations, d'investissement très, très parcellaires que j'avais appelés du *transfert dissocié*, pour situer la dissociation dans ce que peut nous apparaître à nous, c'est-à-dire un transfert éclaté, des multi-investissement très parcellaires. Mais où est-ce que ça s'investit ? Dans les tous petits détails de la vie quotidienne. Si on admet ça, ça doit modifier forcément l'impact qu'on peut avoir sur le plan thérapeutique avec tel ou tel schizophrène. Il faut tenir compte de la multi référentiabilité, chaque point d'impact des parcelles de transfert : c'est justement des détails, qui sont pris dans tout le réseau de la vie quotidienne. Il me semble qu'une démarche minimum serait de poser presque spécifiquement le problème de la vie quotidienne. On peut dire que c'est avec ça – entre autres, pas uniquement – qu'on travaille » (J. Oury, 1998a, p. 155)

De l'articulation entre le premier et le deuxième opérateur de la P.I. nous tirons deux conclusions pratiques. Premièrement, qu'il n'y a pas de sous-activité : les interactions avec les patients des ASH, secrétaires et autres membres souvent considérés « non-soignants » dans les équipes ont ainsi une potentielle valeur thérapeutique ; deuxièmement, comme nous l'avons évoqué dans notre précédente sous-partie, que l'action ou les mots d'un patient envers un autre peuvent être, à un moment donné, infiniment plus thérapeutiques que l'intervention d'un soignant professionnel, et méritent donc que l'on s'y arrête (J. Oury & Depussé, 2003, p. 313). Il nous importe ici de souligner que ces élaborations théorico-pratiques devancent de presque 50 ans les discours sur la valorisation des savoirs expérientiels des patients et les expériences des médiateurs de santé-pairs en France⁸⁷.

Plus encore, la question de l'exploitation du principe du coefficient thérapeutique de la vie quotidienne, et entre autres de ses aspects matériels et relationnels, a travaillé Oury tout

⁸⁷ Le rapport final de l'expérimentation est disponible en ligne sur le site du Centre Collaborateur de l'OMS pour la santé mentale :

www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/pdf/RAPPORT%20FINAL_19_01_2015.pdf

au long de son œuvre. Nous citons ici un extrait d'une de ses conférences, donnée en 1970 et republiée par les Editions d'Une en 2016 :

« Si on avait le temps de faire une monographie très fouillée d'un malade depuis le jour de son entrée jusqu'après sa sortie, on se poserait la question de ce qui a joué dans son évolution : est-ce parce que le médecin l'a vu tant de fois par semaine, quel tel médicament... ? Bien sûr, tout cela est important. Mais il peut se faire que ce soit une conversation, un certain jour, à un certain moment d'angoisse, que cette personne a eue avec sa voisine de chambre ou avec la femme de ménage, ou avec n'importe qui. Ce sont des éléments comme ça, qui ne sont peut-être pas retenus, mais qui, dans la pratique, comptent énormément. Comment pouvoir exploiter ça ? » (J. Oury, 2016, p. 23)

D. La vie quotidienne, porte ouverte vers l'extérieur

Il y aurait donc des éléments de la pratique qui, à moins d'être éclairés et utilisés comme des outils de mise en relation, resteraient aux oubliettes de la théorisation. Cette conception rejoint les apports de Pierre Bourdieu sur le « sens pratique », lorsqu'il écrit :

« le principe réel des stratégies [est] le sens pratique, ou, si l'on préfère, ce que les sportifs appellent le sens du jeu, comme maîtrise pratique de la logique ou de la nécessité immanente d'un jeu qui s'acquiert par l'expérience du jeu et qui fonctionne en deçà de la conscience et du discours » (Bourdieu, 1987, p. 77)

Repérer les éléments qui comptent et les utiliser relève d'un sens pratique qui fonctionne bien en deçà d'un discours psychiatrique ou médical particulier : nous arrivons là à l'idée d'une pratique sans théorie préalable de la pratique, une pratique qui ne peut qu'être théorisée dans un second temps pour en déduire des récurrences et des régularités, sans pour autant partir du principe qu'elle est régie par une loi exogène et invariable. L'attention portée

aux éléments du quotidien montre encore une fois le rapport particulier de la psychothérapie institutionnelle à la concrétude du travail clinique ; mais de façon plus intéressante encore, le fait de se saisir d'éléments de la vie de tous les jours ouvre alors, plus que toute autre contribution, la porte vers des institutions qui ne sont pas l'hôpital psychiatrique. Comme nous l'avons vu au sujet de la notion d'institution, la prise de conscience d'une nécessaire communication et d'une forme de pédagogie sur les différences entre établissement et institution n'est venue, dans le mouvement de psychothérapie institutionnelle, que dans un deuxième temps, à partir des années 80, coïncidant (mais probablement sans rapport direct), avec l'introduction du secteur psychiatrique dans le Code de la Santé en 1985. Il y a eu deux versions du traitement du terme institution dans le mouvement de psychothérapie institutionnelle : un traitement non-discriminé, banal et relativement flou, puis un traitement précis, nourri de la distinction avec l'établissement, et donc explicitement décollé de l'espace hospitalier. Or porter des éléments de la vie quotidienne, qui se retrouvent ainsi dès lors qu'existe un semblant de communauté, au rang d'outils thérapeutiques en puissance (toujours pris dans une programmation du hasard qui les suppose potentiellement créateurs de rencontres bénéfiques) implique nécessairement que le champ du thérapeutique dépasse largement les murs de l'hôpital psychiatrique. Ce lien entre vie quotidienne et institution hors les murs, qui invitait à l'utilisation du corpus de la P.I. en dehors des royaumes hospitaliers, était présent chez François Tosquelles dès les années 80 :

« Notre travail en psychothérapie se place en tout cas surtout dans le quotidien des événements souvent les plus banals, tels qu'ils surgissent et peuvent être saisis dans la naïveté la plus désintéressée, à l'occasion des rencontres concrètes avec les malades, précisément, et bien entendu dans des institutions ad hoc, et pas seulement dans les hôpitaux. Il y a de l'institutionnel partout où il y a rassemblement ou convocation répétitive. » (Tosquelles in J. Oury et al., 1985, p. 88)

E. La figure de l’infirmier, incarnation du quotidien ?

Si ces médecins-psychiatres promoteurs d’un « nouveau mode de relation » (J. Oury, 1958, p. 411) ont été amenés à penser le caractère essentiel de la vie quotidienne, c’est certes parce qu’elle recelait la clé des symptômes des patients, comme l’avaient déjà énoncé Stanton et Schwartz, mais aussi, nous semble-t-il, du fait de leur proximité nouvelle, acquise, avec les infirmiers. Nous verrons, en traitant notre matériel dans le chapitre suivant, que les discours sur le travail infirmier n’ont d’ailleurs pas beaucoup varié avec le temps. En témoigne l’actualité saisissante de l’intervention d’Oury au groupe de Sèvres sur la participation de l’infirmier au travail de psychothérapie :

« c’est alors que les infirmiers apparaissent vraiment comme étant ceux qui vivent toute la journée avec les malades ; donc ils doivent être pris eux-mêmes comme éléments médiateurs. C’est dans ce sens qu’ils jouent un rôle dans la psychothérapie, d’autant plus que le milieu se culturalise davantage. C’est pourquoi nous n’hésitons pas à essayer d’étudier d’une façon plus fine tous ces systèmes de relations élémentaires d’échanges, de réseaux, de communications, les variantes, de groupements, les caractéristiques sociales de toute catégorie, qui se développent dans le groupe thérapeutique, étant persuadé que cette étude rend plus efficace le milieu soignant que nous devons constituer chaque jour [...] (J. Oury, 1958, p. 414)

Le clivage du travail infirmier et de la thérapeutique et la forclusion, pour reprendre les termes d’Oury, d’une réelle réflexion sur tous les aspects de la vie quotidienne en psychiatrie sont probablement liés par une forme d’évitement phobique des problèmes les moins narcissants du travail en institution (cuisine, ménage...). Gardant à l’esprit que la thérapeutique institutionnelle est, comme le rappelait Bonnafé, une thérapeutique collective, mais qu’il ne suffit pas d’ « arranger la vie quotidienne » pour que des effets thérapeutiques se produisent (J. Oury, 2015, p. 130), on comprend mieux pourquoi Oury reliait vie quotidienne et thérapie *du* et *par* le milieu (J. Oury, 2015, p. 259), ou encore vie quotidienne

et ambiance (J. Oury, 2003). Ce à quoi le milieu se réfère, c'est à un « tas de gens » (J. Oury & Depussé, 2003, p. 296) transformé en collectif, à même de guider stratégiquement l'ambiance institutionnelle, autrement dit prendre en considération les transferts à l'œuvre dans les actes apparemment simples de la vie quotidienne afin que celle-ci puisse épanouir son potentiel thérapeutique. Ces notions seront précisément au cœur de nos troisième et quatrième opérateurs.

Opérateur 3 : « Être-avec » et faire ensemble

« On est là, souvent comme des imbéciles, à essayer de mettre de « l'avec ». Mais si on ne prend pas de précautions métapsychologiques, on va croire faire de « l'avec » parce qu'on met les gens ensemble, les faire chanter ensemble, les faire marcher ensemble, les faire bouffer ensemble ! Mais ce n'est pas vrai ! Les schizophrènes n'ont rien à en faire de tout ça. Ce n'est pas parce qu'on les met ensemble qu'ils sont « avec ». Alors, opérateur logique ? J'avais poussé un peu le raisonnement et je m'étais arrêté là en disant : ça doit faire marcher quelque chose. » (J. Oury, 1998b, p. 168)

Nous avons montré avec notre deuxième opérateur que la question qui se pose dans la quotidienneté est celle des relations et des échanges, et plus particulièrement d'une dialectique entre des modes de relations spécifiques - un contact et une attention particuliers, dira Oury (Oury, 2013, p. 10-11), que l'on peut rapprocher des rapports complémentaires ou des greffes de transfert de Gisela Pankow – et les choses concrètes du quotidien à partir du moment où elles sont prises en compte dans leur valeur thérapeutique potentielle. Nous avons développé la question du quotidien dans notre deuxième opérateur ; il s'agit à présent de préciser les rapports particuliers dont il est question. Nous avons choisi de les résumer sous les termes d'« être-avec » et de « faire ensemble », afin de répondre aux trois registres relationnels qu'avait repéré Livia Velpry (Velpry, 2008) dans sa thèse de sociologie. Il est probable que sa catégorisation en « laisser faire », « faire pour » et « faire faire » doive beaucoup au fait que son travail de terrain ait eu lieu dans un Centre Médico-Psychologique, où les rapports informels sont possiblement moindres que dans des lieux où vie et soins se mélangent dans une proportion plus grande – services d'hospitalisation, hôpitaux de jour, auxquels pourraient aisément se rajouter les foyers de post-cure ou encore les EHPAD en gériatrie. Ces modes de relation repérés raisonnent de façon étonnante avec une critique formulée par Paul-Claude Racamier dans *Le Psychanalyste sans divan* :

« Le régime autoritaire et le régime de laisser-faire diffèrent à bien des égards, mais se ressemblent sur deux points importants et complémentaires : ni l'un ni l'autre ne laissent au patient la possibilité d'exercer une véritable responsabilité personnelle ; l'un et l'autre, dans des styles tout à fait distincts, témoignent d'un remarquable sentiment et appétit de *puissance* de la part des psychiatres dirigeants. Comme beaucoup d'auteurs l'ont souligné (*Herz et al*, 1956 ; *Woodbury*, 1966 ; *Azoulay*, 1967 ; *Frécourt*, 1967 ; *Racamier*, 1967 et 1968 ; etc.), c'est là l'un des écueils majeurs, et (le mot que je vais employer n'est jamais cité à ce propos, et il paraîtra fort, mais je le crois opportun) l'une des principales *perversions* des institutions psychiatriques. » (Racamier, 1973, pp. 97–98)

A. Être avec et faire ensemble : une spécificité de la psychothérapie institutionnelle

Laisser faire, faire pour et faire faire ne suffisent pas à décrire la pratique psychiatrique au quotidien : l'« être-avec » et le faire ensemble se justifient ainsi, comme tous les opérateurs que nous avons repérés dans le corpus de la P.I., par l'existence d'un problème clinique spécifique au travail en psychiatrie :

« Un des troubles fondamentaux de la schizophrénie, c'est d'être avec l'autre. [...] L'*avec* en a pris un coup, souvent » (J. Oury, 2014, p. 100)

« on peut dire, par exemple, qu'il y a une pathologie des conjonctions de coordination, une pathologie du « et ». L'un « et » l'autre. De même, il y a une pathologie de « l'avec », préposition adverbiale. « L'avec » n'implique-t-il pas déjà une disjonction ? Pour être « avec », avec un autre, cet autre doit justement être différent de soi-même » (Oury in Martin, 1995, p. 58)

Notons qu'excepté lorsqu'il parle du Collectif et du Club, Oury utilise peu le terme d'« opérateur » au sujet d'éléments conceptuels du corpus de la psychothérapie institutionnelle. Il décrit pourtant l'« avec » comme un « opérateur logique qui est en défaillance dans les structures psychotiques » (J. Oury, 1998b, p. 167), ce qui doit nous indiquer son importance dans l'organisation de la pratique proposée par le corpus de la P.I. L'avec est en effet le signe d'une opération qui, dans la psychose particulièrement, ne se réalise pas, ou pas de façon suffisamment rassurante pour le sujet. Nous postulerons avec Heidegger (1927)⁸⁸ que l'opération en question concerne le sentiment de continuité d'être, qui se trouve signalé par la difficulté quotidienne et protéiforme d'être avec les autres :

« Les autres », cela ne veut pas dire : tout le reste des hommes en-dehors de moi, dont le Moi se dissocierait - les autres sont bien plutôt ceux dont le plus souvent l'on ne se distingue pas soi-même, parmi lesquels l'on est soi-même aussi. [...] Sur la base de ce *caractère d'avec* propre à l'être-au-monde, le monde est à chaque fois toujours déjà celui que je partage avec les autres. » (p. 109)

Et un peu plus loin :

« L'être-avec détermine existentiellement le *Dasein* même lorsqu'un autre n'est ni sous-la-main ni perçu factivement. Même l'être-seul du *Dasein* est être-avec dans le monde. » (p. 110)

Nous ne traiterons volontairement pas de ce qui peut, au sens de la phénoménologie, de la psychiatrie ou de la psychanalyse, déterminer ce trouble de l'avec chez les personnes

⁸⁸ Ces citations sont extraites de la version traduite par Emmanuel Martineau et publiée hors commerce chez Authentica en 1985. Disponible en ligne à l'adresse suivante : t.m.p.free.fr/textes/Heidegger_etre_et_temps.pdf.

souffrant de psychose. Notre perspective concerne plutôt la façon dont les praticiens ont utilisé la théorie analytique et phénoménologique pour élaborer un moyen spécifique à leur champ de traiter les difficultés de ces personnes à se situer dans un lien social. L'influence d'Heidegger est en effet explicite chez Jean Oury :

« [...] avant même qu'il puisse y avoir de l'inconscient proprement dit, qu'il doit y avoir quelque chose, topiquement, structurellement, de l'ordre de « l'avec ». Autrement dit, « l'avec » était déjà là, avant même que l'enfant puisse marcher, reconnaître d'une façon explicite. Il y avait de « l'avec » qui fonctionnait. [...] Ce n'est pas un simple adverbe ni quelque chose de l'ordre du lien social, ni du développement social, mais une façon de concrétiser la relation aux entours » (J. Oury, 1998b, p. 167)

Le corpus de la psychothérapie institutionnelle propose donc de soigner l'avec au quotidien en traitant les entours et le milieu, autrement dit en prenant soin du grand réseau d'échanges institutionnel et en lui donnant, à travers la constitution de groupes à même d'effectuer un travail de perlaboration sur ce qui se passe au quotidien (Michaud, 1977), de multiples occasions de reconstruire a minima un sentiment de continuité d'exister - sans jamais confondre les moyens et la fin, les groupes et l'avec. Les extraits d'*Être et Temps* que nous avons cités intéressent donc la clinique institutionnelle avec des psychotiques et plus largement avec toute personne pour qui l'être-dans-le-monde et l'être-avec sont devenus difficiles à supporter du fait de leur dépression, de leur anxiété ou de leurs symptômes.

L'être-avec considéré par Heidegger permet donc d'éclairer ce qui se trouve au cœur du sentiment de continuité d'exister, ainsi que du sentiment d'exister dans un monde partagé par d'autres. L'être-avec ne présuppose pas pour opérer, dit-il, la reconnaissance de l'autre en tant qu'extérieur à soi – c'est-à-dire du caractère d'altérité incarné – : il apparaît en réalité articulable avec le moment où s'ébauche cette capacité de différenciation entre soi et l'autre, dont Winnicott a formulé les coordonnées dans son texte sur la capacité d'être seul (Donald Woods Winnicott, 1958). On comprend bien alors que pour des psychiatres des années 60

imprégnés de phénoménologie et de psychanalyse, le traitement d'un sentiment défaillant de la continuité d'exister chez les personnes souffrant de psychose passe par un certain mode d'être et d'action qui tienne compte du fait qu'ils sont situés dans une *communauté*, à l'intérieur de laquelle, à terme, il leur sera possible d'exister seuls en présence d'autrui. Oury est pourtant très prudent au sujet des interventions résolutes qui consisteraient simplement, comme dans certains groupes dits thérapeutiques, à « mettre de l'avec » :

« [...] J'avais dit : il faut se méfier du mythe du mit – ce n'est pas très spirituel ! – et croire qu'en rétablissant de « l'avec », on a résolu la question. D'ailleurs, c'est ce que dit très bien Pankow. C'est nécessaire de se poser cette question-là, mais ça ne suffit pas à résoudre la dimension d'analyse de la psychose. » (J. Oury, 1998b, pp. 166–167)

Si « pour traiter l' « avec », il ne faut pas aller tout de suite dans un groupe » (Oury in Delion, 1994, p. 295), deux autres sous-opérateurs logiques permettent cependant, dans le corpus de la psychothérapie institutionnelle, d'ouvrir des possibilités d'être-avec tout en organisant les échanges : il s'agit du Collectif, épaulé par le Club thérapeutique.

B. Le Collectif : opérateur, fonction, agencement

La définition du collectif chez Oury est complexe, mieux délimitée par ce que le collectif n'est pas plutôt que par ce qu'il est. Si pour Oury le Collectif n'est pas simplement un groupe et va même plus loin que le « collectif soignant » au sens de Bonnafé - qui prenait alors plutôt la connotation d'une équipe thérapeutique dans laquelle les murs de la hiérarchie seraient abattus -, c'est parce qu'il est doté de propriétés *logiques* : qu'il soit présenté comme un opérateur ou une fonction il a pour effet de provoquer, en son intérieur même, les remaniements nécessaires à la lutte contre la pathoplastie. Le Collectif n'est donc pas simplement une structure : il est l'instrument principal d'analyse et de traitement des pathologies institutionnelles. Ginette Michaud était en désaccord avec Oury, car à son sens le

collectif était un groupe qui, par effet d'analyse et de perlaboration, pouvait combattre l'inertie en introduisant du changement dans son fonctionnement (Michaud, 1977, p. 38), tandis qu'Oury le présentait comme l'agencement permettant que l'ensemble des institutions à l'intérieur d'un établissement puissent déployer, dans la vie quotidienne, leur potentiel thérapeutique :

« Je signalais que pour qu'un établissement (distinction, bien sûr, entre établissement, groupe, institution, etc.) puisse s'ordonner, s'agencer dans ses différents systèmes, dans ses différentes structures, d'une façon opératoire, d'une façon qu'il ait une certaine efficacité, il était nécessaire de poser a priori, quelque chose qui soit justement cet « agencement ». Et c'est dans ce sens-là que j'avais proposé le terme de *collectif*, que j'avais indiqué comme étant une sorte d'opérateur, de machine abstraite, étant donné qu'il ne suffit pas qu'il y ait un établissement et qu'on y développe des institutions diverses, des groupes, etc... pour qu'il puisse y avoir ce qu'on pourrait appeler des effets de sens thérapeutiques, psychothérapeutiques. » (J. Oury, 1986b, p. 198)

Il est intéressant de voir que dans un sens plus prosaïque, la rencontre des soignants entre eux et leur possibilité de se constituer en collectif soignant semble parfois tenir, pour Oury, du prérequis au Collectif comme opérateur logique. En cohérence avec ce qu'il appellera parfois sa « loi de Stanton et Schwartz », la question de l'avec doit d'abord être suffisamment travaillée dans l'équipe : il s'agit d'un préalable au traitement des psychotiques qui sont là. On retrouve cette idée dans une métaphore utilisée par François Tosquelles :

« Les marins sont inscrits sur le *rôle* ; puis chacun s'engage dans l'aventure avec son fourbi et ses bagages. Le bateau *appareille* ; il est *appareillé*. D'autre part, le bateau transporte souvent du fret en plus de l'équipage. Autour de ces démarches de navigation, on voit donc glisser des mots tels que *rôle*, *équipage*, *équipe*, voire *une équipée entreprise ensemble*. » (Tosquelles, 2003b, p. 36)

La navigation à plusieurs au quotidien est une condition *sine qua non* pour enclencher le travail spécifique de la psychothérapie institutionnelle, brandi sous la célèbre maxime « soigner l’institution pour soigner les malades ». Comment, en effet, prendre soin de la dimension la plus problématique chez certains patients si cette dimension n’est pas elle-même objet d’un travail permanent fait par l’ensemble des professionnels qui, dans ce but, doit déjà s’être constitué comme équipe ? Oury propose ainsi un lien entre être-avec pour les patients, être-avec pour les professionnels et constitution d’une équipe :

« Il est donc nécessaire qu’il y ait, au niveau même de ce qu’on peut encore, prudemment, appeler une équipe, une suffisante estime réciproque, une suffisante hétérogénéité, dans un tissu intersubjectif où il y ait du « *miteinandersein* » : être avec les uns et les autres, et les respecter. Pratique de « l’avec » d’autant plus importante que cet « avec » est ce qui est le plus défaillant chez les « clients » psychotiques » (J. Oury, 2008b, p. 168)

Impossible donc de soigner l’avec défaillant si cette dimension n’est pas travaillée au niveau du collectif soignant, ou plutôt grâce au Collectif, compris comme un filet institutionnel sous-jacent qui se transforme au fur et à mesure de la façon dont les échanges et relations se nouent et se dénouent. Cette notion du « faire avec » comme mode relationnel principal et crucial aux relations entre les professionnels apparaît telle quelle dans un ouvrage récent de Pierre Delion (Delion & Coupechoux, 2016). Il notait en effet, en relatant ses expériences en tant que psychiatre, à quel point c’est la participation aux activités proposées par les infirmiers aux patients qui permettaient un respect mutuel mais surtout de trouver des solutions en commun : « faire avec les soignants, faire avec les psychotiques, faire avec les élus, faire avec les gens en général » (p. 37). C’est à cet endroit du « faire avec » qu’intervient également l’organe privilégié, pour le mouvement de la P.I., de l’exercice de cette fonction transformatrice du Collectif : le club thérapeutique.

C. Une fonction Collectif opérationnalisée par le Club

Parmi tous les éléments mis au rang d' « arêtes vives » (J. Oury, 2001) ou d' « axiomes de base » (Michaud, 1977) de la psychothérapie institutionnelle, nul doute que le club est le plus cité et le plus consensuel. Ginette Michaud explicitait ainsi le lien entre la raison d'être du club et la dimension de l'avec :

« Qu'est-ce qu'un club ? C'est avant tout un lieu où l'on va. Ce n'est pas une association d'individus en vue de quelque chose, et si cette formation d'association s'appelle « club » dans la société, c'est qu'elle est liée à une fréquentation dans un local donné de gens qui viennent là pour la même chose que vous [...] où l'on ne vient pas dans le but de faire quelque chose de défini, si ce n'est la simple fréquentation d'autrui dans un endroit où on est sûr de le rencontrer [...] » (Michaud, 1977, p. 54)

Désigné comme « instrument de soins », « institution de base sur laquelle repose la totalité des activités ergothérapeutiques et sociothérapeutiques créant lui-même son réseau institutionnel autour de commissions, groupes de travail, organismes de gestion » (Ayme et al., 1964, p. 8) ou encore « outil collectif » (J. Oury, 1998b) enraciné dans le concret, le club est un élément facilement repérable et partageable de la psychothérapie institutionnelle. Depuis les élaborations des années 50, avec en points culminants le club Balvet créé par François Tosquelles à Saint-Alban, la thèse de Philippe Rappard portant sur le sujet en 1955, ou encore la circulaire de février 1958 dans laquelle est mentionnée la possibilité de recourir « à l'aide d'une association déclarée de la loi de 1901 pour assurer tout ou partie des activités » et du travail thérapeutique de l'hôpital, jusqu'aux articles des dix dernières années sur notre courant, la notion de Club apparaît comme un point d'héritage fondamental de la psychothérapie institutionnelle. La formalisation de la circulaire de 1958 n'était cependant pas au goût de tous les psychiatres, et Oury lui-même en a indiqué les dérives :

« On peut mettre deux bougies, deux chaises, on peut multiplier ça, faire un club, un vrai, pas comme certains qui font, dans les hôpitaux, un club pour être en accord avec la circulaire du 4 février 1958. Un club c'est d'abord de l'auto-gestion, à laquelle, bien sûr participent les soignants [...] » (Oury in Martin, 1995, p. 63)

L'intérêt de la notion de « club » est donc d'avoir donné un nom à des pratiques qui ne faisaient pas nécessairement l'objet d'une théorisation car relevant d'un « réseau de transactions, de coopération, de décisions et de communications » (Chazaud, 1978, p. 19) difficile à délimiter. En cela, il est un outil essentiel pour utiliser les relations de la vie quotidienne dans une stratégie thérapeutique :

« Un Club, c'est peut-être ce qu'il va y avoir au fond de la cour ou dans une petite pièce oubliée d'un quartier, où il y aura une petite réunion de quelques malades, des fois d'une façon clandestine, comme ça s'est vu dans certains services, où il y aura un comptoir de vente qui sera articulé avec d'autres, et c'est tout. C'est peut-être ça ce quelque chose qui vient agiter un petit peu les relations, pour que ça parle autrement que dans la norme habituelle et à propos de quelque chose, par l'introduction de cette fameuse médiation dont on parle tant en psychothérapie institutionnelle ; c'est à propos, par exemple, d'un paquet de cigarettes, à propos de je ne sais quoi qu'on achète à un comptoir, à un bar, ou à propos d'une sortie qu'on fait, etc., que ça va parler d'une autre façon que dans la quotidienneté toute tracée d'avance de l'administration hospitalière. » (J. Oury, 1968, p. 4)

Cette stratégie thérapeutique consiste à toujours envisager les activités et médiations « sous le double aspect de la participation effective du malade à l'organisation de son milieu d'existence et de l'utilisation qu'en fait l'équipe soignante » (Ayme et al., 1964, p. 8), étant entendu que la participation du malade est à part entière un élément de son traitement. Si le Collectif, en tant qu'opérateur logique incarné dans le Club, fonctionne pour l'ensemble des personnes de la communauté, il n'a toutefois pas vocation à produire les mêmes effets selon

la place à laquelle on se trouve. Il est ainsi intéressant de noter comment chez un certain nombre d'auteurs le club est lui-même formalisation a minima d'un phénomène remarquable dans les services, pour qui s'intéresse à la vie quotidienne : l'entraide entre malades. On voit cependant se dessiner à ce sujet l'une des divergences entre tenants du style Labordien et de celui du 13^e arrondissement de Paris, lorsque sont évoquées l'impulsion et l'organisation de cet ensemble soignants/soignés et la répartition des tâches et des fonctions. Elles n'y sont en effet pas attribuées de la même manière, comme en témoigne le passage suivant écrit par Jacques Azoulay, proche du courant ASM13 :

« La toile de fond est l'organisation de la vie quotidienne par les malades et les thérapeutes, dans un cadre explicitement affirmé comme thérapeutique ; les initiatives des malades sont favorisées ; les activités de groupe autonomes ou avec participation de soignants sont valorisés ; l'Institution est un lieu où chacun peut ressentir les responsabilités et les avantages de la participation « démocratique » à un groupe, et devenir plus sensible aux aliénations sociales de la vie normale. Mais notre expérience n'a pas justifié jusqu'ici une conception des échanges « transversaux » à double sens : soignants-soignés. Comme le médecin ou le psychanalyste, ce sont les soignants qui définissent le cadre institutionnel. C'est dire l'importance de l'équipe thérapeutique, de sa valeur de sa maturation, du système d'échanges qui la régissent, au-delà de la hiérarchie traditionnelle, en fonction de rôles différenciés. » (Azoulay, 1967, p. 45)

Le cadre « explicitement affirmé comme thérapeutique » préexiste ici à la participation et à l'initiative des patients : l'équipe reste chef d'orchestre d'une quotidienneté démocratique, mais sans transversalité⁸⁹. Chez Oury, en revanche, c'est bien la prise en compte du phénomène d'entraide clandestine, presque hors-cadre, qui pousse à la

⁸⁹ Nous trouvons à ce sujet des descriptions pointues de ce qui se passait à l'ASM 13 et dans les réunions de malades dans le rapport de recherches produits à partir des archives de l'ASM 13 par le sociologue Nicolas Henckes (2005).

formalisation de l'expérience afin qu'elle s'intègre dans une programmation d'ensemble. La participation se mue en « prise de responsabilités multiples » (J. Oury, 1998b, p. 38). La théorie du cadre thérapeutique est bonne, mais cela, pour reprendre la logique du neurologue Jean-Martin Charcot⁹⁰, n'empêche pas l'existence d'un tissu social à côté et au-delà de ce que les soignants sont en mesure d'imaginer.

Le question du cadre thérapeutique pose immédiatement celle de sa localisation : le club est-il, dans la conception de la psychothérapie institutionnelle, irrémédiablement lié à l'hôpital ? La pratique des clubs telle qu'elle a lieu aujourd'hui dans de multiples structures en France, sanitaires comme médico-sociales, pousse à répondre que non. Nous tenons cependant aussi à souligner que chez quelques auteurs des débuts de la P.I. dont la pratique n'était pas celle des cliniques privées, le club, en tant qu'association loi 1901, incluait dans sa définition même la possibilité de s'ouvrir vers le dehors, de s'articuler et de faire entièrement partie d'un réseau ancré dans la communauté, et ce dès les années 1970 :

« L'un des intérêts majeurs de l'Association, et c'est sur lui que nous concluons ce chapitre, c'est de pouvoir s'ouvrir et s'articuler sur l'extérieur. Elle y trouve non seulement des prolongements variés (club sociothérapeutique de secteur, club d'anciens malades, club de discussions, etc.) mais des *relais* (articulation aux œuvres sociales municipales, aux maisons de la culture). C'est donc à son niveau que la thérapeutique institutionnelle, communautaire, débouche sur la *thérapeutique dans la communauté*. » (Chazaud, 1978, p. 171)

⁹⁰ On lui prête en effet cette formule : « La théorie c'est bon, mais ça n'empêche pas d'exister » au sujet de l'hystérie, formule qui sera popularisée par Freud dans la nécrologie qu'il écrira en son honneur en 1893 « Nous étions un jour une petite troupe d'étrangers réunis là qui, élevés dans la physiologie académique allemande, lui devenions importuns par la contestation de ses innovations cliniques : « Ca, ce n'est pas possible », lui objecta une fois l'un d'entre nous, « cela contredit justement la théorie de Young-Helmholtz ». Il ne répliqua pas « Tant pis pour la théorie, les faits de la clinique ont la préséance » et autres, mais il nous dit pourtant, ce qui fit sur nous une grosse impression : « *La théorie c'est bon, mais ça n'empêche pas d'exister* » » (OCF T. I, p. 405).

Précisons ici que le terme de thérapeutique dans la communauté peut prendre deux sens légèrement différents mais complémentaires : le premier consiste à considérer l'intégration dans la communauté de structures dites thérapeutiques – perspective poussant le volet « psychiatrie de secteur » de la thérapeutique institutionnelle ; le deuxième, tirant la thérapeutique institutionnelle vers un dispositif de mise au travail d'un potentiel soignant inhérent à la communauté, consiste bien plus en la prise en compte des apports de la psychothérapie institutionnelle par-delà les murs de l'hôpital où elle est née.

« Lieu de rencontre entre « pression sociale » et fonction d'accueil généralisée » (J. Oury, 2007a, p. 10), l'association dite « club » ne peut prendre son sens d'opérateur concret de la fonction Collectif que si les échanges économiques, qui permettent à la communauté de gagner en autonomie vis-à-vis des aspects les plus aliénants des établissements qui les accueillent⁹¹, restent des prétextes aux échanges relationnels :

« si l'on oublie que les objets fabriqués, réalisés à l'atelier pour être vendus ou non, si l'on oublie que le match de football, que la partie de belote, si l'on oublie que le « bon » fonctionnement de la cafétéria, ou le déroulement d'une réunion de pécule pour sa « juste » répartition, si l'on oublie à l'hôpital psychiatrique que tout cela ne constitue qu'un éventail de conditions, supports aux relations entre les membres de la collectivité, on oublie aussi que ces relations sont le moyen de traitement de la maladie mentale. Si on oublie cela, n'importe quel hôpital peut devenir une bonne usine de production de fleurs artificielles, un club perfectionné de loisirs organisés ». (Rothberg, 1968, p. 32)

⁹¹ Cette problématique semble toujours d'actualité, puisque le rapport ANCREAI – DGCS – CNSA de Novembre 2017 faisait état pour certains GEM d'une mainmise encore trop forte de la structure qui les parraine sur leur fonctionnement quotidien. Disponible sur : <http://ancreai.org/content/evaluation-qualitative-des-effets-produits-par-les-gem-sur-les-situations-de-vie-de-leurs-ad>. Consulté le 23 juin 2018.

Le Club est bien, et le mot est important, un moyen de traitement, mais la fonction transformatrice du Collectif telle que mise en branle par le dispositif « club » ne peut être dissociée des lieux où elle s'active que grâce à un « faire ensemble » passant par la parole, à savoir les espace-temps de réunion. A la fois reste historique de la formule des réunions de pavillon qui confrontaient médecins, infirmiers et patients (et ce faisant rebattaient les cartes des structures traditionnelles afin que le malade ne soit plus « l'aliéné que l'on soigne, muet même s'il parle, mais un interlocuteur, un « autre » à part entière » (Chaigneau et al., 1971, p. 88)) et prétexte à leur continuité, le club et ses réunions témoignent bien d'un souci historique de l'ambiance des services psychiatriques :

« Pour réussir ce pari « insensé » du club thérapeutique, plusieurs dispositifs sont instaurés, et notamment les réunions de patients et de soignants qui vont révolutionner les rapports entre ces deux catégories, auparavant souvent opposées. Il s'agit de réunions au cours desquelles les participants peuvent être amenés à s'exprimer sans crainte d'être réprimandés par le système hiérarchique en place. si aujourd'hui il est devenu évident pour tous que les réunions font partie intégrante de tout système humain, à l'époque il n'en était pas de même, et il aura fallu beaucoup de travail à Tosquelles et à ses amis de Saint-Alban pour y parvenir » (Delion, 2014a, p. 107)

Pas de club, pas de Collectif donc, sans la possibilité de réunir les acteurs concernés de l'institution et, dans ces espace-temps, de construire du sens à partir des substrats affectifs des échanges économiques. La réunion permet à la sous-jacence d'être explicitée ; si elle apparaît comme la surface de projection du Collectif, elle est plus fondamentalement sa condition première, puisque le Collectif ne peut exister qu'à la condition que le « collectif soignant » opère un mouvement réflexif sur son action quotidienne :

« C'est ainsi que peut se poser le problème souvent obscur « d'être là », à son poste de travail, dans un vigilance efficace. C'est à partir de là que peut se

déterminer le concept de « réunion », instrument essentiel de tout Collectif. [...] La réunion n'est-elle pas la zone de projection, « d'application », du Collectif ? Elle ne peut être efficace que si par un effet d'inattendu, de surprise, de coupure dans la vie quotidienne, elle est créatrice d'un sens particulier. A travers des thèmes de décision, d'information, ou d'expression, apparaissent des textures plus fines de style cognitif, appellatif, ou expressif, qui elles-mêmes ne sont que des structures manifestes d'un discours qui se fait au niveau d'une sous-jacence qui est à découvrir ». » (J. Oury, 2001, p. 148)

Si la dimension de maîtrise du milieu par le médecin n'est pas absente des réunions, qui « ont souvent comme arrière-fond le désir [...] de connaître le Collectif dans sa totalité » (H. Torrubia, Bicheron, & Morin, 1966, p. 50), il apparaît nécessaire, au regard de nos trois premiers opérateurs, de nous attarder sur les conditions auxquelles les réunions peuvent devenir l'outil principal, pour une équipe, d'un processus de décision collectif.

Opérateur 4 : Une fonction de décision partagée et agie en réunion

« Il semble bien que dans des congrès, des réunions de toutes sortes, à l'intérieur des lieux de soins, il y ait une demande. Qu'est-ce que les gens demandent ? Ceci : « On voudrait bien pouvoir parler de ce qu'on fait quelque part » (J. Oury, 1986b, p. 53)

Nous l'avons vu dans notre troisième opérateur, la fonction Collectif joue en plusieurs endroits pour la psychothérapie institutionnelle : entre patients, entre patients et professionnels mais aussi, et c'est ce qui va nous préoccuper plus précisément concernant notre quatrième opérateur, entre professionnels. La pratique des réunions en tous genres est l'un des éléments les plus anciens et les plus ancrés de la de la psychothérapie institutionnelle et plus largement de la psychiatrie réformatrice post-seconde guerre mondiale, comme le notaient Jean Ayme, Philippe Rappard et Horace Torrubia dans leur article de l'*EMC-Psychiatrie* au sujet de la thérapeutique institutionnelle :

« La position de l'infirmier est en effet, inconfortable [...] il lui faut disposer d'un lieu d'expression pour la parole libre dans la relation au médecin. La nécessité de telles réunions, déjà formulée par Daumézon dans sa thèse en 1936, a été affirmée dans les années d'après-guerre par Balvet, Bonnafé, Daumézon, Sivadon, Tosquelles. Ces réunions doivent posséder une souplesse interne répondant au caractère à la fois de plasticité et de permanence des réunions de malades » (1964, p. 9).

Philippe Koechlin rappelait en 1980 les raisons d'être de ces réunions dans l'univers pourtant très hiérarchisé des hôpitaux psychiatriques de l'immédiate après-guerre :

« Je pense utile de rappeler ici le schéma de l'organisation administrative et médicale de l'hôpital « modèle 1950 » [...] Les conflits pouvaient apparaître, et le diverses castes que nous avons rapidement décrites ne pouvaient plus se maintenir dans leurs propres frontières. Il fallait pouvoir communiquer ; pour communiquer on devait recourir à des médiateurs [...] et tout naturellement on découvrait aussi la valeur de cet autre médiateur qu'est le langage ; c'est ainsi que la nécessité de réunions entre soignants, puis entre soignants et soignées, s'est imposée. Ces réunions sont devenues des éléments fondamentaux de la structure institutionnelle et thérapeutique ». (Koechlin, 1980, pp. 622–623)

A. La réunion, cheville ouvrière du travail thérapeutique

En tant qu' « instrument essentiel [...] dans lesquelles le médecin joue son rôle psychothérapeutique » (Daumézon & Koechlin, 1952), la réunion est donc l'endroit privilégié des échanges à travers la médiation langagière. Ce sont donc précisément ces échanges au sein du personnel et leurs conditions de « possibilisation » (J. Oury, 2007a) qu'il s'agira de décrire pour voir émerger la décision comme une fonction portée collectivement et qui s'actualise dans les moments de réunion. Ces élaborations recourent notre premier opérateur puisque nous avons avancé avec Oury, Tosquelles et bien d'autres, que c'était entre autres la multiréférentialité du transfert dans la psychose qui amenait les sujets à investir un certain ensemble de personnes selon des caractéristiques plus vastes et diverses que leur seul statut (J. Oury, 2008a):

« le malade est « toléré et ressenti d'une autre manière dans son pavillon, à l'atelier, dans les services administratifs, dans les services généraux où il peut être employé, etc. Et cela est justement d'une grande importance pour le malade, ces possibilités multiples de rencontres dans un hôpital psychiatrique, ces différentes possibilités d'être ressenti d'une manière différente par son entourage (personnel et autres malades), et peut constituer un moyen de traitement essentiel, si comme

nous le verrons plus loin, ces diverses possibilités sont articulées par exemple dans une réunion de personnel ». (Rothberg, 1968, p. 16)

L'intérêt de l'articulation des points de vue est de concilier ce qu'Oury appelle l'« hétérogénéité » des personnes présentes avec la diversité des lieux et des conditions de rencontre : pour reprendre les termes de Jacques Chazaud au sujet des équipes, « la localisation et la tactique de l'action relèvent d'une opinion synthétique » (1978, p. 95). C'est la diversité de prises pour le transfert qui permettra justement sinon d'en faire une synthèse en équipe, au moins d'aborder le sujet souffrant dans la globalité de ses investissements. Denise Rothberg nous offre à ce sujet une précision de taille lorsqu'elle situe la synthèse non pas dans un fantasme de recoller les morceaux d'un patient éclaté, mais bien dans un processus de prise en compte de la différence de réactions et de contre-transferts que le malade suscite *chez les soignants* :

« si toutes les différentes façons pour le malade d'être présent à son entourage ne sont pas réunies, articulées, exprimées quelque part dans l'institution, elles peuvent alors seulement aggraver ce morcellement, cette fragmentation de soi qu'il éprouve souvent dans son corps, dans son être, par sa maladie. La réunion d'équipe peut être ce lieu d'articulation, mais ce qui est mis ici en question, ce n'est pas le malade dont on essayerait de recoller les morceaux en apportant chacun le sien et en admirant ensuite le travail, de l'extérieur, une fois de plus [...] ce qui apparaît dans le lieu de la réunion c'est aussi notre image telle qu'elle se présente à travers notre relation avec le malade. Les réunions sont donc aussi des lieux d'articulation des différentes possibilités de chacun de nous, de chaque membre du personnel, d'être ressenti différemment, par telle ou telle personne [...] » (Rothberg, 1968, p. 50)

Il y a donc un enjeu à la réunion des différentes images et traces laissées par un patient dans une institution, sous la forme d'une conflictualité intimement liée à « la nature même

des processus psychotiques » (Racamier, 1973, p. 61). Articuler ou synthétiser ne signifie pas pour autant homogénéité ni a-conflictualité, car tout ensemble humain génère malgré lui des malentendus (Delion in Tosquelles, 2003b, p. 8), particulièrement lorsqu'il utilise le langage comme médiateur, mais surtout compte tenu de la nature particulière du transfert des sujets psychotiques qui selon Racamier « tendent souvent à « matérialiser » leur division interne » (Racamier, 1973, p. 272), engendrant alors dans l'équipe un certain nombre de situations conflictuelles.

L'inverse est tout aussi vrai : comme l'avaient repéré Stanton et Schwartz, la conflictualité au sein du personnel et au sujet d'un patient, lorsqu'elle n'est pas métabolisée et traitée, peut donner lieu chez ces mêmes patients à des phénomènes pathologiques supplémentaires. Après plusieurs années à la clinique de *Chesnut Lodge*, les deux sociologues en étaient arrivés dans leur étude intitulée *The mental hospital* à la conclusion que, contrairement à la *doxa* consistant à dire que certains patients clivaient et déchiraient les services, les symptômes, notamment d'agitation, étaient le résultat d'un désaccord dans l'équipe, désaccord dont les protagonistes n'était eux-mêmes - pour reprendre l'expression des auteurs - pas conscients (*unaware*). Affirmant que leurs résultats avaient ainsi une implication claire pour le traitement des malades, Stanton et Schwartz en étaient arrivés à une prescription aujourd'hui assez largement acceptée : c'est le clivage au sein de l'équipe qu'il fallait traiter, chose que, soulignaient-ils, les psychiatres travaillant à l'hôpital savaient tous intuitivement⁹². Denise Rothberg allait plus loin encore : le clivage est aussi un risque dans les relations de l'hôpital avec l'extérieur. A l'heure où la France compte 200 Conseils Locaux de

⁹²“It is one thing to say that, when there was controversy about treating someone as a special case, the person involved might have been upset. It is quite another to say that whenever a patient showed manic excitement, he was always the subject of disagreement between two people who were often unaware of their own disagreement. The difference between these statements will be most apparent to those who have had to care for a hyperactive patient who seemed to be “tearing the ward apart”; the second statement implies – correctly as far as our experience was concerned – that if the ward is put back together again, the manic state will disappear. There is a clear implication of the way patients with such a condition should be treated. The dependence of psychiatric symptoms upon the social milieu is known intuitively to all psychiatrists who work in a mental hospital [...]” (Stanton & Schwartz, 1954, p. 343)

Santé Mentale actifs⁹³ et où le travail en réseau est un maître-mot tant en psychiatrie que dans le reste des disciplines médicales, il nous paraît capital de reproduire ses élaborations d'une édifiante modernité au sujet du rôle des réunions dans le lien de la psychiatrie avec sa communauté de rattachement :

« l'isolement, le blocage d'un établissement psychiatrique par rapport au milieu extérieur est une situation aussi pathologique que l'absence de communication à l'intérieur. Cela apparaît justement d'abord, à propos d'un hôpital psychiatrique, dans la notion trop rigide « d'intérieur » et « d'extérieur » qui exprime une défense, un rejet, celui de la Société par rapport au monde de l'hôpital, mais plus encore le rejet du monde extérieur par l'hôpital, univers protégé, à l'abri. Des réunions peuvent là aussi être placées en certains points, pour lutter contre cet isolement : des réunions « d'anciens » malades [...] des réunions avec les familles [...] des réunions à différents niveaux peuvent être instituées, articulant le milieu soignant avec le milieu socio-professionnel [...] » (Rothberg, 1968, p. 66)

Nous avons noté, dans notre troisième opérateur, que la dimension de l'avec devait être travaillée dans le collectif soignant, autrement dit qu'il ne fallait pas hésiter, pour reprendre les termes de Racamier, à considérer qu'une institution pouvait tomber malade et qu'un certain « soin des soignants »⁹⁴ était donc nécessaire – qu'il n'appartenait toutefois pas au psychiatre-psychanalyste de prendre directement en charge (Racamier, 1973, p. 67). C'est ainsi qu'il faut comprendre, pensons-nous, le témoignage qu'Henri et Madeleine Vermorel

⁹³ Chiffre officiel obtenu à l'adresse suivante : <http://clsm-ccoms.org/>. Consulté le 12 juin 2018.

⁹⁴ Et ce plus de 50 ans avant la Stratégie Nationale lancée en 2016 par Marisol Touraine, bienheureusement intitulée « Prenons soin de ceux qui nous soignent ».

ont fait de l'utilisation de ces réunions, qui éclaire à quel point dès les années 50-60 celles-ci étaient déjà des outils d'une grande polyvalence⁹⁵:

« L'un des instruments du changement a été la « réunion d'équipe », organisée dans chaque pavillon avec le concours des différents membres du personnel soignant : infirmiers, surveillants, psychologue, assistante sociale, interne et médecin [33]. On y discute du cas des malades entrants, des traitements à instituer, chacun fait part de ses observations et de ses contacts avec le patient ; on évoque le suivi des soins. On y parle sur le vif de la psychopathologie de telle ou telle affection à propos d'un malade sous un angle psychodynamique, sorte de formation quotidienne « sur le tas » qui complète celle donnée à l'école. Dans ces réunions, on parle aussi des événements de la vie quotidienne et de leur retentissement sur le personnel, ce qui permet d'éponger parfois des angoisses suscitées par le rapprochement avec les patients psychotiques. » (Vermorel & Vermorel, 2012, p. 766)

B. Des échanges d'informations ?

Pour la première génération de psychiatres réformateurs, c'est autour du problème de l'échange des informations que va se poser la question des réunions. Dans un texte tardif où il revient sur son expérience afin d'en tirer des leçons sur la formation des équipes de soins, Tosquelles reliera en effet la mise en place de réunions à la prise en compte de l'expérience des soignants et de leur « pouvoir-savoir », comme condition de l'échange d'informations (Tosquelles, 2003b, p. 158). Prudemment, Oury ajoutera une dimension à cette question, en précisant dans son séminaire sur l'aliénation que pour que ce travail d'élaboration collectif ne

⁹⁵ Tous deux étaient en effet psychiatres des hôpitaux et ont commencé à exercer dans la deuxième moitié des années 50 : leur description de l'hôpital psychiatrique de Bassens communiquée lors d'un colloque puis publiée dans *l'Information Psychiatrique* en 2012 semble faire référence au début de leur carrière.

soit pas fictif, « ça nécessite que les gens qui se réunissent puissent parler librement ensemble » (J. Oury, 1992). La réalité institutionnelle pousse en effet à reconnaître les apports de l'expérience quotidienne des infirmiers, et donc à repenser la hiérarchie des informations reçues. Le savoir le plus pertinent peut tout à coup venir d'un autre acteur que le psychiatre, justifiant alors la valorisation des paroles autres que médicales dans des espaces collectifs où celles-ci viennent enseigner et renseigner le médecin :

« Nous verrons que les discussions de ce qu'on a appelé le groupe de Sèvres ont posé le problème du personnel des hôpitaux psychiatriques sur un plan encore plus complexe. Mais, dès cette époque, on peut constater que les médecins les plus engagés dans la révolution psychiatrique se sont aperçus par leur propre praxis qu'il ne suffirait pas de demander seulement un personnel auxiliaire possédant un niveau culturel élevé, mais qu'il fallait encore travailler avec eux, à partir d'une situation de groupe dans laquelle les rapports d'alignement hiérarchique médecin-infirmiers étaient transformés. [...] Daumézon, déjà en 1946, disait que c'était plutôt les infirmiers qui lui apprenaient ce qui se passe dans l'insulinothérapie que lui qui leur enseignait. Ainsi sont nés, sous diverses formes et dans des séries très différentes, des « réunions du personnel » (Follin, Bonnafé), des réunions de pavillon (Daumézon), des « comités techniques de quartier (Bellay), « les réunions d'équipe » (Balvet). » (Poncin, 1962, p. 17)

Chaigneau, Chanoit et Garrabé insisteront en 1971 sur un aspect qui paraît aujourd'hui particulièrement moderne, à savoir que le fonctionnement d'une institution *dépend directement* des réunions⁹⁶. L'institution, en tant que tissu d'échanges et de communications conscientes et inconscientes qui se cache derrière l'apparente pluridisciplinarité de la

⁹⁶ Que ce soit sous la forme de la « synchronisation des temps médicaux et non-médicaux » (ANAP, janvier 2016), des « espaces de discussions » (Detchessahar, 2013), ou des « temps collectifs » (Martin Hirsch, interview sur France Inter du 24/04/2018), le thème de la réunion des professionnels est revenu en force dans le monde de la santé ces dernières années.

pratique, est la structure à travailler ; son principal outil, garant de l'existence de canaux communicationnels, en est la réunion :

« Il est habitude consacrée maintenant de différencier les soins infirmiers, l'ergothérapie, la psychothérapie, les psychothérapies, le rôle des médicaments ou bien encore d'affecter des lieux privilégiés à telle ou telle technique thérapeutique. Tout ceci est souvent un artefact descriptif, la réalité de l'institution se trouve ailleurs ou au-delà de ces entités. L'institution [...] met au premier plan : les communications qu'on tente de réaliser dans la structure fonctionnelle d'un système de réunions. De l'efficacité du système de réunions dépendra le dynamisme de l'institution, la facilité de transmettre les informations ou de réduire les rumeurs. Réunions de techniciens (médecins, ergothérapeutes, infirmiers), réunions de pavillon, réunions d'équipe, réunions de malades, toutes sont abondamment décrites » (Chaigneau et al., 1971, p. 161)

De la même façon que les échanges économiques sont un prétexte aux relations, les échanges d'informations sont vecteurs d'affects et de fantasmes (Rothberg, p. 18) et doivent être situés dans « l'histoire des groupes et de toutes les interrelations entre les gens placés d'une façon statutaire » (J. Oury, 2015, p. 45). Le soin porté à la communication institutionnelle apparaît bien plutôt comme un soin porté à la confrontation de ces fantasmes et affects :

« [...] sous l'aspect d'information ou d'organisation d'une réunion, se manifestait un autre courant d'échanges : les échanges affectifs. Ces échanges affectifs sont le véritable lieu de travail en psychiatrie ; ils sont le lieu de traitement de la maladie. Dans les modes relationnels des participants, de tous les participants de la collectivité psychiatrique, s'inscrivent les symptômes de la maladie mentale. Reconnaître ces modes relationnels, les interpréter, mais surtout permettre leur

mobilisation constitue la fonction thérapeutique d'une institution psychiatrique ». (Rothberg, 1968, p. 37)

Il ne s'agit cependant pas, pensons-nous, de considérer la réunion d'équipe où sont discutés les cas comme un endroit où s'interprètent directement les mouvements transférentiels (et ce d'autant que des recherches en sciences sociales signalent que la collusion des deux pourrait avoir un effet négatif sur les décisions cliniques (Abrams & Sweeney, 1982)), mais comme un opérateur offrant la possibilité de « relations indirectes » qui aideront chacun à faire de ses affects de la petite monnaie transférentielle. Pour autant, il faut se garder d'idéaliser ce dispositif tant il peut lui aussi être empêché dans sa fonction constructrice du sentiment équipe si les canaux communicationnels sont bouchés ou empêchés par une hiérarchie statutaire trop rigide :

« Le plus souvent, dans la vie des collectifs, n'importe quel élément culturel qui surgit joue un rôle relativement secondaire étant donné l'absence des canaux de communication multidirectionnelle qu'on ne trouve pas dans les agencements spontanés ou hiérarchisés de la plupart des rassemblements. » (Tosquelles, 2003b, p. 20)

« Réunir une femme de ménage, un médecin-chef, un directeur, un jardinier, un autre malade et le cuisinier, par exemple, c'est-à-dire les gens qui comptent pour tel ou tel « malade », [...] c'est souvent impossible. C'est impossible étant donné qu'un infirmier parlera – faut voir comment – ou ne parlera pas devant tel ou tel médecin-chef, ou devant tel ou tel psychologue. Et une femme de ménage, on va se demander qu'est-ce qu'elle fait là ! » (J. Oury, 1986b, p. 219)

C. Derrière toute réunion, la fonction de décision partagée

Les « canaux de communication » dont parle Tosquelles sont multiples dans une institution : réunion d'information, réunion de décision, réunion de psychothérapie... tous ces

termes, repris par Oury dans son article sur le « concept » de réunion en 1966, recouvrent des réalités et des raisons d'être différentes, impliquant à chaque fois l'un des sous-ensembles du Collectif. Oury explique que derrière l'effort taxinomique, dont il souligne l'utilité, le problème de la réunion soulève et suppose en réalité celui de la décision (J. Oury, 2001, p. 156), qu'il qualifiera, après d'autres (Poncin, 1962), de « fonction de décision » ou de fonction décisive (« qui permet de choisir pas à n'importe quel moment, mais au moment opportun » (J. Oury, 2002)), et qui est directement en rapport avec la thérapeutique proposée aux malades (J. Oury, 1986b, p. 159).

Jacques Chazaud complètera le décalage de la question des réunions à celle de la fonction de décision en soulignant que ce qui permet à une réunion d'opérer lorsqu'elle parvient à un assentiment collectif, c'est l'acceptation d'une hiérarchie « fonctionnelle » par le « leader d'équipe » (1978, p. 90) : celui-ci devient alors garant – et plus simple incarnation surmoïque - d'une fonction de décision collectivisée. Oury abondera dans ce sens dans son séminaire sur le Collectif, en soulignant que « quand on dit : c'est le médecin qui décide, on sait bien souvent que s'il n'y a pas le contexte, il peut décider tout ce qu'il voudra, ça ne change pas grand-chose » (J. Oury, 1986b, p. 44). Cela l'amènera à proposer de distinguer décision et responsabilité, dont seule la seconde est une prérogative exclusive du médecin-chef du fait de son statut.

L'anecdote relatée par Jean Ayme dans son « Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle », même si elle décrit un fonctionnement décisionnel transformé par le truchement du Club, dit quelque chose de fondamental sur la façon dont les médecins ont conceptualisé et vécu différemment, au fil de leur pratique, le processus de décision :

« J'illustrerai cette logique institutionnelle par une anecdote qui se situe au tout début de ma carrière de médecin-chef. C'était il y a quarante ans. Je venais de mettre en place, en m'inspirant des réalisations de François Tosquelles à l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban, un club de malades sur qui reposait l'organisation du travail et des loisirs du service, avec des délégués de pavillons élus et des commissions délibérantes sur les ateliers, les activités culturelles et distractives, y compris sous leur aspect économique. Un matin, en passant dans un pavillon, un

malade me demande s'il peut créer une activité dont l'idée vient de lui venir. Habitué à me comporter comme un commandant de navire "seul maître après Dieu", je lui réponds positivement. Le Surveillant-chef qui se trouvait à mes côtés me fait alors observer que je ne respecte pas les institutions dont vient de se doter le service car ce projet relève de la "Commission de travail". Je fis amende honorable et ne renouvelais plus jamais la même erreur. Je découvrais que je venais de créer un machine à traiter la demande et que le paysage sociologique du service avait totalement changé avec une redistribution des rôles, des statuts et des fonctions. » (2009, p. 113)

Le pas de côté opéré par la psychothérapie institutionnelle, qu'Oury décrira dans son séminaire sur le sujet (2015), consiste donc à faire passer la décision non du côté de la possession et de l'appartenance en rapport avec un statut, mais du côté d'une fonction qui circule lors d'espace-temps dédiés :

« Il y a aussi une logique de la bifurcation sur le plan collectif, par exemple : décider de créer un atelier, changer la configuration d'un service, changer les habitudes, aller à contre-courant. Si on respecte une logique qu'il faudrait définir, ce sont là des décisions collectives, en laissant à ce terme collectif l'acception que j'essayais de donner, l'année dernière, dans une dimension diacritique. Je dis ça pour contrecarrer ce qui existe habituellement dans les collectivités : la décision s'incarne. Elle s'incarne soit dans le directeur administratif, le médecin-chef, ou le surveillant [...] » (J. Oury, 2015, p. 63)

D. Un outil propre à la P.I. : la « constellation »

D'une découverte issue de la clinique à un instrument de traitement propre à améliorer l'ambiance et réduire le clivage, la réunion a donc amené de nombreux psychiatres

à penser la décision comme une fonction – fonction qui, retournant aux origines de la découverte, doit alors être collectivisée et pour ce faire, utiliser l’outil spécifique de la réunion. La psychothérapie institutionnelle a cependant apporté un élément supplémentaire à la taxinomie des réunions mais aussi à leur pratique concrète, en proposant ce que beaucoup d’auteurs ont repris après Tosquelles et Oury comme les « constellations ». Delion situe explicitement la constellation comme un opérateur prompt à favoriser la responsabilisation de chacun, à travers la valorisation de la parole :

« La responsabilisation des membres d’une équipe soignante ne va pas sans mise en place d’opérateurs qui visent à autonomiser la pensée de chacun d’entre eux dans une conception polyphonique d’ensemble articulé. Alors seulement, les potentialités créatives, voire créatrices de chaque personne du « collectif » (Oury) pourront émerger de l’indifférenciation grise. Et dans cette perspective, la pluridisciplinarité prend une place importante : « La pluralité n’est pas un obstacle à la constitution des ensembles, c’est un a priori qui génère les ensembles. » Et c’est dans et sur ces ensembles que la notion de constellation transférentielle prend toute sa mesure pour rétablir, j’oserais même dire ré-instituer, la continuité du phénomène du « transfert dissocié » (Oury) » (Delion in Tosquelles, 2003b, p. 9)

La constellation prend racine dans la clinique quotidienne : elle se justifie, là encore, par la qualité particulière du transfert des psychotiques. Elle est constituée de « personnes qui comptent » (J. Oury, 1998b, p. 80, 2008a, p. 41) et destinée à créer du lien social autour d’un événement ponctuel ou d’une situation critique - Oury l’a souvent précisé, en situant le besoin de réunir des constellations autour d’événements pour les patients, comme une dégradation de leur état. Oury avait toutefois bien conscience que le mystère qui entoure cet outil et la description des constellations pouvaient parfois laisser ses interlocuteurs ou ses lecteurs perplexes :

« On s'est aperçu à La Borde, de façon banale, qu'il suffisait parfois de se réunir à quelques-uns, ceux qui connaissent un peu un malade à la dérive – un schizophrène, entre autres -, et de parler, comme ça, pour que le lendemain il y ait un changement, une sorte d'ouverture, chez le malade dont on avait parlé. Ce n'est pas de la magie » (J. Oury & Depussé, 2003, p. 169)

C'est en effet à un niveau très microscopique que la réunion d'une constellation infléchit le traitement du sujet, tant du point de vue phénoménologique que de celui de la psychopathologie de la vie quotidienne par des modifications du contre-transfert de chacun (Delion, 2005) et conséquemment de sa qualité d'être-avec l'autre :

« On dit maintenant : « On fait une constellation », mais on ne « fait » pas une constellation. Quand il y a quelqu'un qui est vraiment pas bien du tout, qu'on ne sait pas quoi faire, on réunit des gens qui ne se connaissent pas forcément entre eux mais qui « comptent » pour le malade, et on fait parler la constellation pendant une heure, deux heures. Qu'est-ce que vous pensez ? Comment vous vous entendez ? L'enquête doit être subtilement faite pour reconnaître ce qui compte pour ce type. Ça peut être un infirmier, un médecin, le copain de chambre, la femme de ménage. On réunit tout ça, ce n'est pas de la magie. J'en parlais souvent à Tosquelles. Il disait : « Tu remues le contre-transfert institutionnel ! » C'est vrai qu'on remue quelque chose de l'ordre du transfert, sans le savoir. Ce qui compte, ce n'est pas forcément ce qu'on dit, c'est ce qui est entre les mots, entre les grandes phrases, l'entre-dit, ou l'interdit. Ce sont des petites choses, des petites nuances, la façon de remuer les yeux peut-être. Quand on voit le type le lendemain, et qu'on a parlé la veille, on ne va peut-être pas remuer les yeux pareil. Il y a un petit signe, au niveau sémiotique. » (J. Oury, 1998b, p. 80)

Il nous semble que les constellations proposées par la psychothérapie institutionnelle ne sont rien de moins que l'ancêtre de la maxime « mettre l'utilisateur au centre du dispositif de

soins » : elles ont pour raison d'être non le fonctionnement institutionnel mais l'état spécifique d'un patient ; institutionnalisées comme un outil de soins possible, elles n'en sont pas pour autant rigides ou statiques, puisqu'elles n'ont vocation à avoir lieu que sollicitées par un événement ou par une difficulté clinique.

Les réunions, et particulièrement les constellations, sont donc un opérateur de désaliénation des pratiques : couplées aux deux premiers opérateurs, à savoir la distinction statut/rôle/fonction et le coefficient thérapeutique de la vie quotidienne, elles ouvrent pour tous les participants un potentiel droit égal à la parole et un devoir d'écoute de ceux qui « comptent » pour les patients, afin de rendre compte de la façon singulière qu'ont ces derniers d'investir le monde et les autres. La tenue de ces rassemblements de natures variées implique cependant, nous l'avons dit au départ, des occasions de rencontres multiples dans des lieux hétérogènes : ainsi fait-elle appel à notre cinquième opérateur, la liberté de circulation.

Opérateur 5 : Libre-circulation

« Je ne vois pas pourquoi on se fatiguerait de passer d'un endroit à un autre si celui-ci est le même que le premier. [...] Notre travail d'institutionnalisation exige – il n'est pas vain de le répéter – l'hétérogénéité. Il faut lutter constamment pour maintenir une distinctivité : des lieux, des fonctions, des personnes ; qu'on ne soit pas tous pareils, qu'on n'ait pas tous la même idéologie, la même allure, le même contact. » (Oury in Delion, 1994, p. 300)

Dans un texte écrit pour l'ouvrage collectif dirigé par Patrick Martin, Oury formulait un problème qu'on ne retrouve pas comme tel dans le reste de son œuvre : « écrire la formule d'un espace d'accueil, cerner l'opérateur de l'espace » (Oury in Martin, 1995, p. 67). Rendre l'espace opérationnel nous apparaît pourtant comme un projet proche de ce que nous évoquions au sujet du rapport de la psychothérapie institutionnelle à la concrétude de la pratique : l'espace est un concept et lui faut un opérateur, un « concept opératoire », pour le faire fonctionner dans le dialogue entre la praxis et sa théorisation permanente. Compte tenu de la récurrence de la formulation dans les œuvres appartenant au corpus de la psychothérapie institutionnelle, nous postulons que l'opérateur de l'espace en institution est précisément la liberté de circulation.

A. Une thématique ancienne dans le corpus de la P.I.

Comme l'ensemble des opérateurs que nous avons dégagés jusqu'ici, celle-ci vient répondre à un problème clinique, repéré par François Tosquelles et d'autres en 1952 :

« en psychanalyse c'est le médecin qui est l'objet des investissements successifs et phantasmatiques familiaux, dans la thérapeutique de groupe et l'ergothérapie

c'est le milieu concret de vie qui est l'objet de ces investissements » (Tosquelles, 1952, p. 573)

Oury décrira peu après le « milieu concret de vie » Labordien dans ses aspects instrumentaux et pratiques :

« Clinique psychiatrique fondée dans un château, à la limite de la Sologne. On ne voit pas les limites de la propriété. Région de forêts, de prairies, de landes. Le malade est libre. Liberté de circulation, il peut aller partout : dehors, dans les chambres, dans tous les services. Il n'y a pas d'abus : on va à la lingerie, pour des affaires de lingerie, à la cuisine, à l'office, de même ; au bureau médical, au bureau administratif, de même. Il n'y a aucun recoin secret. Le Comité d'accueil est itinérant. On se balade partout : salle à manger, club, chambres, cuisine, etc. Les contacts avec le malade se font suivant l'endroit le plus propice ; bureau, cuisine, bar, dehors, etc. Il est important d'établir un espace humain où le malade puisse se situer naturellement suivant ses attirances. Ce n'est plus la formule de « la chambre » ou celle de « la chambre, du salon, et de la cour ». C'est une formule complexe, qui comporte des possibilités multiples. Les malades ont le droit d'utiliser presque tous les instruments qui se trouvent dans la maison : cuisinière, aspirateur, machine à coudre, machine à écrire, téléphone, ateliers, etc. Liberté de l'espace, liberté vis-à-vis des objets » (Oury, 1956/2001, p. 30)

Il est donc intéressant de remarquer que les textes mentionnant la liberté de circulation et portant sur les problèmes de l'espace apparaissent très tôt dans le mouvement de la psychothérapie institutionnelle, dès les années 50, autrement dit au moment où, officiellement née depuis peu sous ce syntagme proposé par Daumézou et Koechlin, elle n'a pas encore souffert des scissions du groupe de Sèvres ni n'a encore fait l'objet d'une forte intrication avec les apports de Lacan. La liberté de circulation est là comprise comme une politique institutionnelle à même de subvertir l'organisation traditionnelle de l'hôpital dans

sa forme asilaire, puisque comme le formulera plus tard Alain Buzaré en parlant de cette époque : « la vocation de l'asile, avec ses cloisonnements multiples architecturaux, hiérarchiques, [rendait] impossible toute liberté de circulation ou d'échanges authentiques. » (Buzaré, 2002, p. 160).

L'aliénation qui entoure la circulation des malades à l'hôpital est double. Ginette Michaud souligne ainsi, en 1965, que la façon dont la folie est encadrée n'a que partiellement à voir avec la dangerosité qu'on lui suppose. De façon plus prosaïque, on restreint la liberté d'aller et venir des fous parce ceux-ci provoquent chez l'autre une gêne :

« La nécessité de limiter à certains malades leur possibilité de circulation dépend en fait de multiples facteurs dont le texte de la loi de 1838 : « dangereux pour lui-même et pour les autres » n'est qu'une faible approche. Il faudrait y ajouter : inconvénients divers, pour les autres surtout, dépendant essentiellement de leur degré de tolérance à l'égard de comportements venant de malades mentaux (je ne dis pas forcément de comportements anormaux). » (Michaud, 1966, p. 42)

Mais ces « inconvénients divers », plus ou moins bien tolérés par tout un chacun, ont une répercussion sur les sous-ensembles du Collectif et les espaces dans lesquels ils s'installent et s'incarnent. Les aliénations psychopathologique et sociale se rencontrent alors, comme nous l'avons écrit au sujet de notre premier opérateur, dans la dimension de la petite propriété et du territoire délimité, à travers la figure des « petits royaumes » :

« Il est [...] une règle générale dans la psychothérapie institutionnelle qui est de lutter constamment contre ce que nous avons appelé les « petits royaumes » : lieux d'isolation où se fomentent en vase clos des systèmes pathogènes, source d'hystérie collective. Des moyens sont mis en place pour dialectiser ces zones repliées sur elles-mêmes et coupées du reste de l'établissement. Cette lutte permanente contre ces sortes de gélifications locales entraîne souvent des tensions, des conflits plus ou moins bien supportés par les intéressés ; chacun, en

effet, réagit suivant son équation personnelle, suivant sa mobilité interne, sa capacité de se décoller ou non des rôles qu'il assume. » (Oury 1967/2001, p. 173)

Travailler à ouvrir les lieux d'isolation procède alors d'un double mouvement : « orienter l'espace » (Tosquelles, 2006, p. 55), c'est-à-dire toucher aux aspects établissementaux – bâtiments, architecture, ergonomie - et « programmer le hasard » des relations et des rencontres (J. Oury, 2000). Ce double mouvement correspond schématiquement aux deux approches complémentaires de la liberté de circulation qui ont eu cours dans l'histoire de la psychothérapie institutionnelle : l'une plus affilée à la linguistique et au structuralisme, dérivant de la thèse de Claude Poncin, l'autre plus phénoménologique et corrélée aux aspects pathiques de la rencontre. Nous étudierons ces deux versants l'un après l'autre.

B. De l'espace traité comme un langage

Tout le travail du psychiatre Claude Poncin s'appuie sur une analogie entre espace et langage :

« il nous semble que nous avons montré que l'évolution du mouvement de thérapie institutionnelle aboutit à concevoir celle-ci comme régie par la distinction entre une trame signifiante d'ordre situationnel et une trame signifiée qui constitue la dynamique des investissements et transferts sur le réel hospitalier, sur les organisations, sur les structures. [...] » (Poncin, 1962, p. 35)

Dans sa thèse de médecine et dans l'article qu'il en tirera pour la *Revue de psychothérapie institutionnelle*, il considère le transfert comme le « principe d'organisation » d'un espace institutionnel (Poncin, 1965, p. 110) découpé en « situèmes », c'est-à-dire en

signifiants situationnels⁹⁷. La structure des divers lieux institutionnels et des personnes qui y sont rattachées doit selon lui permettre l'émergence des transferts et leur donner des possibilités d'accrochage, afin que la liberté de circulation - c'est-à-dire un certain usage par le patient de l'espace et du réseau d'institutions qui y sont implantées – matérialise le transfert et le rende agissant :

« Revenons au malade, et admettons que les techniques d'accueil aient permis d'éviter ou de dépasser l'écueil de la résistance au transfert. L'institution lui offre alors différents supports à ses transferts. Ces supports sont constitués par des entités institutionnelles et surtout les personnages qui les représentent : tels le médecin du service, la surveillante du pavillon, l'infirmier du club ou de l'Insuline, la malade du bar, le cuisinier, le responsable d'un atelier, etc. » (Racine, 1965, p. 152)

Si certains praticiens, dont Tosquelles lui-même, ont fait preuve de prudence vis-à-vis de la radicalité de cette analogie, l'idée que « l'expression concrète de l'institution » puisse se trouver dans des liens de détermination réciproque avec la structure des échanges relationnels nous paraît en cohérence avec ce qu'Oury ne cessera de développer par la suite (il citera d'ailleurs à de multiples reprises, tout comme Tosquelles, la thèse de Poncin) au sujet de la distinctivité des lieux et des personnes. La première étape pour que la marche, ou la liberté de circulation, soit un outil thérapeutique, est donc de « redécouper l'espace » institutionnel, c'est-à-dire de créer une cartographie autre que celle du quadrillage administratif : un découpage signifiant. Sur le calque de l'établissement psychiatrique peut alors être tracée une certaine carte, celle de l'institution⁹⁸. Le but de ce nouveau découpage, qui ne remplace pas l'organisation de l'établissement mais vient s'y superposer, est de créer

⁹⁷ Il donne dans sa thèse l'exemple de l'expression « le médecin du pavillon », qui relie spatialement et symboliquement la personne pouvant potentiellement déclencher un transfert à un lieu.

⁹⁸ Nous faisons référence aux termes de calque et de carte tels que définis dans chez Deleuze et Guattari dans le deuxième tome de *Capitalisme et Schizophrénie* (Deleuze & Guattari, 1980).

un maillage institutionnel organisé comme un langage, « de telle sorte que dans leur articulation en structure l'inconscient soit représenté » (Poncin, 1965, p. 110). Cette lecture linguistique et lacanienne de l'espace marquera fortement l'œuvre d'Oury dès les années 60. L'une des versions les plus développées de l'articulation entre lieux et langage se trouve dans son ouvrage *Il, donc* :

« Ce qui semble important c'est de mettre en place des systèmes qui peuvent grouper plusieurs lieux et qui soient des signifiants : tel lieu c'est S1 qui domine, quand on se balade 10m plus loin c'est S2, et il y a S3 et S4. [...] Première étape, il faut commencer par redécouper l'espace en systèmes signifiants [...] Chez un psychotique, le sujet à la dérive, qui a déraillé dans le symbolique, qui est dissocié, qui a des bouts d'investissements par-ci par-là, qui a des transferts multi-référentiels, ça serait bien de tenir coûte que coûte des lieux comme ça » (J. Oury, 1998a, p. 118)

Appropriation de l'espace et du corps propre, ancrage dans une certaine concrétude de la vie quotidienne et création de lien social : autant de processus qui, dans un travail quotidien avec des patients psychotiques, sont perpétuellement à relancer pour contrer les effets de la dissociation. Ce lien entre espace et langage apparaît dans d'autres disciplines ; Michel de Certeau, sans s'intéresser spécifiquement à la psychiatrie, théorisait pourtant ainsi en 1980 ce qu'il nommait des « énonciations piétonnières » :

« L'acte de marcher est au système urbain ce que l'énonciation (le *speech act*) est à la langue ou aux énoncés proférés. Au niveau le plus élémentaire, il a en effet une triple fonction « énonciative » : c'est un procès d'*appropriation* du système topographique par le piéton (de même que le locuteur s'approprie et assume la langue) ; c'est une *réalisation* spatiale du lieu (de même que l'acte de parole est une réalisation sonore de la langue) ; enfin il implique des *relations* entre des positions différenciées [...] (de même que l'énonciation verbale est « allocution »,

« implante l'autre en face » du locuteur et met en jeu des contrats entre colocuteurs) » et plus loin : « Il y aurait homologie entre les figures verbales et les figures cheminatoires [...] en tant que les unes et les autres consistent en « traitements » ou opérations qui portent sur des unités isolables » (de Certeau, 2010, p. 148).

La libre-circulation est donc codifiée (J. Oury, 2001, p. 243) : d'une part parce qu'elle est, en acte, porteuse de sens et donc à décoder, d'autre part parce qu'elle est le résultat d'une codification volontaire, autrement dit d'une stratégie institutionnelle passant par la distinctivité des lieux et l'hétérogénéité des personnes présentes (Oury, 1994, p. 300). Oury propose en 1983 dans *L'Information Psychiatrique* une formule connectant la liberté de circulation, la rencontre et le potentiel changement :

(Il y a) (quelque chose) (qui se passe) (là).

Cette formule nous paraît bien décrire le fonctionnement des « pièges à intéresser » dont parle Danielle Roulot dans *Paysages de l'impossible* (Roulot, 2006, p. 17). Il s'agit, au fond, d'un lieu et d'une certaine « couleur » d'ambiance (J. Oury, 1986b, p. 132) qui appellent le transfert : ce qu'Oury nommera des espaces du dire, au sens d'espaces dont les coordonnées permettent l'émergence du désir en lui proposant un ancrage et un lieu d'expression. Ce que nous apprend l'analogie entre espace et langage, c'est que la liberté de circulation - lorsqu'elle a lieu et si le dispositif s'y prête - et la possibilité d'être de passage (J. Oury, 1986b, p. 16) permettent d'ouvrir, par le truchement des rapports complémentaires, des « espaces du dire » :

« Je parlerai de Claude, un patient très schizophrène [...] Il ne participe à aucun atelier. Mais ça compte pour lui. Un jour, on me dit : « Voilà, Claude est allé à la poterie ». Formidable ! Claude est allé à la poterie. Puis on me dit : « Il est allé à la

poterie pendant quelques minutes, c'était pour caresser le chat qui se réchauffait sur le radiateur ». Mais ça se passait à la poterie : s'il n'y avait pas eu la poterie ouverte, le chat ne serait pas venu sur le radiateur, etc. [...] C'est dans cet esprit-là qu'il est important qu'il y ait un nombre très important d'ateliers, qui sont des occasions de rencontres. » (J. Oury, Bernier, Chedri, & Luca-Bernier, 2007, p. 144)

Ainsi Oury parlera-t-il de greffes d'espace afin que les sujets puissent se poser quelque part et par là même, dans l'arrêt de l'errance, habiter leur propre corps (J. Oury, 1998b, p. 93). C'est le sens, nous semble-t-il, de la description plus récente proposée par Pierre Delion du système autour duquel la liberté de circulation s'organise :

« 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. » (Delion, 2001, pp. 65–66)

Oury parlera, lui, de la nécessité de définir ce qu'il appelle des « praticables » - autrement dit des lieux ou des institutions fonctionnant comme scènes fantasmatiques sur lesquelles la réalité psychique de tout un chacun peut se brancher. « Liberté de rencontre mais en même temps délimitation », dira-t-il dans une conversation au sujet du théâtre⁹⁹ : la liberté de circulation n'est pas anarchie du mouvement mais toujours programmation du hasard de la rencontre dans un espace organisé par des « signifiants situationnels » (Poncin, 1962).

⁹⁹ Conversation avec Alexis Forestier datée de 2009 et disponible à l'adresse suivante : lesendimanches.fr/wp-content/uploads/2018/03/J.Oury-A.Forestier-Fev-2018.pdf. Consulté le 26/04/2018.

C. Possibilités de rencontres et organisation de l'hétérogénéité des espaces

En appuyant moins sur la fonction énonciative de la circulation que sur sa valeur de création de lien social par la multiplication des possibilités de rencontre, la P.I. permet une autre lecture, plus phénoménologique cette fois, de l'organisation de l'espace. La liberté de circulation est alors plus fondamentalement une liberté de faire des rencontres, « de petites rencontres qui n'ont l'air de rien mais qui vont produire des événements » (J. Oury & Depussé, 2003, p. 69) qu'une façon pour le psychotique de reconstruire une chaîne signifiante. Ce qui se passe est en lien avec l'être-avec développé dans notre troisième opérateur :

« On voit bien que c'est en travaillant justement ces distinctivités qu'on peut changer quelque chose des itinéraires ou des chemins. Mais il ne s'agit pas de dire à quelqu'un : "Allez, circule !" Ça doit venir tout seul. Pas tout seul comme ça, il faut qu'il y ait du monde, autrement dit il faut qu'il y ait les autres. Cela nécessite donc une structure collective où l'on puisse cultiver "l'avec", en se méfiant bien de ce mot. » (J. Oury, 2000, p. 4)

Autrement dit, la liberté de circulation n'a de sens que si l'institution ouvre un certain nombre d'espaces différenciés où le malade a le droit de se rendre puisque, pour reprendre les mots de François Tosquelles, « c'est déjà être sur la voie de la psychothérapie institutionnelle, lorsqu'on facilite, dans un établissement de soins, *de divers lieux* qui peuvent devenir de véritables champs de la parole suscités par l'institutionnalisation des activités diverses » (1969, p. 379).

On sent là l'influence de la linguistique structurale et de l'analogie entre espace et langage dont nous avons parlé plus haut : ouvrir des lieux, c'est ouvrir des champs de parole possible. La programmation du hasard des rencontres est donc fondamentalement

dépendante de l'organisation des lieux. Il s'agit bien sûr d'architecture¹⁰⁰, mais plus globalement du double mouvement que nous avons souligné plus haut qui visait à orienter l'espace, c'est-à-dire à le disposer d'une façon *favorable*¹⁰¹ à la programmation du hasard. Se décaler de la logique des lieux concrets et de l'architecture permet de souligner, comme le fait Delion, que la liberté physique est en lien avec la liberté psychique (Delion, 2001, p. 48), celle de s'autoriser et d'être autorisé :

« On sait bien qu'il y a des hôpitaux très bien, très propres, avec des belles pelouses, mais où la circulation vivante n'existe pas : il y a des bibliothèques mais on n'a pas le droit d'y aller, par exemple. Il faut donc *créer des endroits où l'on puisse aller*. C'est cela, le sens de l'axiome de la « liberté de circulation ». Mais qu'est-ce que ça veut dire ? Il y a des structures de base : cuisine, bureaux administratifs, pharmacie, bibliothèque, salle de spectacle etc. Si l'on dit « liberté de circuler », on voit se lever des boucliers, des résistances. [...] « Liberté de circuler » cela veut dire que les malades peuvent aller à la cuisine, s'occuper de la cuisine, parler au chef cuisinier. » (J. Oury, 2016, pp. 18–19)

Le caractère *vivant* de la circulation est à préserver, car l'errance des patients dans les services dont les portes sont fermées, si elle correspond effectivement à des déplacements dans l'espace, ressemble parfois plutôt à des stéréotypies spatiales, à une chronicisation du mouvement au milieu des « petits royaumes » : elle témoigne bien, en somme, de la façon dont le mouvement lui-même peut être aliéné. L'hétérogénéité des lieux et des personnes tente à l'inverse de se prêter, au maximum, au hasard des transferts éclatés des patients afin

¹⁰⁰ La question du projet architectural en psychiatrie est si cruciale qu'elle dispose même de son propre article dans *l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale* (Laudat, Pascal., Courteix & Thoret, 2008).

¹⁰¹ Nous nous référons ici à la définition du Trésor de la Langue Française : « c) Qqn oriente qqc. vers/dans la direction de qqn/qqc. Disposer, tourner dans telle ou telle direction favorable. [...] MAR. Orienter les vergues, les voiles. Les disposer en fonction du vent, du côté d'où vient le vent. ». Disponible à l'adresse suivante : <http://stella.atilf.fr/Dendien/scripts/tlfiv5/affart.exe?19;s=1420543545;b=0>. Consulté le 23 août 2018.

que l'institution et ses sous-ensembles deviennent eux-mêmes des « médiums malléables »¹⁰². Ce n'est qu'à cette condition que de véritables rencontres peuvent avoir lieu, grâce aux pièges à intéresser. Pour filer la métaphore utilisée par Oury et Delion, si l'ambiance a une couleur, il s'agira pour l'institution de varier les possibilités de la palette afin de « favoriser [...] les processus de transfert » (Delion, 2001, p. 65). Le patient, par sa circulation, sera amené à constituer sa propre constellation ; le transfert sera alors le levier principal de l'effet de changement structural provoqué par les rencontres authentiques (J. Oury, 1986b, p. 19).

La liberté de circulation convoque donc une dimension sociale, car les contacts avec les autres dessinent un diagramme des nombreux rapports complémentaires impliqués (Drieu & Crété, 2015). Ce n'est finalement qu'à la condition de la libre-circulation que la transversalité peut opérer dans l'institution et que le dispositif de soins peut véritablement s'adapter aux spécificités cliniques du transfert des personnes souffrant de psychose, liant ainsi de façon très étroite le transfert avec le fonctionnement de l'établissement, voire avec le fonctionnement d'un secteur de psychiatrie et de l'ensemble de ses structures. Si ce qui compte dans le processus, c'est le maintien du lien (Ledoux, 2007, p. 94), c'est plus encore un tissu institutionnel contenant qui se matérialise alors pour chaque patient en fonction des parties de son transfert qu'il dépose dans les sous-ensembles institutionnels. On voit ici tout à fait comment cette logique correspond également au dispositif de secteur, entre CMP, hôpitaux de jour, unités d'hospitalisations, appartements relais, centres d'accueil et de crise, secteur médico-social et services de la ville. La liberté de circulation est ainsi la première condition pour que le patient puisse lui-même créer son réseau de soins, tant à l'intérieur de l'établissement qu'à l'extérieur.

A plusieurs reprises Oury ajoutera toutefois aux libres allées et venues une libre-circulation psychique (J. Oury, 2000) grâce à des « espaces de tranquillité, pour qu'il puisse y avoir une sorte de manifestation, pas forcément au niveau d'un discours parlé, mais de quelque chose du dire, donc de l'ordre du désir, donc de l'ordre du sujet. » (J. Oury, 1998b, p. 95), interrogeant alors la capacité de l'espace et des autres à garantir une tranquillité du sujet

¹⁰² Nous utilisons ici l'expression de Marion Milner (1979).

qui lui permette de faire émerger quelque chose de son désir. Nous nous trouvons ici à la charnière avec notre sixième opérateur : la fonction d'accueil.

Opérateur 6 : La fonction d'accueil.

« On est quelquefois gêné quand on reçoit quelqu'un ; surtout si ce quelqu'un est lui-même gêné. Un malade arrive : quelquefois il ne sait même pas qu'il est malade. Bien sûr, le médecin le voit. Il réussit souvent à le persuader qu'il est malade, qu'il faut qu'il reste ici, pour se soigner. Mais c'est après que tout va commencer. » (J. Oury, 2001, p. 32)

Au sens de la psychothérapie institutionnelle, l'accueil en institution est toujours le résultat d'une rencontre, d'un processus circulaire :

« Aucune entreprise institutionnelle n'existe sans les conditions d'un certain *accueil*. Chaque nouveau patient doit être présenté à l'institution, et l'institution au malade. » (Chazaud, 1978, p. 81)

Si on entend l'institution comme l'écosystème constitué par les sous-ensembles du Collectif, l'accueil est alors organisé sous forme d'une « ubiquité du souci des autres » (Molinier, 2016) qui souligne son caractère de réciprocité entre « soignants » et « soignés ». Accueillir, c'est se situer dans le paysage de l'autre, ce qui ne peut se faire sans son assentiment : l'accueil est donc toujours une boucle, un processus d'ajustement réciproque indépendant des relations statutaires entre l'accueilli et celui qui accueille. Les présentations - pour reprendre le terme de Chazaud (1978) - entre les différentes parties prenantes se font toujours à deux niveaux d'interactions différents : celui de l'établissement, par l'étape symbolique de l'admission, et celui de l'institution, grâce aux échanges relationnels qui sous-tendent le processus d'accueil. Comme le soulignaient Philippe et Edmée Koechlin, « le premier contact avec le malade est important : rater l'accueil peut faire rater le traitement » (1974, p. 84). C'est donc spécifiquement la question de l'accueil, en tant qu'elle contribue à

déterminer la réussite ou l'échec de la thérapeutique en faisant intervenir la dynamique transférentielle, que la psychothérapie institutionnelle va mettre au travail.

A. Se distinguer de l'admission

La corpus de la psychothérapie institutionnelle différencie en effet dès la deuxième moitié des années 50 l'accueil de l'admission (parfois nommée « entrée »). On en trouve une trace chez Oury en 1955, dans un texte republié dans *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle* :

« L'accueil, acte primordial qui engage les relations, doit être étudié et particulièrement structuré dans une perspective désaliénante. L'impulsion est donnée par le médecin ; personnage qui donne le secret de l'entrée. Impulsion suivie d'un processus de rebondissement dont la variété et la souplesse mesurent la technicité thérapeutique du personnel. Le dévoilement de chaque personnage se faisant de manière équilibrée. L'accueil se prolonge ainsi pendant tout le séjour, avec des rechutes, des fuites possibles et des réengagements. » (Oury, 1955/2001, p. 28)

Admission et accueil, puisqu'ils correspondent à deux aspects de la rencontre entre le patient et sa structure de soins, sont donc distincts pour la P.I. du point de vue de la temporalité et de la structure des échanges auxquels ils touchent. L'admission est toujours présentée comme la partie ponctuelle, administrative, d'un processus plus profond et plus long. Conçu comme un « acte momentané », elle est un « premier signe de reconnaissance parfois décisif » pour le malade (J. Oury, 2008b, p. 165), mais surtout un signifiant qui permet aux administrateurs de se représenter l'entrée du malade dans l'établissement sans pour autant arriver à représenter ce qu'il en est de son entrée *dans les soins* : « la fonction d'accueil, c'est très difficile à faire admettre d'autant plus chez les zigomars de la Haute autorité qui confondent ça avec l'admission » (J. Oury, 2013, p. 19). L'admission est ainsi la figure métonymique, dans le langage administratif, de ce que la P.I. appelle l'accueil. Cette deuxième

entrée repose sur un certain nombre de facteurs qui « s'organisent dans des relations de transfert, de désir, de respect, dessinant des « ouverts », des lieux non enclos, là où peut se passer quelque chose d'inédit » (J. Oury, 2008b, p. 165).

Il est intéressant cependant de constater que malgré son importance dès le début du mouvement, l'argument principal de la distinction conceptuelle entre accueil et entrée/admission, qui tenait à l'inhumanité des conditions dans lesquelles les malades étaient reçus, n'a été explicité comme tel qu'un peu plus tard. Nous suivrons Ginette Michaud lorsqu'elle dit que cet aspect du traitement réservé aux malades mentaux était peut-être trop proche et bien connu des auteurs pour que ceux-ci entrevoyent l'importance de faire explicitement le lien entre les deux dans leurs élaborations :

« je partirai de ce que j'ai appelé « caricatures » de rapports inter-personnels tels qu'on peut encore les observer lors de la cérémonie de l'admission dans certains hôpitaux psychiatriques, où le malade est traité en « objet à soigner » [...] La « chosification » du malade lors de son internement à l'asile est suffisamment connue pour ne pas insister sur son cérémonial : passage au pavillon d'admission, retrait des objets personnels, port de l'uniforme, etc... Le résultat de ce cérémonial est la « mise en service » au sens propre du terme, d'une unité de plus dans l'hôpital. Ce « canal de communication » qui est « l'admission » fait passer l'individu du monde social au monde hospitalier ». (Michaud, 1977, p. 93)

Cette chosification, cette « désingularisation » du malade (J. Oury et al., 2007) avait pourtant des effets néfastes très concrets, comme en témoigne l'anecdote qu'Oury raconte en 2013 dans son séminaire sur le transfert :

« Je raconte toujours une histoire d'une caricature d'accueil et d'admission [...] Une fois, il y a un type qui arrive, on le fout à poil, avec l'argument hypothétique ou plutôt hypocrite, on dit qu'il faut le mettre à poil pour mesurer tout ce qui dépasse, pour faire de la typologie, c'est scientifique... Ensuite, on le rhabille

n'importe comment. Comme à cette époque, il n'était pas du secteur de Sainte-Anne, on l'envoie à l'autre bout de Paris à Ville-Evrard. Les infirmiers l'ont couché et puis, au bout d'un moment ils ont dit : « il est apragmatique, il ne parle pas, mais qu'est-ce que c'est que ce type ? » Ils avaient oublié le dentier, les lunettes, sa jambe mécanique. C'est Chaigneau qui me raconte ça, ce n'est pas moi qui invente. On ne peut pas dire qu'il y avait là un *comité hospitalier*, ni une fonction d'accueil. [...] L'accueil, il faut le faire parfois pendant des semaines et des semaines. » (Oury, 2013, p. 21)

B. L'accueil, une fonction institutionnelle découverte par le truchement des malades

Autrement dit, lorsque l'admission est problématisée grâce à la psychopathologie, c'est la dimension de l'accueil qu'elle révèle. Les discours d'Oury et Tosquelles au sujet de la façon dont l'admission était devenue pour eux une question plutôt qu'un protocole sont encore aujourd'hui particulièrement modernes, car ils faisaient appel, dès les années 50, au potentiel soignant des malades et à la nécessité d'informer et de convaincre celui qui arrive d'accepter effectivement les soins :

« Il faut accueillir en permanence et expliquer toujours. Quelle que soit la forme et les aventures qui précèdent l'entrée du malade à l'hôpital, le séjour du malade doit apparaître à celui-ci comme une parenthèse utile à la fois du point de vue médical, psychologique et sociologique. Nul effort à ce sujet est inutile. La « conscience de maladie, la notion de crise vitale » doit être soulignée sans insistance impertinente mais aussi sans aucune ambiguïté ; avec l'exemple et l'aide des autres malades, plutôt qu'avec le contact personnel du médecin. » (Tosquelles, 2006)

« Au début, on ne savait pas bien comment faire ; on était gêné, on se sentait un peu surfait. On n'a pas de blouse. Alors il faut remplacer le langage de

l’habillement par des gestes, par des paroles. On essaie de convaincre, mais souvent nos arguments ne tiennent pas. On déambule, on fait visiter, on exhorte. Dans l’ensemble ça marche. Mais on s’est vite aperçu que cette action réussie n’était pas simplement due à nos démarches, que souvent le malade ne nous écoutait pas, mais tout en nous suivant regardait les autres malades. Et très rapidement, nous avons exploité cette réalité : l’influence des autres malades sur le malade entrant. [...] » (J. Oury, 2001, pp. 32–33)

Pour reprendre l’expression de René Bidault, auteur d’une thèse sur l’accueil en 1957, l’accueil exige une « stratégie socio et psychothérapeutique pour chaque malade » ; Oury emploiera même le terme de technique (J. Oury, 2001, p. 299). La stratégie et les techniques d’accueil trouvent, de la même façon que pour tous les opérateurs que nous avons repérés jusqu’ici, leur raison clinique dans le double motif de l’aliénation psychopathologique et sociale circonscrite par Oury, qui fait de l’accueil « la fonction sans laquelle il n’y a pas de psychiatrie » (J. Oury & Depussé, 2003, p. 27). Pascal Crété a bien résumé ce double motif, lors d’une intervention en 2006 dans le D.U. de psychothérapie institutionnelle organisé par Pierre Delion à Lille, qui justifie à son sens – et nous le suivons dans cette affirmation - que la fonction d’accueil soit considérée comme « surdéterminante par rapport aux autres fonctions institutionnelles » :

« Nous parlons de la fonction d’accueil pour bien mettre en avant que cet accueil est volontairement travaillé. [...] Travailler l’accueil est un moyen de rejoindre la personne psychotique en rupture de lien et enfermé dans ses replis psychiques. La seconde raison tient à l’institution, au milieu, au terrain. Je fais ici référence à toute la clinique institutionnelle que TOSQUELLES, OURY et tous les autres ont mise à jour. Ces phénomènes institutionnels qui se passent dans les entours ou dans la sous-jacence [...] : tensions hiérarchiques, conflits statutaires qui vont apparaître au fil du temps, dans toute institution et dont on sait les effets toxiques sur les processus vivants si l’on n’en tient pas compte et si on ne les traite pas. [...] dans le travail institutionnel, travailler l’accueil est une manière de lutter contre

les phénomènes d'aliénation et de pathologie que la vie institutionnelle va sécréter. » (Crété, 2006)

L'accueil ne concerne bien entendu pas que les sujets psychotiques. En effet, s'il est fonction du transfert, alors son organisation singulière doit répondre à la singularité psychopathologique de celui ou celle qui vient se faire soigner ; ce « moindre respect » que l'on doit à l'autre qui est là relève d'une démarche éthique (Oury in Martin, 1995, p. 68). Si ce qui est à soigner consiste toujours en des « difficultés de l'avec » (Oury in Delion, 1994, p. 294), le travail de l'accueil exige donc une distinctivité forte :

« On n'accueille pas un schizophrène catatonique de la même façon qu'on accueille un maniaque, ni de la même façon qu'on accueille un type complètement alcoolisé ou alors, un type qui est obsessionnel et qui ne dit pas un mot. Donc ça nécessite d'une façon concrète une sorte de diagnostic, sans forcément entrer dans le détail. Chaque accueil est différent bien qu'il y ait une fonction générale d'accueil. Les premiers articles de La Borde, étaient sur la fonction d'accueil. Il y avait même eu deux thèses sur ce thème qui ont été faites par Nicole Guillet et René Bidault, donc ce n'est pas par hasard. » (Oury, 2013, p. 19)

C'est toutefois en acceptant que l'accueil soit collectivisé que celui-ci devient réellement une fonction dans l'institution. Certains professionnels ou patients peuvent être momentanément désignés pour « faire fonction », comme les personnes volontaires qui intègrent le Comité d'accueil à La Borde, mais Oury lui-même remarquait que d'autres, sans faire partie du comité, prenaient aussi cet aspect de la vie institutionnelle à cœur, élargissant la vigilance à l'ensemble des acteurs en présence :

« Il se trouve des malades qui sont là depuis un certain temps et on s'aperçoit qu'ils sont plutôt à la dérive. On ne les voit plus tellement. On refait alors une

démarche d'accueil. L'accueil est une fonction permanente en fin de compte, de vigilance pour que les gens ne se perdent pas. Ça nécessite le travail de tout le monde et l'on voit bien que beaucoup de malades sont bien mieux accueillis par d'autres malades que par le personnel lui-même. » (J. Oury et al., 2007, pp. 102–103)

Il nous paraît important, ici encore, d'insister sur le fait qu'Oury a toujours rappelé le potentiel soignant des malades, l'importance de l'entraide et de l'insertion dans le réseau du collectif. Ce motif de l'entraide dans la communauté qui se constitue là est une constante de la psychothérapie institutionnelle mais ne prend pas, dans la pensée des auteurs principaux de la P.I., la connotation paternaliste qu'on a pu lui reprocher par la suite¹⁰³. Si le médecin donnait l'impulsion, c'était parce qu'il donnait « le secret de l'entrée » : Oury faisait en 1956 plus probablement référence à la responsabilité spécifique de la profession de médecin – rappelons qu'en 1956 les admissions en psychiatrie fonctionnaient officiellement avec la loi de 1838, qui ne prévoyait pas qu'un malade puisse de sa seule volonté se rendre à l'hôpital. La « maîtrise de l'accueil constant de l'insolite » (J. Oury, 2001, p. 44) n'était en ce sens pas une tentative d'orchestration par le médecin de l'ensemble des groupes institutionnels mais un destin asymptotique de la programmation du hasard. Oury insistait bien plutôt sur la valeur de la convivialité et du vivre ensemble qui permettent à l'accueil d'être à la fois invisible et opérant en permanence :

« réfléchissons encore sur l'accueil – dans la vie de tous les jours – des plus rétifs, des plus récalcitrants : des schizophrènes, des dépressifs, des hystériques. [...] On peut s'aider de groupes, à condition qu'ils soient dans un réseau : le « collectif ». Pour arriver à quoi ? A ce qu'il y ait une certaine convivialité. « Convivere », vivre

¹⁰³ La psychothérapie institutionnelle a en effet pu prendre le sens d'une organisation de l'entraide entre patients par les soignants : nous voyons pourtant, dans presque tous nos opérateurs, comment au contraire c'est bien le phénomène d'entraide « spontanée » entre patients qui s'est révélé aux médecins et a changé leur façon de travailler.

ensemble ; « conviva », l'invité d'un repas, d'un « convivium » [...] Tout ceci pour justifier que notre travail doit être tissé de convivialité. C'est le sens de la fonction d'accueil, un accueil qui ne se « voit » pas » (J. Oury, 2001, p. 299)

Cet accueil invisible se matérialise dans un sentiment que l'on souhaite instiller chez le sujet qui vient se faire soigner : celui d'être « accepté dans toutes les expressions de sa personnalité » (Chaigneau et al., 1971, p. 62). S'il en va bien sûr de ses expressions transférentielles, l'appel fait à la notion de personnalité indique bien que les promoteurs de la psychothérapie institutionnelle appliquaient aussi la distinction entre statut, rôle et fonction aux patients ; outre les rapports de rôle, des rapports personnels, authentiques, sont par conséquent indispensables :

« L'hôpital devrait être « hospitalier » : l'hospitalité psychiatrique consistant à accueillir Autrui – même le plus insolite – d'une façon non traumatisante, en établissant constamment avec lui des rapports d'authenticité » (Oury, Conférence au Congrès de Zurich, 1957, reproduite in J. Oury, 2001, p. 37)

La préoccupation pour l'authenticité d'un rapport « entre deux sujets » dans tout colloque singulier de la relation « soignant »/« soigné » (Millon & Trémeaux, 1966, p. 139) permet de relativiser le reproche fait à la P.I. de créer des communautés hors-le-monde, dont les rapports seraient toujours et nécessairement faussés par la dialectique professionnel-malade en tant qu'elle vient reproduire le rapport ségrégatif et prévalent dans la société du normal et du fou. Bien au contraire, l'accueil, couplé à la distinction statut/rôle/fonction, est un concept opératoire qui articule les niveaux institutionnel et individuel puisqu'il permet, selon les mots de Marc Ledoux, « de respecter la singularité de chacun dans l'ensemble de la vie collective » (Ledoux, 2007, p. 122). Collectivement portée, la fonction d'accueil pousse à une distinctivité maximum des sujets en présence, une « attention régulière, singulière, pour chaque personne » (il est intéressant de remarquer que cette expression est employée par Oury dans son séminaire sur le Collectif (1986b, p. 177)) : sans elle, le hasard de la rencontre

« dont l'intensité transforme à jamais le paysage » (Molinier, 2016, p. 144) est impossible, car le dispositif institutionnel ne peut correctement accueillir un sujet malade sans avoir pris connaissance de son paysage.

C. L'accueil comme tolérance et respect de la singularité de l'autre : l'hospitalité et la convivialité

Pour décrire ce paysage, la notion d'étrangeté revient souvent chez les auteurs de la psychothérapie institutionnelle :

« la recherche du contact avec l'autre n'est pas toujours aussi facile que lorsqu'il suffit de respecter celui qui est en face de soi, de ne pas le traiter en objet, d'écouter ce qu'il demande, pour établir une communication. Très souvent la notion que nous appelions « approche » deviendra avec les « vrais fous » que sont les schizophrènes, un travail de reconnaissance de l'étrangeté de l'autre, reconnaissance préalable à « l'entretien » avec un « autre de cette sorte ». (Michaud, 1977, p. 95)

« Par exemple, nous devons étudier de près les articulations nécessaires qui permettent au groupe d'accueillir l'Insolite, l'Énigmatique, l'Étrange » (J. Oury, 2001, p. 78)

« l'accueil en psychothérapie institutionnelle est avant tout la structuration du processus qui rend possible d'accueillir l'étrangeté. » (Pouillaude, 2014, p. 220)

Il s'agit toutefois de traduire ce que signifie le sentiment d'étrangeté dans la rencontre. Pour l'attraper, nous pourrions reprendre l'expression d'Oury lorsqu'il dit que « les habitants du Collectif se présentent avec des demandes multiples, difficilement traduisibles, montrant toujours des systèmes pathogènes dans une articulation avec le signifiant » (J. Oury, 2001, p. 154). Les demandes au quotidien sont en effet imprégnées de formations symptomatiques, qu'elles soient délirantes ou non : seul l'accueil de ces demandes, et à travers elles des

formations de symptôme de chacun, permet au sujet de travailler ce qu'il en est de son désir, de le rendre partageable, d'en faire une affaire collective, un sujet d'échanges :

« Mais traiter de l'ambiance, c'est vraiment être là au niveau de l'ordre où il y a de l'autrui qui inclut [...] ce qu'on appelle depuis cent sept ans en psychothérapie institutionnelle la *fonction d'accueil*. Qu'est-ce que c'est la fonction d'accueil ? Être là dans le paysage, ne pas se poser comme une statue de commandeur, en disant : « Je suis le médecin-chef » ou « Je suis l'infirmier Machin-truc, psychologue ou psychanalyste de je ne sais quoi », au être au niveau où l'on reconnaît l'autre. [...] Il y a là quelque chose d'un commerce avec autrui, de reconnaissance simplement de l'autre, de le saisir là où il est dans son unicité, je dirais même dans son opacité, au niveau d'autrui, là, même au sens le plus primordial, le plus basal. On voit bien que ce qui est en question, c'est à un niveau éthique, c'est-à-dire de respect de l'autre, de son désir, tout simplement ». (J. Oury, 2015, p. 269)

Cette réflexion sur l'accueil de la demande et sa capacité à laisser place au désir si elle est élaborée par la parole n'a pas perdu de sa modernité, tant aujourd'hui les soignants se sentent assaillis de « demandes » de la part des patients desquels ils prennent soin, demandes qui risquent alors d'être traitées au niveau conscient et strictement matériel plutôt que d'être interprétées comme des demandes de lien. Ce qui est là mis en question, c'est la capacité de l'institution à se laisser utiliser par le sujet en souffrance, capacité dont Horace Torrubia soulignait le caractère idéal (en tant qu'il dépend beaucoup du contexte socio-économique et de l'ambiance d'une institution) :

« l'hôpital en tant qu'institution thérapeutique n'est pas valable uniquement parce qu'il polarise un ensemble d'activités tendant à modifier le malade, mais aussi – et dans certains cas, surtout – parce que l'institution thérapeutique est, théoriquement du moins, à la disposition du malade, c'est-à-dire apte à accueillir et à comprendre son comportement et ses motivations. L'hôpital devient ainsi le

lieu où le dialogue avec le malade est possible malgré le délire. Qu'on me permette d'ailleurs de dire ici que le terme si souvent employé de « technique d'accrochage » du malade, m'a toujours semblé paradoxal. Je ne pense pas en effet, que ce soit nous qui accrochons, mais lui, et qu'il ne peut le faire que dans la mesure où l'hôpital est disponible, et avec des activités et des personnages symboliques lui permettant d'y trouver la relation qui lui convient. » (Horace Torrubia, 2002, p. 15)

Encore faut-il que l'institution soit disponible, c'est-à-dire elle-même nettoyée des complexes qui peuvent empêcher son rôle thérapeutique : c'est donc la nécessité de maintenir la fonction d'accueil, sous-tendue par une disponibilité institutionnelle, qui justifie le travail de l'ambiance :

« Dans les réseaux eux-mêmes, on constate cette sorte de mouvance des liens qui s'élaborent dans les équipes de soins [...] Nulle part mieux que dans les équipes de soins l'accueil de l'autre ne subit des variations où la symbiose, le parasitisme et la cohabitation deviennent aussi évidents pour chacun des membres. » (Tosquelles, 2003b, p. 98)

C'est à cet endroit du corpus que nous touchons à notre septième opérateur, qui aura pour but de qualifier et d'expliquer les variations dans l'accueil de l'autre. Nous rencontrons là ce que Tosquelles et Oury avaient posé comme préalable à toute psychothérapie institutionnelle : l'analyse - sociologique et psychopathologique - de l'institution.

Opérateur 7 : Ne pas suraliéner. Pathoplastie, surdétermination et sous-jacence

« Comment peut-on, au milieu du XXe siècle, être autorisé à soigner son prochain sans savoir au moins autant que manipuler le matériel aseptique *d'abord ne pas nuire* sur le plan de la relation inter-humaine ? [...] ici il convient de formuler une question dont le seul énoncé dispense d'épiloguer sur les réponses : pourquoi le *primum non nocere*, sur le plan des rapports inter-humains, est-il à ce point plus méprisé à l'hôpital que dans l'exercice de la médecine individuelle ? » (Bonnafé, 1991, p. 83)

« Soigner l'institution pour soigner les malades » : ce premier engagement de la psychothérapie institutionnelle, aujourd'hui si connu qu'il est bien difficile d'en établir avec assurance la première occurrence et la paternité, ressemble, pour reprendre les mots de Lucien Bonnafé ci-dessus, à un serment d'Hippocrate dans le champ de la psychiatrie. Ce dont il s'agissait pour les promoteurs de la psychothérapie institutionnelle, voire - puisque nous retrouvons cette même intention sous la plume de Bonnafé et de Racamier, dont nous avons déjà dit que sans faire partie intégrante de notre corpus ils en délimitaient les bords – pour les promoteurs, toutes sensibilités confondues, d'une psychiatrie plus humaine, c'était avant tout de ne pas être à leur insu un véhicule d'aliénation sociale, de discrimination et de ségrégation ni des patients, ni même de certaines catégories professionnelles à l'intérieur d'un établissement.

A. Un concept capital : la pathoplastie

La ségrégation asilaire n'est pour les psychiatres réformateurs imprégnés de psychanalyse pas propre à un lieu, mais à un processus structurel et inévitable de ségrégation qui travaille tous les groupes humains :

« probablement en raison de cette structure profonde, les progrès de la civilisation universelle vont se traduire, non seulement par un certain malaise comme déjà Monsieur Freud s'en était aperçu, mais par une pratique, dont vous verrez qu'elle va devenir de plus en plus étendue, qui ne fera pas tout de suite voir son vrai visage, mais qui a un nom qui, qu'on le transforme ou pas voudra toujours dire la même chose et qui va se passer : la ségrégation. » (Lacan, 1967)

Ce processus de fermentation, qui donne naissance aux « attitudes ségréatives » contre lesquelles il faut alors lutter (J. Oury, 2008b, pp. 146–147), prendra chez Oury le nom de pathoplastie, pour signifier qu'une institution est un organisme vivant qui crée des symptômes¹⁰⁴. La métaphore biologique émaille en effet son œuvre :

« Or, la pathoplastie, c'est un mot qui m'avait plu : comment rendre fou les gens ? Il me semble que l'étude de la pathoplastie permet d'avoir une action plus épurée. Se rendre compte que l'hôpital tel qu'il est, l'administration, le secteur, c'est nocif si on ne le soumet pas d'une façon constante à une analyse, dans le sens de l'aliénation sociale. C'est une reprise banale de cette soi-disant découverte – on en a fait grand cas à St Alban, avec Tosquelles – d'Hermann Simon. C'est-à-dire que l'hôpital lui-même, tel qu'il est, est malade, il faut le soigner comme un organisme faible et, par essence, si on ne fait pas attention, il est malade et dangereux. Ça rend les gens complètement cinglés. Il faut donc traiter l'hôpital. Si on soigne les malades, il faut soigner l'hôpital en même temps. » (J. Oury, 1998b, p. 140)

¹⁰⁴ C'est un constat sur lequel de nombreux psychiatres étaient d'accord malgré leurs divergences idéologiques. La lecture du livre des sociologues Stanton et Schwartz (1954) que nous avons déjà cité, auquel par exemple tant Paul-Claude Racamier que Jean Oury se référaient, n'y était probablement pas pour rien.

Il est fort possible que les institutions ne créent pas plus de symptômes aujourd'hui qu'auparavant, mais que le phénomène de pathoplastie, qui justifie ce travail incessant à faire sur l'institution, se manifeste simplement sous des formes historiquement situées. C'est ainsi que nous pouvons entendre le récit que faisait Oury des fantasmes liés à l'introduction du Largactil dans les services de soins :

« Les hôpitaux, les cliniques fabriquent de l'agitation, de la fureur, des suicides. Ça fait augmenter les médicaments. Au Congrès du Largactil, en octobre 1955 (c'est Laborit qui a inventé ça, mais il n'avait pas le sens du commerce), la doctrine était qu'il faut en donner le plus possible et que plus il y a d'effets secondaires, mieux c'est. Un seul type s'est levé pour dire le contraire : Racamier, qui était médecin-chef à Prémontré. Personne ou presque ne l'a écouté. Le Largactil allait tout résoudre : les clubs ne servent plus à rien, les hôpitaux se transformaient en vastes dortoirs. C'est en 1960 que Balvet, à Lyon, a organisé un colloque pour parler de la passivité dans les asiles. Quelques années plus tard, le rapport de Bonnafé, Le Guillant et Mignot (Marseille, 1964) parle de la différence entre « chronicité » et « sédimentation ». On ne lutte pas contre la chronicité, nous sommes tous des chroniques ; il n'y a que la mort qui guérit de la chronicité. Cette différence entre chronicité et sédimentation, la pathoplastie, en est peut-être la jointure. » (J. Oury, 1998b, p. 45)

Derrière la différence entre chronicité et sédimentation, nous retrouvons les deux formes d'aliénation que Jean Oury avait repérées en 1958 : une aliénation sociale, référée à ses lectures marxistes, et une aliénation psychopathologique qui imposait, pour s'y retrouver, d'utiliser les concepts psychanalytiques. Si la chronicité fait référence à notre inévitable aliénation dans le social, tandis que la sédimentation se rapporte plutôt aux symptômes dits « négatifs » non-traités des pathologies psychotiques, Oury dira souvent que sa distinction était schématique tant les deux types d'aliénation s'entremêlent, car l'aliénation sociale, certes inévitable, peut devenir pathologique et donner lieu à une forme de sédimentation

institutionnelle. C'est nous semble-t-il le sens de cette remarque de Bonnafé lors d'une conversation enregistrée avec Oury :

« le vocabulaire de psychothérapie institutionnelle a beaucoup servi à bloquer la poursuite de la recherche et le champ de l'institution hérité au sens très français du terme (« la chose qui a été instituée », au sens actif) et ensuite la chose instituée tend à la ritualisation comme il est écrit dans les meilleurs organigrammes. [...] La chose instituée est toujours en proie à une tendance à la ritualisation. » (J. Oury & Bonnafé, 2003, p. 61)

On comprend alors que le concept de pathoplastie permette, pour Jean Oury, de lier l'aliénation sociale – notamment caractérisée par l'identification de chacun à son statut, qui participe à la constitution de son rôle tout en contribuant à lui masquer son propre désir -, à l'aliénation psychopathologique : la première, lorsqu'elle n'est pas traitée, vient renforcer la seconde.

B. La fureur, l'agitation et l'intuition clinique

Ce n'est pas dans ce sens, pourtant, que la nécessité de la désaliénation s'est au départ faite sentir. Au cours des années 50, la conjugaison du souvenir des malades mentaux morts dans les asiles pendant la guerre, de la réapparition du problème du surencombrement et de l'arrivée encore timide des neuroleptiques dans les services, ont plutôt poussé les psychiatres à inventer des techniques relationnelles à même de changer l'ambiance de leurs lieux de travail. La thèse de Philippe Paumelle, soutenue en 1952, montre l'efficacité des thérapies relationnelles en psychiatrie : elle ouvre alors la voie, épaulée en cela par la lecture faite par quelques psychiatres du travail sociologique de Stanton et Schwartz sur *Chesnut Lodge*, à une compréhension dynamique des symptômes des patients. En effet, si la fureur et l'agitation disparaissent lorsque le milieu est traité et lorsque sont employées des techniques relationnelles, c'est que quelque chose dans le milieu lui-même devait participer

à la surdétermination des symptômes des malades. Ce thème sera récurrent chez les auteurs de la psychothérapie institutionnelle, à toutes les périodes du mouvement :

« Tout tableau clinique pose le problème difficile de la pathoplastie. Le milieu dans lequel le malade est plongé modifie souvent le style de la maladie. Il est donc utile de prendre conscience de la structure du milieu psychiatrique afin d'essayer de l'orienter, dans sa totalité, vers une désaliénation. [...] c'est par une technique du milieu que nous arrivons à éclairer des zones de la personnalité de chacun qui seraient restées à tout jamais dans l'ombre. » (J. Oury, 1958, p. 405)

« C'est au niveau de l'institution qu'il convient de résoudre le problème psychopathologique en dominant réellement ces forces. Les mesures à prendre, comme le proposait Hermann Simon, dans sa *Thérapeutique plus active des maladies mentales*, doivent intervenir sur le milieu et non pas directement sur le malade. » (Rappard, 1966, p. 79)

« Les symptômes qui se manifestent d'une façon souvent spectaculaire tels que : suicides, anorexies, fugues, gâtisme... sont souvent dus à une dysharmonie existant dans l'équipe soignante. [...] Nous arrivons donc à cette notion qui nous semble importante : que les symptômes sont souvent le résidu de la non résolution d'un problème dans le milieu » (Michaud, 1977, p. 82)

« La gageure de la psychothérapie institutionnelle, c'est de soutenir que dans la manifestation, dans l'émergence de troubles aussi bien de délirants, que d'autistiques, que les manifestations de toutes sortes au niveau de la pathologie mentale, il y a quelque chose de la vie quotidienne qui joue un rôle important. J'avais repéré un peu tout ça sous le terme de *pathoplastie*. [...] Je pense à la fureur, à l'agitation, au gâtisme, ou au délire répétitif. On peut agir indirectement sur le milieu – à condition de définir ce qu'est le milieu » (J. Oury, 2015, p. 259)

C. Qu'est-ce que le milieu ?

A la lecture de ces extraits, une question reste encore ouverte. De quoi parlent ces auteurs lorsqu'ils parlent de « milieu » ? Dans la droite ligne de la métaphore biologique qui fait de l'institution un organisme vivant, Oury définira globalement le milieu comme étant : « tout ce qui se passe autour de la personne » (J. Oury, 1986b, p. 66). Il faut cependant préciser que le milieu ne peut pas être pensé sans une première référence à la distinction établissement/institution. L'Établissement, nous l'avons dit, est l'armature concrète, pratique mais inerte d'une structure de soins. A l'intérieur se développe l'Institution, ou plus précisément une multiplicité d'institutions, c'est-à-dire de réseaux d'échanges qui sont autant de sous-ensembles du Collectif.

Le milieu, lui, est le résultat de la conjonction, continue dans le temps, des coordonnées de l'établissement et du travail fait grâce aux différentes institutions qu'il abrite. Il peut être défini comme un espace affecté d'une certaine ambiance requérant une analyse microsociologique et un traitement psychopathologique, puisque l'ambiance du milieu résulte des interactions entre impératifs sociaux et constitutions psychiques singulières. Une technique du milieu consisterait à orienter les différents sous-ensembles de l'aire transitionnelle institutionnelle afin de naviguer entre contraintes établissementnelles et nécessités cliniques. Ceci ne peut se faire sans toucher à la question de l'organisation du travail dans les établissements (J. Oury, 2015, p. 287).

Nous pouvons faire l'hypothèse suivante : si la psychothérapie institutionnelle n'a jamais réellement défini ce qu'elle nommait le « milieu », c'est peut-être parce que le milieu est un espace transitionnel où les sujets en présence peuvent jouer de façon créative avec les règles de l'établissement (ce qui s'apparente à une définition de l'institutionnalisation). Le milieu est donc le « lieu » (au sens spatial et psychique) d'expression de la sous-jacence ; autrement dit, c'est dans les interactions entre coordonnées de l'établissement et de l'institution que se trouvent les surdéterminations des symptômes individuels et collectifs :

« Il y a une sous-jacence, c'est-à-dire ce qui va surdéterminer, ce qui va implicitement agir sur les comportements qu'on peut avoir, sans qu'on s'en doute ». (J. Oury, 1998b, p. 53)

Ainsi la P.I. peut-elle s'émanciper de l'héritage simonien et critiquer l'antipsychiatrie, car si elle « reprend à son compte les recherches de micro-sociologie sur les statuts [...], ré-édite la critique des « institutions totalitaires » (Goffman) et des phénomènes suraliénants de dépendance unilatérale, de contrainte, de « minorisation » (Chazaud p. 23), elle va plus loin qu'une analyse sociologique et politisée des interactions :

« La première démarche nécessaire, pour soigner quelqu'un, c'est d'analyser les différents paramètres de l'aliénation sociale, qui rendent difficile, sinon impossible l'accès à l'aliénation psychotique [...] La psychothérapie institutionnelle doit donc, conjointement avec la mise en place d'un traitement individuel, la prise en charge d'un malade – fonction phorique – envisager de « traiter » l'établissement. C'est plus qu'une maladie sociale ; ça dépasse la pensée d'Hermann Simon. » (J. Oury, 1986b, p. 174)

L'ambition de la psychothérapie institutionnelle de résoudre les problèmes qui se posent au niveau du milieu consiste donc à décortiquer les surdéterminations des symptômes qui s'expriment. C'est précisément pour cerner ce phénomène de surdétermination qu'Oury a introduit la différence entre aliénation sociale et aliénation psychopathologique. Il relatait ainsi son invention de la formule :

« dans un numéro de la revue *Action*, en 1948, le mot [d'aliénation] fut employé pour dire que la maladie mentale, schizophrénie, psychose maniaco-dépressive, psychopathie, était le résultat de l'aliénation sociale. Alors là, c'était trop. J'ai réagi dès ce moment-là par une formule un peu simpliste qui était comme un mot d'ordre : « Il y a l'aliénation sociale, mais il y a aussi une autre forme d'aliénation ;

l'aliénation psychotique... Il y a une double aliénation, de même que, dans le langage, il y a une double articulation. » Evidemment, c'était simpliste. Pourquoi pas triple, ou quadruple... Mais je suis très content d'avoir articulé ça en 1948, parce que vingt ans plus tard, on remettait ça, avec toutes ces niaiseries de l'antipsychiatrie [...] » (J. Oury & Depussé, 2003, p. 111)

D. Une psychopathologie de l'aliénation sociale

La psychothérapie institutionnelle se définissant comme une intervention sur le milieu et non directement sur le malade, nous ne traiterons pas ici de l'aliénation psychopathologique spécifique à la psychose. De nombreux psychiatres s'y sont intéressés ainsi que de nombreux psychanalystes, et la quasi-totalité des auteurs que nous avons jusqu'ici cités a écrit un ou plusieurs ouvrages sur la clinique des psychoses. Pour notre propos, nous nous focaliserons – comme d'autres avant nous, par exemple Elie Pouillaude (2014) lorsqu'il déplie le concept de paranoïa institutionnelle - sur la psychopathologie de l'aliénation sociale ouverte par Oury, qui dans ses « dimensions réactionnelles, réactives » du processus d'aliénation sociale fonde « tout le problème de la psychothérapie institutionnelle » (J. Oury, 2008a, p. 38). Les pathologies et mécanismes de défense des personnes accueillies en psychiatrie rejaillissent sans aucun doute sur les équipes qui les soignent : c'est là toute l'importance des notions de transfert et de contre-transfert institutionnels. Toutefois, ces manifestations transférentielles, si elles constituent la raison clinique des autres opérateurs de la psychothérapie institutionnelle que nous avons repérés jusqu'ici, sont moins pertinentes ici. Ce qui est en question, dans ce septième opérateur, se joue avant même la rencontre entre professionnel et patient : il s'agit d'étudier ce que les équipes amènent avec elles de complexes personnels et de symptômes sociaux qui pourront faire l'objet, par la lecture psychopathologique et sociologique propre à l'analyse institutionnelle préalable à toute P.I., d'une véritable psychopathologie de l'aliénation sociale :

« Il importe donc de s'appesantir quelque peu sur les conditions minima pour qu'une institution permette de « soigner » les gens qui y sont. Il semble nécessaire que les désirs ne soient pas écrasés. Nous y constatons souvent des systèmes massifs d'aliénation avec des enchaînements sériels de relations apparemment duelles, stéréotypées, sur un fond de prestances, de rivalités, d'agressivité, de transitivity quasi paranoïaque de type spéculaire ; ces enchaînements aboutissent toujours à des configurations monotones, interchangeable d'un établissement à un autre, développant des formules en impasse [...] » (J. Oury, 2001, p. 172)

Cette psychopathologie de l'aliénation sociale vise à définir et traiter les éléments qui empêchent la fonction d'accueil d'opérer. En effet, la fonction d'accueil nécessite, nous l'avons dit, de pouvoir se situer au niveau du paysage de l'autre : il faut donc que la compréhension des professionnels ne soit pas trop déformée par leurs propres complexes. Cette déformation, souvent cachée sous les traits de l'habitude, est de plus sujette à une surdétermination par l'aliénation sociale :

« le processus aliénatoire suit des canaux bien tracés. Il y a un processus basal d'aliénation qui met en place, au fur et à mesure du temps, des canaux ; et les usagers tombent dans l'illusion de croire que ces canaux-là existent depuis toujours, et qu'eux-mêmes n'y sont pour rien [...] Mais si on ne se donne pas les moyens ou si on ne peut vraiment pas agir à ce niveau, tout ce qu'on peut faire sera marqué par un gauchissement, une sorte de refermeture » (J. Oury, 1992, p. 67)

Horace Torrubia notait à quel point la désaliénation opérée non dans l'espace mais dans les esprits était un travail difficile car invisible :

« Si les chaînes, les murs et les grilles sont des éléments matériels que nous pouvons voir facilement, bien des aspects négatifs des conditions morales dans lesquelles vivent nos malades sont plus difficilement décelables. Cela demande un effort constant d'observation et de réflexion » (2002, p. 28)

E. Rendre visible le travail de désaliénation : assainir, nettoyer, déblayer.

Telle une solution bricolée au problème posé par l'invisibilité des processus d'aliénation, le corpus de la psychothérapie institutionnelle est jalonné de métaphores pour éclairer et rendre visible le travail du milieu. Jean Oury en a produit de nombreuses, qui ont toujours tourné autour des champs lexicaux du nettoyage, empruntant parfois à la chirurgie – avec l'asepsie chère à François Tosquelles -, parfois au ménage (ce qui, au regard de l'anecdote du balai relatée par Lucien Bonnafé, a de quoi faire sourire par sa charge politique discrète), soulignant quoiqu'il en soit toujours le caractère impropre à la thérapeutique de l'aliénation sociale :

« C'est en ce point que s'entrecroisent deux notions dont la distinction nous semble capitale : l'aliénation sociale et l'aliénation de la folie. Ce n'est qu'en atteignant ce point dans la pratique courant que l'on peut poser d'une façon claire le vrai problème de la psychothérapie. Celle-ci, en effet, n'est possible que là où le terrain est déblayé de toute nocivité qui, dans un groupe mal contrôlé, prend immédiatement une allure concentrationnaire ». (J. Oury, 1958, p. 409)

« *Etre sensibilisé à...* » cela demande un énorme travail ! Il faut déblayer, nettoyer sans arrêt, dès qu'on tourne la tête, ça reprend. C'est pire que la poussière. [...] Existe-t-il un moyen de sensibiliser, c'est-à-dire d'enlever tous les anticorps mal foutus et avec accès à des choses simples ? » (J. Oury, 2014, p. 43)

« pour en arriver là, il faut avoir drôlement *nettoyé les écuries*, c'est-à-dire toutes ces histoires de préjugés, de statuts, de prérogatives, de prestance, tout ce qui est entretenu par la hiérarchie. » (J. Oury, 1998b, p. 143)

« [...] pour pouvoir faire émerger des « espaces du dire », une certaine « asepsie » est nécessaire. Peut-on toujours déjouer les effets dérèstiques du poids de l'aliénation sociale ? Celle-ci s'infiltré non seulement dans les modes organisationnels du travail, mais également, et profondément, dans les mentalités, dans le style des relations entre les sujets, normopathes « travailleurs » ou psychotiques ». (J. Oury, 2008a, p. 38)

La lecture de ce dernier extrait d'Oury doit nous pousser à répondre à une question fondamentale jusqu'ici restée en suspens : si l'aliénation infiltre les mentalités, le travail d'assainissement doit-il aller jusqu'aux effets de cette aliénation sur les sujets, autrement dit jusqu'à un travail d'analyse personnelle de chacun des professionnels impliqués ?

F. Analyser l'institution, loin d'une « psychanalyse pour tous »

Il est aujourd'hui connu que les personnels des établissements pratiquant la psychothérapie institutionnelle façon La Borde étaient souvent en analyse avec le médecin-chef de leur propre institution ou à défaut avec le médecin-chef d'une institution voisine¹⁰⁵. Cette pratique, discutable et d'ailleurs beaucoup discutée, notamment par les psychiatres de l'ASM 13 et les détracteurs de la P.I., a pu donner l'impression que tout mouvement vers une psychothérapie institutionnelle ne pouvait reposer que sur le passage de chacun des professionnels par une analyse personnelle – ce qui la marquerait d'un caractère prosélyte -, et par conséquent sur une hégémonie acceptée de la psychanalyse dans les institutions de soins. Certains passages de l'œuvre d'Oury permettent toutefois d'ouvrir une autre voie :

¹⁰⁵ Oury l'écrira explicitement dans sa préface au livre d'Horace Torrubia, *La psychothérapie institutionnelle par gros temps* (2002, p. 8) : « Et pour mieux saisir ce qu'il en est de la « sous-jacence », de la complexité de nos lieux d'exercice respectifs, nous avons imaginé que chacun de nous devait suivre en psychothérapie des collaborateurs de l'autre. Entrecroisement de ces tissus institutionnels respectifs, ouverture sur ces « filets institutionnels » aux nœuds ouverts, comme je le disais. On avait appelé ça, je ne sais plus pourquoi, des échanges de petits lapins ! »

« L'analyse, ce n'est pas d'aller voir quelqu'un, parce que ça, c'est épouvantable. L'analyse, c'est une institutionnalisation personnelle. Ça doit être un processus qui se produit. Or, ce processus, est-ce que dans l'accueil des autres, les autres qui sont en général dans un triste état au point de vue du narcissisme originaire et autre... Qu'est-ce qui est nécessaire ? Il ne s'agit pas de dire qu'il faut que tout le monde soit analysé, ça ne veut rien dire, parce qu'essayer de mettre des analystes en titre dans un service hospitalier, c'est horrible, vraiment c'est une inadaptation absolue, c'est en général incurable. C'est important quand même d'avoir une certaine liberté intérieure vis-à-vis de quelque chose » (J. Oury, 2014, p. 98)

Si cette position d'Oury n'est pas exempte de contradictions, dans la mesure où il prenait lui-même certains professionnels de La Borde en analyse, elle introduit toutefois l'idée que la désaliénation n'est pas synonyme de psychanalyse, mais de liberté intérieure (terme dont il a également été question dans notre cinquième opérateur). Ce faisant, elle permet d'inclure dans l'analyse des surdéterminations la démarche réflexive de tout un chacun sur son métier : Oury ouvre là, plutôt qu'il ne le ferme, le concept opératoire de la désaliénation. Cette ouverture s'accompagnera également d'une référence à la concrétude du processus d'aliénation, à laquelle viendra répondre un travail quotidien et concret pour tenter de s'en extraire :

« Le travail sur la rhétorique matérielle concrète, c'est un travail sur une espèce de « tenir compte » qu'on est surdéterminé par des trucs qui ne sont pas de l'ordre inconscient, au sens freudien du terme, mais d'un ordre social, étatique : on est tous aliéné, ne serait-ce que dans nos habitudes, nos façons de penser, de savoir comment il faut se lever, mettre des godasses, etc. s'habiller. Ce sont des formes d'aliénation. On est pris dans des habitudes, des coutumes, etc. Et on n'est pas conscient de ça, on est comme des automates, en fin de compte. Alors, on aura beau se faire psychanalyser, ça ne changera pas ça. [...] La rhétorique

institutionnelle doit mettre en question, dans la pathoplastie, quelque chose de l'ordre de l'aliénation. » (J. Oury, 1998b, p. 183)

Il nous faut ici avouer que nous avons initialement pensé à nous arrêter à sept opérateurs, considérant le *primum non nocere* de la P.I. comme le roc d'une forme de psychologie des profondeurs en institution. Impossible, pensions-nous, d'aller *plus loin*, puisque nous étions arrivée à l'échelle la plus microscopique du travail institutionnel, celle de la « mentalité » de chacun. L'impression d'avoir formalisé la psychothérapie institutionnelle à la manière d'un système fermé n'était cependant pas satisfaisante : quelque chose de plus était présent dans le corpus, qui la préparait presque dès le départ à épouser, dans sa théorie même, la forme réticulaire, rhizomatique, des institutions qu'elle décrivait. Comment, en effet, penser s'extraire de l'aliénation sociale sans s'ouvrir au monde ? Cette question, qui nous est arrivée à la lecture de notre corpus, nous a convaincue qu'il existait un huitième opérateur de la psychothérapie institutionnelle qui permettait de penser une théorie complexe des interrelations entre changements internes à l'institution et changement dans le réel du réseau de soins : le concept opératoire de la « greffe d'ouvert ».

Opérateur 8 : greffer de l'ouvert

« C'est vrai qu'il peut sembler paradoxal que dans l'existence schizophrénique, il y ait du fermé. Mais ce n'est pas délimité : pour qu'il y ait du délimité, il faut qu'il y ait de l'Oouvert. C'est pour cela que je dis parfois pour résumer un peu notre travail, que l'on est là pour faire des « greffes d'ouvert » (comme des greffes de peau), par analogie avec ce que disait Gisela Pankow dans l'analyse des psychoses : qu'il faut faire des « greffes de transfert » (J. Oury et al., 2007, p. 160)

La « greffe d'ouvert » est posée, dans le corpus de la psychothérapie institutionnelle, comme un obstacle à deux risques de fermeture : celui du repli sur soi propre à certains troubles psychiques, mais aussi celui de l'inertie contre laquelle doivent constamment lutter groupes et institutions. Elle fonctionne en opérant des micro-ouvertures dans le tissu institutionnel, qui permettent aux investissements relationnels d'être mobiles, aux multiples points de vue de se confronter : une greffe d'ouvert opère ainsi d'abord et avant tout sur le terrain de la vie quotidienne. Jean Oury a toujours donné, au cours de son œuvre, la même explication de la raison clinique qui l'a poussé à employer ce terme :

« Je dis souvent, d'une façon un peu abrupte : « il faut greffer de l'ouvert ; surtout que les schizophrènes sont fermés... ». Ils sont tellement fermés qu'ils sont ouverts à tout vent, c'est pareil. Ils sont partout, nulle part, ils sont dispersés, et ça fait de la fermeture, en fin de compte » (J. Oury, 1992, p. 71)

C'est donc la nature de son « trouble fondamental » (J. Oury, 2007b, p. 117) qui explique le sentiment de fermeture au monde que nous renvoie le sujet schizophrène. Cette désignation apparaît comme un autre nom pour le trouble de « l'être-avec » que nous avons éclairé dans notre troisième opérateur :

« Une greffe vis-à-vis de quelqu'un, ce n'est pas la même chose qu'une greffe vis-à-vis d'un autre. C'est dans ce sens-là qu'on voit apparaître le Miteinandersein : être avec. C'est une pathologie de l'avec, à quoi j'ai ajouté que, sous-jacent à l'avec, il y a le « pour » et le « à » qui sont complètement fermés. [...] C'est pour ça qu'on parle de « greffe d'espace ». Si l'on demande : « quels sont les outils de la psychothérapie institutionnelle ? » On pourrait répondre « des passerelles et des praticables » [...] un tenant-lieu d'espace transitionnel ». (J. Oury & Roulot, 2008, p. 89)

La dialectique ouverture/fermeture et l'idée de greffe nécessitent toutefois de faire appel à deux références supplémentaires pour comprendre de quoi retourne le concept opératoire de la « greffe d'ouvert » : un abord phénoménologique de la psychopathologie des psychoses inspiré par les travaux d'Heidegger et du philosophe Henri Maldiney, et la notion de greffe de transfert proposée par Gisela Pankow pour décrire son travail avec des patients psychotiques fortement désorganisés.

A. Fermeture et ouverture : comment rencontrer l'autre ?

L'Oouvert est un concept phare de l'œuvre de Maldiney ; Oury s'y réfère parfois, sans toujours le citer, mais parle plus régulièrement de son corollaire, le « transpassible ». L'Oouvert peut toutefois intéresser les cliniciens en contact avec des personnes souffrant de psychose en tant qu'il est défini comme une caractéristique, voire une nécessité, pour que la rencontre avec le monde puisse faire événement pour le sujet : il décrit une position d'accueil et de réceptivité. L'ouverture est donc un mode de présence au monde et à l'autre qui conditionne, comme le notent Patrick Germain et Rosa Caron (2018), le *Dasein* heideggerien :

« Nous définissons la greffe d'ouvert comme le processus d'aménagement du cadre de soin (interne et externe) favorisant au sein du transfert un « ailleurs » où le patient comme le soignant puissent faire exister leur transcendance, et ne se

laissent pas enfermer dans la double aliénation ou la sédimentation. [...] Ce qui est essentiel pour maintenir de l'ouvert, c'est la liberté « *sans qu'il y ait pour autant absence de structure* » [...] « Ouvert » signifie « en présence » (au sens de Henri Maldiney : *prae-sens*) à un niveau pathique, en commerce avec les autres (au sens de l'*Umgang* de Jakob Von Weizsäcker). Donc l'ouvert a pour fondement l'être-avec, lequel implique la présence au monde (*Dasein* de Martin Heidegger). Être-là, c'est assumer de l'ouvert (Oury, 1989), autrement dit une greffe d'ouvert consiste à possibiliser *Dasein*. » (Germain & Caron, 2018, p. 59)

La question de l'ouverture et de la fermeture dans la schizophrénie ne peut prendre ainsi son sens sans la référence à la phénoménologie : les paroles d'Oury sont tout d'abord à comprendre comme la description de la difficulté pour un sujet psychotique de délimiter son moi du non-moi ou de se sentir habiter son corps, difficulté qui empêche corrélativement son ouverture à l'autre, dans la mesure où l'altérité ne peut pas être reconnue comme telle. Lorsqu'Oury dit que ces sujets sont à la fois partout et nulle part, il fait par conséquent référence à la dispersion psychique et spatiale qui rend aléatoire leur ancrage dans des lieux d'où ils pourraient être réceptifs au monde et vivre de véritables rencontres. Il n'est toutefois pas question de dire que la rencontre avec un sujet souffrant de psychose est impossible : il s'agit au contraire d'affirmer, comme le soulignent Germain et Caron, la nécessité d'une stratégie thérapeutique pragmatique pour la possibiliser.

B. Face au trouble de l'être-là, une stratégie du transfert

C'est cet abord stratégique de la psychothérapie institutionnelle – celui-là même qui structure aussi la liberté de circulation - qui, nous semble-t-il, a amené Oury à émettre certaines réserves vis-à-vis de l'utilisation du concept de *Dasein*, en tant qu'il pouvait faire manquer quelque chose de la difficulté psychopathologique des sujets psychotiques. Dans une conférence à Nantes en 1977, reproduite dans *Onze heures du soir à La Borde*, Oury disait en effet :

« quand on assiste à cette auto-constitution permanente minute après minute, du schizophrène, si on s'en aperçoit, cela peut poser le problème de sa propre auto-constitution ; c'est-à-dire de la rencontre que l'on peut avoir avec l'autre [...] il y a le risque de glisser sur une peau de banane – à mon avis, ça demande discussion – sur la peau de banane, que l'on appelle le Dasein. Il me semble que Heidegger lui-même, dans les dernières années de sa vie, au cours d'un séminaire du midi de la France, disait : « Il n'y a pas grand monde qui ait compris quelque chose à ce que je voulais dire quand je parlais du « Dasein » ». Et il revenait là-dessus. Il y a « ici » et puis il y a « là »... l'ouverture. On a beau faire de la conjugaison sur le Dasein, on ne sera pas pour autant au niveau de l'auto-constitution [...] » (J. Oury, 1995, pp. 202–206)

La question de l'auto-constitution ramène le lecteur à la concrétude corporelle de la psychopathologie, notamment s'agissant du rapport d'un sujet psychotique à son corps qu'il vit comme éclaté. C'est à partir de cet éclatement du corps que s'organise un dispositif institutionnel en réseau, qui s'inspire à son tour de l'œuvre de Gisela Pankow avec ses patients souffrant de psychoses et de son concept de la greffe de transfert. Plutôt que de relater les cures menées par Pankow¹⁰⁶, nous ferons appel à l'un de ses lecteurs, Robert Pelsser, afin de dégager les éléments structuraux du processus de la greffe de transfert :

« La technique des greffes de transfert vise à provoquer le transfert, mais par le biais d'un objet ajouté (une greffe) à l'intérieur de la relation patient analyste. Il s'agit de développer une technique permettant au patient d'avoir accès à l'autre ». (Pelsser, 1984, p. 84)

¹⁰⁶ Gisela Pankow est en effet connue pour avoir laissé une œuvre très clinique : si certains des concepts qu'elle a apportés au corpus analytique sont aujourd'hui encore des fondamentaux du traitement des psychoses, ceux-ci n'étaient que très peu mis en valeur dans son travail d'écriture, rendant difficile la citation d'extraits précis.

Dans le travail de Pankow, la greffe de transfert apparaît donc un concept opératoire reliant théorie et pratique dans la cure. Parler directement de greffe de transfert au niveau institutionnel n'aurait toutefois pas de sens : beaucoup de nos auteurs s'accordent à dire que l'institution fonctionne par effets de ricochet, et il serait par conséquent impossible de prédéterminer quel personnage ou lieu de l'ensemble institutionnel permettra et recevra la greffe. La relation entre analyste et patient laisse alors la place, au niveau institutionnel, aux rapports d'ouverts :

« C'est pour ça qu'il peut y avoir comme corollaire de redéfinir le pare-excitation et ce qu'on appelle le *filet institutionnel*. C'est un filet, comme un filet de pêcheurs, avec des nœuds qui sont des ouverts. Par exemple, les rapports complémentaires, c'est en fin de compte des rapports d'ouverts. » (J. Oury, 2014, p. 180)

Parler de greffe d'ouvert répond, nous semble-t-il, au problème de l'adaptation d'un outil provenant de la cure individuelle au niveau des échanges institutionnels - Oury dira que la greffe d'ouvert est « le moyen le plus adéquat pour délimiter la personnalité » (J. Oury, Bernier, Chedri, & Luca-Bernier, 2012) - et c'est ainsi qu'elle peut prendre sa place parmi les concepts opératoires de la logique institutionnelle. La greffe d'ouvert enrichit la logique de programmation du hasard chez Oury : il s'agit en permanence pour le psychiatre et son équipe - de « manœuvrer les ouverts » (J. Oury, 2015, p. 114) afin de réaliser les conditions dans lesquelles une greffe de transfert est possible. Le mouvement d'ouverture implique les professionnels avec la fonction d'accueil tout autant que les patients, dans le but de créer des rapports quotidiens conviviaux (Ledoux, 2007, p. 125) et de construire l'hospitalité à plusieurs (Chemla, 2016a). Les greffes d'ouvert sont donc un rempart contre la chronicité institutionnelle ; dans sa préface à *La psychothérapie institutionnelle par gros temps* (Horace Torrubia, 2002), Oury parlait de son souci constant :

« de maintenir des « greffes d'ouvert » dans le compact des pressions aliénatoires, massives, écrasantes. Un enjeu pour maintenir contre vents et marées un « processus d'institutionnalisation » comme le souligne Hélène Chaigneau. » (J. Oury, 2008b, pp. 44–45)

Ainsi la greffe d'ouvert conçue par la P.I. se détache-t-elle petit à petit de l'abstraction de la position d'ouverture chez Maldiney pour venir se connecter à la pragmatique des échanges de la vie quotidienne :

« On disait que c'était très important qu'il y ait des rapports de complémentarité, c'est-à-dire une sorte d'ouverture de toute relation toujours vers un autre champ. On donnait des exemples comme un type qui vend des bonbons au bar, on voit bien que chaque petite relation va entraîner une ouverture vers d'autres relations. On peut dire ça autrement en disant qu'il y a possibilité de créer une sorte de filet institutionnel, une sorte de réseau, mais un réseau variable et pas fermé. J'avais même dit, pour bousculer toutes les imageries qu'on peut avoir dans la tête et pour reprendre l'expression de Tosquelles, c'est *un filet institutionnel* (comme un filet de pêche), mais où les nœuds sont des ouverts. Pour qu'il puisse y avoir un filet institutionnel avec des nœuds ouverts, avec des rapports de complémentarité, ça nécessite qu'il y ait une multiplicité d'événements, et donc de distinctivité. » (J. Oury, 2014, p. 121)

On ne peut cependant pas comprendre les implications de cet extrait sans réfléchir à ce qui relie l'ouverture interne du milieu et son ouverture vers l'extérieur : l'analogie entre espace et langage dont nous avons déjà parlé, mais aussi, de façon plus pratique, l'existence d'une association de type Club thérapeutique.

C. L'ouverture d'espace comme moyen d'ouverture psychique : rencontre avec l'extérieur

C'est donc la greffe d'ouvert qui permet l'associativité et le passage caractéristiques d'une structure réticulaire constituée de multiples institutions. Pas de passage possible si le nœud vient fermer la circulation, qu'il s'agisse d'une circulation psychique ou spatiale. Ainsi Oury et beaucoup d'autres auteurs de la P.I. ont-ils articulé ouverture au-dedans et ouverture vers le dehors :

« le premier objectif de Saint-Alban a été de lutter pour supprimer les cellules et les quartiers d'agités. Pour cela (c'est un peu la même chose qu'à Gorizia), il a fallu structurer le milieu, faire des réunions, faire une sorte de « psychothérapie » collective. Sur le plan strictement matériel, donner des responsabilités, restructurer la hiérarchie, la fonction des infirmiers, transformer les gardiens en infirmiers, etc. Ca, c'est resté toujours pour moi la base de toute théorie de l'organisation d'un milieu psychiatrique. L'ouvrir vers l'extérieur d'une part, lui permettre d'autre part de devenir un milieu qui soit respirable ou, si vous voulez, où l'on puisse parler. » (J. Oury, 2001, p. 81)

La question de l'ouverture dresse un pont direct entre espace et psyché, à travers la figure du réseau. L'ouverture au monde se réalise en effet au plan subjectif et spatial – elle rappelle en cela la liberté de circulation -, mais elle appelle en plus une analogie entre institution et réseau :

« Nos discussions précédentes nous avaient laissés devant ce qui me paraît le moment décisif de l'évolution du problème de la « psychothérapie institutionnelle ». Celui où celle-ci cesse d'être pensée comme objet propre et exclusif de l'hôpital, où l'utilisation de l'instrument hospitalier apparaît comme un temps relativement contingent, dans le déroulement d'une cure dont l'axe

demeure le rapport médecin-malade, où le médecin cesse d'être pour le malade le médecin de l'hôpital pour devenir son médecin, où l'institution thérapeutique n'est plus conçue comme le seul hôpital ou service spécialisé, mais comme un réseau qui offre au malade un éventail de dispositifs, de circonstances, de personnes et de groupes de personnes prêts à lui rendre les services les plus adéquats, selon l'opportunité du cas et du moment ». (Bonnafé, 1958, p. 448)

Si l'institution est un organisme vivant, alors les mouvements de fermeture qu'elle affecte pour répondre aux contraintes externes ou internes auxquelles elle fait face sont à traiter, structurellement, de la même façon que l'on traite la fermeture schizophrénique : par des greffes d'ouvert. C'est en ce sens, pensons-nous, qu'Oury a plus tard qualifié la greffe d'ouvert de « recherche ouverte sur une sémiologie pratique » (2008b, p. 53). Une institution est organisée de façon réticulaire ; ainsi, à partir du moment où l'on travaille avec l'institution et plus uniquement l'établissement, l'hôpital ou le service, on se trouve pris dans un réseau de situèmes au sens de Poncin (1962) : c'est de ce réseau de situèmes qu'il convient de faire la sémiologie pratique. On définira avec De Saussure la sémiologie comme la science qui « étudie la vie des signes au sein de la vie sociale » : les circonstances et les personnes dont parle Oury sont alors à comprendre comme des ensembles signifiant/signifié pouvant potentiellement faire signe pour un patient, c'est-à-dire se voir conférer du sens. Greffer de l'ouvert revient donc, à tous les niveaux – qu'il s'agisse d'un patient, d'un groupe, d'une institution - à amplifier les possibilités de rapports complémentaires afin de faire émerger plus de situèmes, réintégrant ainsi le patient, le groupe ou l'institution entière dans une chaîne associative génératrice de sens. C'est en cela que, pour Oury, le club est un opérateur de greffe d'ouvert, une « organisation collective qui, au plus intérieur d'un ensemble, crée de l'ouvert » (J. Oury, 2008b, p. 134). Ceci signifie qu'à l'intégration du patient dans une structure réticulaire interne vient répondre son inclusion dans une structure réticulaire au dehors de l'hôpital, de laquelle le club est lui aussi partie prenante :

« L'un des intérêts majeurs de l'Association, et c'est sur lui que nous concluons ce chapitre, c'est de pouvoir s'ouvrir et s'articuler sur l'extérieur. Elle y trouve non

seulement des prolongements variés [...] mais des *relais* (articulation aux œuvres sociales municipales, aux maisons de la culture). C'est donc à son niveau que la thérapie institutionnelle, communautaire, débouche sur la *thérapie dans la communauté*. » (Chazaud, 1978, p. 171)

Il faut toutefois creuser la conception de l'institution comme structure en réseau liée à l'extérieur. En effet, postuler que l'institution a une forme réticulaire revient à affirmer un isomorphisme entre ce qui se passe à l'intérieur de l'institution et la façon qu'elle a de se connecter, à l'extérieur, avec les différents points d'ancrage que les patients peuvent trouver dans la cité¹⁰⁷. Cette similitude structurelle, qui n'a jamais été décrite ou directement nommée, est pourtant palpable dans un certain nombre de contributions des auteurs principaux de la P.I. :

« En même temps qu'on découvrait la nécessité d'élargir l'éventail des disciplines nécessaires au traitement du malade mental, on découvrait l'importance de son milieu de vie et donc l'ouverture devait se faire aussi dans la cité. En simplifiant encore plus, on pourrait dire que la psychothérapie institutionnelle a contribué à montrer que la folie ne pouvait rester enkystée mais qu'elle était l'affaire de tous, qu'ils soient simples citoyens, spécialiste de l'une quelconque des sciences humaines, administrateur ou politicien ». (Koechlin, 1980, p. 624, c'est nous qui soulignons)

« J'avais même eu une fantaisie, autour des années 1960, pour essayer de décrire une collectivité ; je pensais que toute collectivité était régie par des systèmes d'une logique particulière : de façon approximative, comme l'ensemble des parties d'un ensemble. Il y a les événements extérieurs qui jouent sur la

¹⁰⁷ Nous expliciterons plus longuement ce qu'est un isomorphisme et les implications de cette hypothèse dans la discussion de notre quatrième chapitre. Pour l'heure, nous définirons ce terme comme désignant la relation existant entre deux ensembles, en tant que l'ensemble d'arrivée est une projection point par point de l'ensemble de départ et que les relations entre les éléments de ces deux ensembles sont structurellement identiques.

personnalité de chacun, et ça peut « ouvrir » la place de chacun dans l'ensemble [...] ce qui se passe dans le monde compte ». (J. Oury, 1992, p. 79)

Cet isomorphisme fait le lit de la complémentarité entre les axes analytique et politique de la P.I. (J. Oury, 2007b, p. 124), entre P.I. et secteur, entre le soin apporté au dedans et les soins au dehors, à l'inverse du préjugé tenace selon lequel la psychothérapie institutionnelle serait restée cantonnée à l'intérieur des vieux asiles. Bien au contraire, de nombreux auteurs ont montré, par leur récit de l'histoire de ce mouvement, combien la P.I. conjugait d'emblée ouverture vers l'intérieur et ouverture vers l'extérieur, dans une dynamique qui serait aujourd'hui qualifiée de partenariale :

« [...] il y a aussi l'erreur, qu'on fait, encore à l'heure actuelle, de rattacher le mouvement de la thérapie institutionnelle uniquement aux murs de l'hôpital. Dès le début l'erreur a été commise, parce que les actions ne se limitaient pas à l'espace physique de l'établissement « asilaire ». A Saint-Alban les gens sortaient dans le village, il y avait des relations avec le public, etc., ce n'était pas du tout renfermé sur un groupe asilaire ». (Chaigneau, 2011, p. 29)

« il y a eu cet espèce de malentendu qui a porté beaucoup de tort au mouvement de psychothérapie institutionnelle, [malentendu] qui laissait penser que la psychothérapie institutionnelle telle que Tosquelles l'avait initiée, c'était quelque chose qui était fait pour transformer les hôpitaux [...] donc de l'hospitalocentrisme, qui nous coinçait à l'hôpital. Pour Tosquelles qui était très médecin de formation, ça allait de soi qu'il fallait aller chez les gens, rencontrer les uns et les autres, ce n'était pas encore ce qui s'appelait la politique de secteur, ça allait de soi. » (Aprill, 2013, p. 147)

Plus encore, dire que l'institution est une structure réticulaire elle-même intégrée dans un plus grand réseau, celui de la cité, permet de penser plus finement les « rapports indirects », en ricochet, dont parlait souvent Oury. L'une des propriétés d'un réseau consiste

en effet à ce qu'un changement affectant l'un de ses éléments affecte la forme et la nature de la structure de l'ensemble. On peut donc ainsi lier directement le soin porté à l'institution aux rapports de l'institution au dehors : tout changement d'organisation à l'intérieur de l'une des multiples institutions d'un réseau transforme les rapports qu'entretiennent les différents éléments de ce réseau. En somme, il est impossible d'affirmer que la psychothérapie institutionnelle ne concerne que l'hôpital puisque dès le départ son action était pensée dans le même temps pour changer les rapports en son sein et à l'extérieur de lui. C'est le sens, nous semble-t-il, des mots de Tosquelles dans l'un de ses *Cours aux éducateurs* (Tosquelles, 2003a):

« Ceux qui parmi nous portent l'accent sur l'opportunité, très justifiée dans beaucoup de cas, de « soigner les malades » ou les enfants *en contact* avec la société extérieure, feraient bien d'envisager leur comportement thérapeutique, à la lumière de ce qu'une étude « artificielle » de *l'action extérieure d'un groupe sur les autres* aurait pu dévoiler dans les isolats culturels que sont les institutions thérapeutiques classiques » (p. 93)

C'est cette intrication entre soin au « dehors » et soin du « dedans » qui permet à la psychothérapie institutionnelle d'avancer, et nous en reparlerons dans notre quatrième chapitre, qu'il est possible de soigner les relations entre institutions dans le secteur de la même façon que l'on soigne les relations entre les différents sous-ensembles à l'intérieur d'une institution, voire que l'un ne peut pas aller sans l'autre. La structure d'inter-transformation entre organisation sociale et organisation psychique (pour reprendre les termes de Lin Grimaud (2010) affecte en réalité le réseau dans son entier, car les effets du travail institutionnel en l'un de ses points transforment à leur tour la structure des échanges entre les éléments qui le composent. Cette conception donnera naissance à l'idée de psychothérapie « trans-institutionnelle » proposée par Jean Garrabé, qui nous apparaît d'une modernité encore plus grande que celle de tous nos autres opérateurs, tant la constitution d'un réseau de soins autour du patient/usager, pour lui et avec lui, est devenue aujourd'hui le mot d'ordre des soins et de l'accompagnement en santé mentale.

Conclusion : La psychothérapie institutionnelle, un système théorico-pratique ouvert.

Au terme de notre analyse, il apparaît que si la psychothérapie institutionnelle n'existe pas en soi, puisqu'il serait bien difficile d'attester de l'existence dans son milieu naturel et presque *ex nihilo* d'une praxis qui a besoin, pour porter ce nom, d'être en permanence théorisée, son corpus fait en revanche figure de système théorico-pratique ouvert. La typologie que nous avons présentée ne prétend donc pas à l'exhaustivité : elle répond plutôt à une démarche structuraliste – et c'est en cela que nous nous référions, dans notre second chapitre, à la « psychologie fondamentale de terrain » -, cherchant à repérer des invariants au sein du corpus de la P.I. qui prendraient la forme du « plus petit dénominateur commun » de ce corpus.

Les opérateurs que nous avons dégagés constituent un système praxéologique ouvert, car chacun d'entre eux rentre en relation avec les autres, soit qu'il les détermine directement ou par ricochet, soit au contraire qu'il ne soit mobilisable qu'à la condition qu'un autre opérateur soit déjà au travail. En réalité, et nous avons tenté de le montrer, aucun opérateur n'a véritablement de préséance sur les autres, car tous sont nés d'un constat clinique intangible : celui de l'existence du transfert et de son caractère moteur pour le soin des patients au sein des « institutions », c'est-à-dire des réseaux d'échanges qui inévitablement naissent dans tout établissement, structure ou collectivité humaine. Chacun de nos opérateurs touche donc à sa façon au problème transférentiel lorsqu'il se mélange à des contraintes politiques, c'est-à-dire de la vie en commun.

Ainsi avons-nous pu avancer que c'était bien le transfert, et notamment la prise en compte de son existence entre patients et infirmiers, qui avait amené les psychiatres à reconnaître le rôle crucial de leurs collègues dans la thérapeutique institutionnelle. La remise en question de l'équivalence du coefficient thérapeutique des actions de chacun avec son statut professionnel introduisait alors une brèche dans la hiérarchie statutaire, au profit d'une hiérarchie plus fonctionnelle des compétences. La subversion de la hiérarchie traditionnelle a

des effets sur la conception de la vie quotidienne en psychiatrie : s'il n'est pas certain que l'entretien avec le psychiatre soit plus thérapeutique qu'un temps informel avec des pairs ou la confection à plusieurs d'un repas pour la communauté, n'est-il pas cliniquement plus juste, pour tenir compte de la singularité de chaque sujet en présence, de considérer que tout moment et action du quotidien est affecté d'un certain coefficient thérapeutique qui varie d'un patient à un autre, et qu'il est donc du devoir des professionnels de dévoiler ces multiples coefficients pour les utiliser au mieux ?

C'est à cet endroit qu'arrive la question du mode de relation prévalent entre les différents sujets en présence. Comme nous l'avons signalé au début de notre troisième opérateur, les catégories traditionnellement repérées du « faire pour », du « faire faire » et du « laisser faire » (Velpry, 2008) ne nous semblaient pas suffisantes pour décrire le travail souvent collectif fait en psychiatrie. Afin de répondre à la difficulté clinique pour beaucoup de patients d'« être avec » leurs semblables, la psychothérapie institutionnelle répond avec le « faire avec », ou le « faire ensemble », autrement dit un mode relationnel privilégiant le processus de réalisation de l'action plutôt que la réalisation elle-même. Le « faire avec » est un mode relationnel transversal à certaines typologies proposées en sociologie (Demailly, 2008), car il peut être un moyen d'exercer une action thérapeutique, éducative voire analytique, mais toujours à l'intérieur d'un système de médiations multiples. Nous avons montré comment ce mode relationnel s'incarnait, dans le courant de la P.I., dans l'association loi 1901 dite « Club » ; sa caractéristique principale est de permettre la prise en compte des sujets en présence dans une perspective relativement horizontale des relations : l'« avec » vient lui aussi subvertir la hiérarchie.

La régulation du « faire avec » nécessite toutefois, qu'il s'agisse des relations entre usagers, entre professionnels ou entre professionnels et usagers, l'instauration de réunions dans lesquelles la parole est libre de circuler. Le bon fonctionnement de ces réunions fait intervenir la distinction statut/rôle/fonction, car si les réunions peuvent certes se tenir sans qu'elle soit opérante, elles risquent alors d'être vectrices - et c'est là ce que la psychothérapie institutionnelle veut empêcher - d'aliénation sociale. La réunion permet la confrontation de points de vue et donc la création d'une perspective globale sur le problème à résoudre, que celui-ci soit de nature institutionnelle ou clinique. Si la réunion la plus emblématique de la

psychothérapie institutionnelle est celle dite de « constellation », réunissant l'ensemble des personnes qui comptent pour un patient dans un moment où les relations avec lui sont plus difficiles, les réunions entre professionnels servent aussi à partager la fonction de décision, contribuant ainsi à maintenir la distinction statut/rôle/fonction.

Réunir les professionnels pour parler de leurs rencontres avec les patients n'a cependant aucun sens si ni les uns ni les autres n'ont la possibilité de circuler librement dans l'espace. La logique derrière ce postulat est assez mathématique : plus les patients auront la possibilité de circuler entre différents lieux, plus ils multiplieront leurs chances de faire des rencontres hétérogènes parmi lesquelles ils trouveront des accroches transférentielles nouvelles. La mise en place de la liberté de circulation exige donc comme corollaire une hétérogénéité des lieux : nul besoin d'explorer l'espace, en effet, si celui-ci n'est pas fait d'éléments distincts parmi lesquels se promener. Chez les promoteurs de la psychothérapie institutionnelle, nous avons vu comment cette réflexion de l'ordre du bon sens prenait une profondeur inattendue lorsqu'elle était conjuguée à des apports linguistiques, à travers une analogie fructueuse entre espace et langage. Cheminer c'est déjà, par sa marche, structurer un langage du déplacement : pour des psychiatres férus de psychanalyse lacanienne structuraliste, la circulation était une occasion pour la personne psychotique de recréer une chaîne signifiante et ainsi de redonner du sens à l'espace et à la présence des autres dans le monde.

Les occasions de rencontres rendues possibles grâce à une plus grande liberté de circulation ne peuvent cependant être utilisées au mieux sans leur médiatisation par la fonction d'accueil. Une fois distingué l'accueil de sa contrepartie établisementale – l'admission -, nous avons éclairé la façon dont les psychiatres avaient tenu compte du rôle important des pairs dans ce processus. L'accueil est alors conceptualisé comme une fonction collective, de nature processuelle et à long terme ; certains auteurs en ont parlé comme de la rencontre entre deux « paysages », de l'ordre d'une adaptation réciproque. La fonction d'accueil est donc à comprendre comme une position idéologique du mouvement de la P.I. au sujet de l'équilibre entre réadaptation à la société et tolérance à la folie. Nos auteurs ont en effet majoritairement penché pour le second des deux termes, conformément à l'idéal de désaliénation des pratiques psychiatriques qui avait trouvé son essor après la Seconde Guerre mondiale.

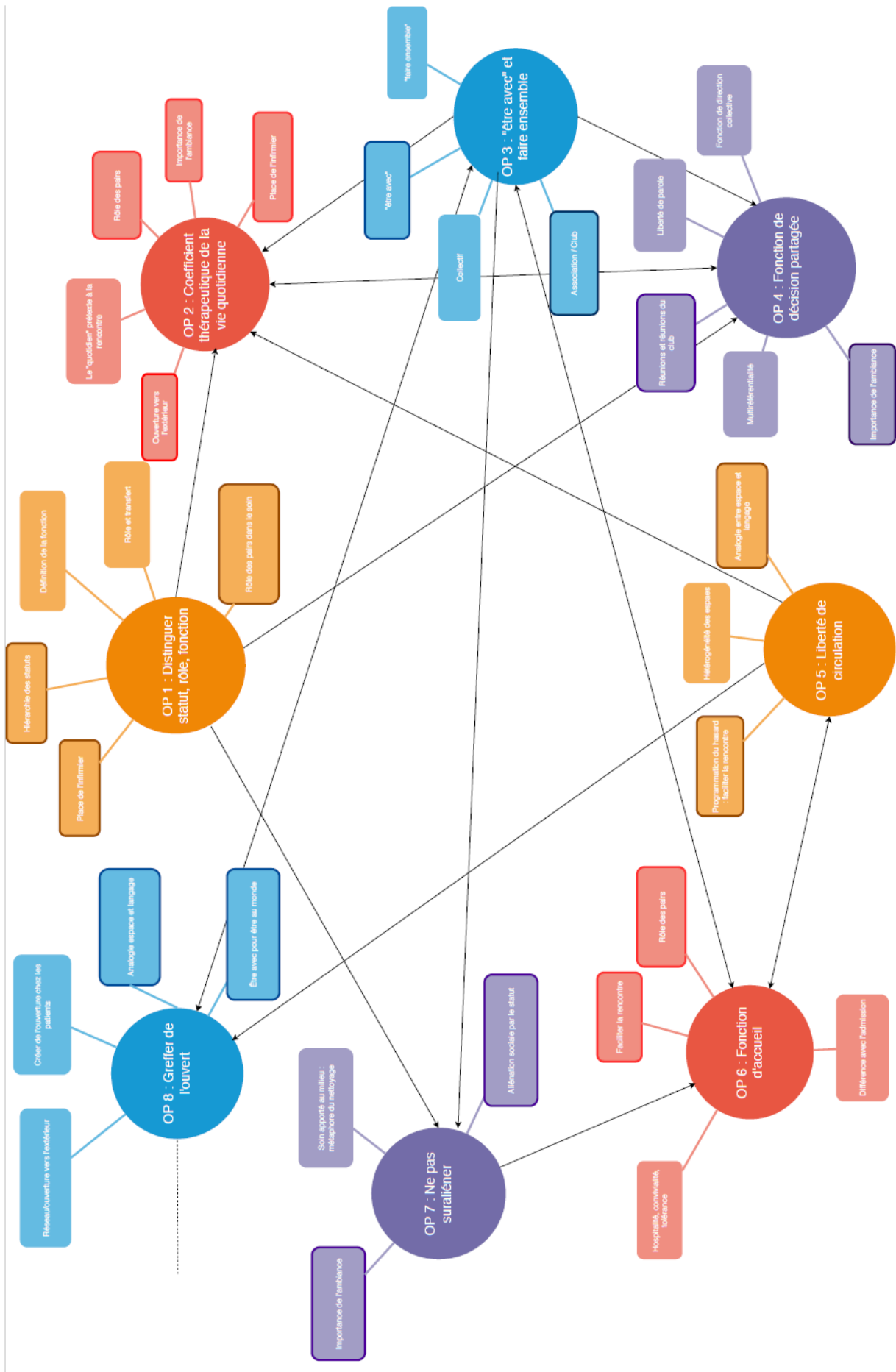
Ainsi avons-nous pu faire un pont vers notre septième opérateur. La question à laquelle il répondait était apparemment simple, mais touchait au cœur le courant de la psychothérapie institutionnelle : que veut-elle pour ses patients ? Nous avons fait le pari d'un désir de ne pas suraliéner, afin de respecter l'expression de Lucien Bonnafé sur le travail de désaliénation qu'il comparait au premier principe de la médecine hippocratique, pour ensuite mettre en évidence que cet opérateur était fort ancien dans le corpus car il tenait à des recherches empiriques, en France et même aux Etats-Unis, sur ce qui contribuait dans l'ambiance des services à déclencher des symptômes comportementaux sévères chez les patients. Nos développements nous ont permis de soutenir que l'aliénation sociale régnant dans tous les groupes humains pouvait être étudiée en termes psychopathologiques car elle faisait éclore des psychopathologies dans le groupe ; il fallait donc pour les psychiatres réformateurs rendre le travail sur l'aliénation visible, entendable et accessible, bien loin de ce que la réécriture actuelle de l'histoire de la psychiatrie française a voulu en faire, à savoir une psychanalyse pour tous.

Nous l'avons dit en début de ce chapitre : nous comptions initialement nous arrêter à ces sept opérateurs, tels que présentés dans notre mémoire de Diplôme Inter-Universitaire¹⁰⁸. Pensant que nous avions prouvé une communauté théorico-pratique assez forte entre les nouveaux courants en santé mentale et celui de la psychothérapie institutionnelle, le retour de Jean-Luc Roelandt, qui était le superviseur de ce travail de validation, nous avait surprise : il avait en effet souligné que notre travail le confortait dans ses idées sur la P.I., qui avait selon lui échoué par enfermement dans les établissements. Cette remarque a pour notre travail été décisive : était-ce réellement que la psychothérapie institutionnelle n'avait jamais conçu sa propre ouverture au-delà des établissements de soins, ou n'était-ce pas plutôt notre travail de recherche qui avait omis l'un de ses éléments fondamentaux ? A bien lire les retours

¹⁰⁸ Ce document, disponible en version pdf à l'adresse suivante : <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/pdf/LaviepsychiquedesmursHHALIDAY.pdf>, permet à la fois d'attester que ces opérateurs étaient pour nous au travail assez tôt dans notre travail de thèse – preuve qu'avant même d'effectuer une analyse du corpus détaillée, nous avions déjà notre grille d'analyse en tête grâce à nos lectures antérieures -, mais aussi de montrer le fil de nos réflexions puisqu'ils n'étaient, lorsque nous avons rendu ce mémoire en octobre 2016, qu'au nombre de sept.

d'expériences des psychiatres dont nous avons étudié les œuvres, nous avons jugé pertinent et justifiable d'ajouter la greffe d'ouvert à l'ensemble des opérateurs de base de la P.I. Certes, la greffe d'ouvert était initialement conçue au niveau du transfert ; certes, de façon analogue à ce que nous avons relaté dans notre premier chapitre au sujet du traitement accordé au terme d'institution, la greffe d'ouvert n'est intervenue dans le corpus que dans un deuxième temps, et pas dès le début du mouvement. Il nous semble cependant avoir rassemblé suffisamment de matériel datant de la fin des années 70 et du début des années 80 pour considérer qu'elle fait partie intégrante du corpus, son inclusion tardive montrant d'ailleurs que la psychothérapie institutionnelle a su évoluer avec son temps et complexifier sa théorie afin de toujours rejoindre à son horizon, selon l'expression de Lacan (1956), la subjectivité de son époque. Ainsi avons-nous proposé que d'une greffe d'ouvert au sens psychique du terme, les promoteurs de la P.I. avaient été amenés à conceptualiser, toujours selon l'analogie féconde entre espace et langage (ou espace et psyché), une ouverture psychique passant par une ouverture vers l'extérieur, applicable du colloque singulier avec le malade jusqu'aux relations partenariales avec la ville – dont l'hôpital de Saint-Alban, par ailleurs, était déjà un précurseur exemplaire.

Notre recherche des invariants généraux de la P.I., que nous avons au départ regardé comme un simple point de méthodologie pour expliciter la constitution de la grille d'analyse avec laquelle nous comptons travailler nos données de terrain, s'est donc au fur et à mesure transformée en une partie importante de nos résultats de recherche. Afin de représenter graphiquement la façon dont nos opérateurs s'entrecroisent, nous proposons ci-dessous un schéma sous forme de réseau thématique (Attride-Stirling, 2001). Les relations d'influence y sont représentées par des flèches uni ou bi-directionnelles, et les cases entourées en gras éclairent les idées communes entre opérateurs qui permettent de les relier. Cette représentation en réseau thématique sera complétée par des récapitulatifs plus classiques sous la forme de tableaux comparatifs situés à la fin de chaque sous-partie de notre quatrième chapitre, qui nous permettront de mettre à l'épreuve notre hypothèse de travail et de déterminer la mesure dans laquelle les opérateurs de la P.I. se retrouvent, en des formes plus ou moins éloignées, dans les pratiques actuelles des professionnels de la santé mentale en France.



Réseau thématique de la psychothérapie institutionnelle

Chapitre 4. Résultats de l'enquête de terrain : présence et évolution des opérateurs de la psychothérapie institutionnelle dans les pratiques contemporaines en santé mentale

Introduction à la révision des opérateurs

Ce chapitre reposera majoritairement, comme nous l'avons expliqué dans la section de ce manuscrit dédiée à la méthodologie de notre recherche, sur les verbatims des entretiens que nous avons faits avec des professionnels des secteurs sanitaire et médico-social, complétés par les observations que nous avons consignées dans nos journaux de recherche et le cas échéant par des documents récoltés sur le terrain. Dans la mesure où les extraits que nous citerons feront souvent appel au registre du retour d'expérience et de la réalité psychique de ces professionnels, ce chapitre ressemblera, tel un faux-jumeau, à la première partie de nos résultats tirée de la lecture des auteurs principaux de la psychothérapie institutionnelle. Ce que nous proposons ici de faire, à l'instar de la chercheuse Laurie Williams (2012) qui avait demandé aux développeurs informatiques fonctionnant avec la méthode agile ce qu'ils pensaient de cette méthode afin de la confronter aux retours du terrain, c'est bien, d'une certaine façon, de revisiter le corpus de la psychothérapie institutionnelle en fonction de ce que les professionnels disent de leur quotidien avec les patients ou les usagers, leurs collègues et leurs partenaires dans la ville.

Cette révision du corpus de la P.I. par ceux qui, aujourd'hui, sont peut-être toujours travaillés dans leurs pratiques individuelles et d'équipe par ce que ce mouvement avait jadis repéré, nous paraît d'autant plus nécessaire que la P.I., même dans les structures travaillant avec ce référentiel, peut apparaître décalée par rapport aux réalités quotidiennes des soins et de l'accompagnement :

« Après, pour ce qui est de cette psychothérapie institutionnelle, moi franchement ceux qui la prônent je n'adhère pas complètement à leur discours, j'ai envie de leur

dire : « mais arrêtez enfin, vous êtes dans l'illusion, venez dans les services, venez voir ce qui se passe au quotidien, venez rencontrer les soignants parler de leurs difficultés » parce que je suis aussi consciente de ça... voilà, ne pensez pas que la psychothérapie institutionnelle puisse être une réponse à tout, ce n'est pas vrai, venez dans les services, regardez ce qui se passe » (25C41)

« la difficulté aussi de mon point de vue c'est d'appliquer la P.I. dans un établissement public, je vais te dire il y a la politique de La Borde qui est un établissement privé qui peut se permettre certaines choses que nous on ne peut pas se permettre... parce qu'on est le service public et qu'on a aussi des comptes à rendre. Je pense qu'à l'heure actuelle c'est cette difficulté de pouvoir transporter, ou transposer la culture de la P.I. dans le privé au cœur du service public » (25PXX)

« les concepts par exemple c'était libre circulation, pour un enfant autiste je veux dire... il était en train de se balancer pendant une heure dans un couloir où tout le monde le laissait là, moi ça ne me paraissait pas tout à fait répondre à ses besoins, donc il y avait quand même comment les concepts de la psychothérapie institutionnelle ont été pensés autour d'une pathologie, comment est-ce qu'il faudrait les repenser à partir de la clinique qu'on accueille aujourd'hui [...] » (C60P33)¹⁰⁹

Face au concret de la clinique, certains professionnels que nous avons rencontrés et qui travaillaient avec la P.I. au quotidien demandaient une remise sur le métier de ses concepts afin de la rendre transposable « au cœur du service public » en la désidéalisant et en la dé-fétichisant. Les extraits d'entretiens que nous venons de citer font référence à trois réalités

¹⁰⁹ La pathologie autour de laquelle a historiquement été pensée la P.I. était la psychose, comme l'indiquent nombre d'extraits que nous avons cités dans notre troisième chapitre. Cette professionnelle de notre terrain de cadrage, un Centre Médico-Psycho-Pédagogique, voyait quant à elle dans sa consultation bien plus d'enfants atteints d'un trouble du spectre de l'autisme que d'enfants présentant des troubles psychotiques impliquant un grand morcellement du corps et du transfert. La remarque que nous rapportons était donc certainement liée à la population de référence de son lieu d'activité, mais elle nous semble pertinente compte tenu des questions que pose l'arrivée d'autistes adultes dans des services sanitaires et médico-sociaux.

différentes qui viennent solliciter la psychothérapie institutionnelle et la pousser à recommencer un travail de théorisation qui ne soit pas qu'un hommage à l'œuvre de ses auteurs : les difficultés des soignants dans un contexte qui, nous l'avons brièvement décrit, est extrêmement contraignant et psychiquement éreintant ; la collision entre valeurs de la psychothérapie institutionnelle et obligations « établisementales » propres aux établissements publics ; l'adaptabilité de ses concepts en fonction des publics accueillis, autrement dit de la clinique elle-même.

Nous prenons le parti de penser que ce sont les réalités diverses et complexes des professionnels en situation d'accompagner des personnes en souffrance psychique qui peuvent éclairer la psychothérapie institutionnelle sur certains de ses points aveugles. L'un d'entre eux nous est apparu lors de notre travail de thématization : les termes initiaux des concepts opératoires de la psychothérapie institutionnelle, parce qu'ils étaient imbibés d'une culture phénoménologique, psychanalytique et politique propre aux années 60-70, ne se retrouvaient que très peu dans les discours de nos interviewés. Cela ne signifiait toutefois pas que nos opérateurs n'étaient pas au travail : en laissant la pensée des professionnels se déployer, nous retrouvions souvent non pas la forme et les mots exacts mais le fond et le *sens* des opérateurs que nous avons repérés. Par ailleurs, du fait de la première limite que nous venons de souligner, les concepts opératoires tels qu'ils étaient formulés par la P.I. ne sont que très difficilement accessibles *directement* à partir de la pratique quotidienne. En tant que ponts entre la théorie et la pratique, ils ont besoin pour exister que les professionnels portent un discours sur leur activité, discours que pour certains ils n'avaient jamais porté auparavant, car nous étions la première chercheuse à venir leur poser des questions sur leur travail quotidien. Cette deuxième limite méthodologique inhérente à notre grille d'analyse nous a poussée à reproduire des morceaux de texte parfois longs, afin précisément de laisser entrevoir au lecteur comment petit à petit une pensée usant de termes conventionnels peut devenir en l'espace d'un moment de monologue introspectif, quoiqu'accompagné¹¹⁰, une

¹¹⁰ Nous avons en effet combiné lors de nos entretiens un style semi-directif nécessaire au suivi de notre grille de questions et une oreille clinique qui laissait venir le matériel. Certains professionnels pouvaient donc parler plus de dix minutes d'affilée sans que nous les interrompions : c'est en cela que nous proposons qu'ils ont vécu, accompagnés par nous, des moments de monologue introspectif.

pensée personnelle. Ce qui se passait dans ces moments d'association libre en la présence d'un autre relevait d'un mouvement de théorisation de la pratique caractéristique de la mise en mouvement psychique de concepts opératoires. Du fait même de leur nature, ce n'est en effet qu'une fois conscientisés et faits objets de parole et d'élaboration que les opérateurs de notre grille deviennent repérables pour l'observateur extérieur.

L'idée de ce chapitre n'est toutefois pas d'identifier si nos opérateurs fonctionnent toujours dans les services selon les préceptes des auteurs dont nous avons analysé les œuvres, mais au contraire de voir *si et comment les questions posées par les psychiatres de la psychothérapie institutionnelle et auxquelles les opérateurs étaient destinés à répondre de façon théorico-pratique travaillent toujours les services sanitaires et médico-sociaux français*. Il s'agira donc pour nous de saisir l'écart entre l'ancienne et la nouvelle version de ces opérateurs, afin de les compléter et de les adapter en fonction de ce que nous ont confié nos interviewés et d'ainsi réactualiser la psychothérapie institutionnelle à partir des retours du terrain.

Nous proposerons, comme dans notre troisième chapitre, de présenter ensemble les résultats de notre recherche et notre analyse de ces résultats¹¹¹, afin d'emmener le lecteur au plus près des réflexions qu'ont suscité chez nous les quelques mois que nous avons passés à découvrir des structures différentes éparpillées en France. Il nous paraissait en effet difficile, en restant dans le champ de la psychologie clinique, d'écrire en séparant totalement la partie expérimentale descriptive de son après-coup lors de l'analyse thématique. Cependant, afin d'éclairer de façon plus cadrée ce que nous avons retrouvé et modifié des opérateurs en nous confrontant au réel des accompagnements de patients/usagers du système de santé mentale, nous proposerons, pour chacun de nos opérateurs, une partition en sous-thèmes en fonction du matériel recueilli, puis, dans un récapitulatif destiné à introduire la discussion, une comparaison des points de convergence mais aussi de divergence du corpus de nos entretiens et observations avec celui de la P.I. Nous inclurons en conclusion de la révision de chacun des

¹¹¹ La combinaison des résultats et de leur analyse, par opposition à l'organisation segmentée classique du format IMRAD utilisé pour les articles (Introduction-Méthode-Résultats-Analyse-Discussion) est une possibilité reconnue de présentation de données qualitatives (Burnard, Gill, Stewart, Treasure, & Chadwick, 2008).

opérateurs un récapitulatif dialectique comparant les sous-thèmes issus de l'étude de documents (chapitre 3) et ceux provenant de nos semaines de terrain (chapitre 4), et ferons finalement suivre nos huit opérateurs d'une section de discussion qui éclairera deux points qui pourraient, à notre sens, faire l'objet d'approfondissements voire de nouvelles recherches. Comme nous y enjoint la référence à Lacan au sujet de la transmission et de la réinvention du corpus psychanalytique par chaque psychanalyste¹¹², il nous faudra aborder la question des modalités de transmission de la psychothérapie institutionnelle dans le système de santé mentale actuel, autrement dit de la dépendance du mouvement à des *leaders* forts afin de concrétiser le changement dans les institutions. Nous amènerons, pour clore notre écrit, une hypothèse qui apporte un élément de réponse à l'embarras qui était le nôtre lorsque nous avons commencé ce travail, à savoir la possibilité d'étendre l'agencement de concepts opératoires de la P.I. à l'échelon organisationnel des relations inter-institutionnelles pour penser le réseau de soins en santé mentale et les parcours singuliers qui s'y déploient.

Reconnaissons que le chapitre à venir pourra se révéler frustrant à la lecture, tant il paraîtra à certains moments antinaturel de distinguer des paramètres qui sont dans la clinique toujours intimement liés, et dont nous tenterons autant que faire se peut de souligner les liens sans toutefois quitter la trame de notre plan. Le peu de variété dans le vocabulaire que nous emploierons pour désigner les personnes qui nous ont accordé des entretiens (« professionnels », « interviewés », éventuellement « participants ») donnera parfois à nos développements une consonance assez peu clinique qui ne doit pas faire oublier, et nous utiliserons parfois à dessein le terme, que ces professionnels sont avant tout des « soignants », c'est-à-dire des personnes qui par leur métier ont choisi de « prendre soin ». Le terme « soignant » pourra donc désigner des professionnels du social et du médico-social en tant que leur action d'accompagnement, si elle n'est pas à proprement parler un « soin », participe

¹¹² Nous faisons ici référence à une intervention de Lacan faite vers la fin de sa vie à un Congrès de l'Ecole Freudienne de Paris : « Tel que maintenant j'en arrive à le penser, la psychanalyse est intransmissible. C'est bien ennuyeux. C'est bien ennuyeux que chaque psychanalyste soit forcé – puisqu'il faut bien qu'il y soit forcé – de réinventer la psychanalyse. Si j'ai dit à Lille que la passe m'avait déçu, c'est bien pour ça, pour le fait qu'il faille que chaque psychanalyste réinvente, d'après ce qu'il a réussi à retirer du fait d'avoir été un temps psychanalysant, que chaque analyste réinvente la façon dont la psychanalyse peut durer. » (Lacan, 1979)

du prendre soin global de la personne accueillie. Le terme de « soins » sera préféré lorsque nous parlerons des actions professionnelles dans le sanitaire et celui d' « accompagnement » dans le médico-social ; le terme de « prise en charge », malgré sa connotation marquée du côté du poids et de la lourdeur, sera utilisé comme un terme administratif indéfini.

Là où les concepts marquent un point d'arrêt de la théorie, toute la difficulté contenue dans nos opérateurs sera de préserver, même en les figeant dans l'écriture, leur caractéristique principale, à savoir d'être les représentants d'un mouvement perpétuel entre théorie et pratique. Nos opérateurs ne touchent pas directement aux points d'ancrage psychanalytique de la psychothérapie institutionnelle, mais tracent des lignes entre ces points que sont le transfert, le désir, l'inconscient, l'Autre... Ces concepts majeurs qui sous-tendent notre réflexion ne feront donc pas l'objet de sous-parties dédiées dans notre développement : ils seront, au contraire, au travail dans chacun de nos opérateurs. Nous soulignerons parfois leur présence, lorsque elle se fera suffisamment entendre pour que l'ajout de théorie analytique par-dessus des discours nourris d'un autre référentiel paraisse une évidence et pas une étape supplémentaire dans la théorisation, un surcodage de données déjà codées par les formations professionnelles et leurs langues indigènes.

Révision de l'opérateur 1 : Statuts, rôles et fonctions dans un système de santé mentale pluriel et polycentrique

« La possibilité de déplacer une forte proportion de composantes libidinales, composantes narcissiques, agressives et même érotiques, sur le travail professionnel et sur les relations humaines qui s'y rattachent, confère à celui-ci une valeur qui ne le cède en rien à son indispensabilité pour chacun aux fins d'affirmer et justifier son existence dans la société » (Freud, 2002, p. 267)

Afin d'introduire les ramifications du premier opérateur tel qu'il travaille les services du champ de la santé mentale aujourd'hui, rappelons que dans l'une de ses dernières définitions¹¹³, Oury rapprochait le statut de la « feuille de paye », autrement dit de l'organigramme, le rôle du jeu collectif, disant que « ce sont les autres qui vous le donnent », et proposait au sujet de la fonction que celle-ci ressemble à une « équation complexe, diversement ventilée sur plusieurs personnes » (J. Oury, 2008a, p. 42).

Nous avons organisé dans notre troisième chapitre une présentation de cet opérateur avec les quatre sous-thèmes suivants, qui nous avaient permis de naviguer du statut jusqu'au rôle et d'en arriver finalement à la fonction : la critique du statut comme reposant au départ sur l'introspection faite par les tenants du pouvoir médical ; la subversion de la hiérarchie par le rôle à partir de la reconnaissance de la place de l'infirmier dans la thérapeutique ; la prise en compte des rôles en fonction du transfert et finalement la construction et l'étayage d'une hiérarchie fonctionnelle plus pertinente, à certains égards, que la hiérarchie statutaire.

De façon significative, nous avons retrouvé l'ensemble de ces sous-thèmes dans le corpus de nos entretiens, avec quelques différences terminologiques. Il était prévisible que nous ne puissions retrouver les termes exacts employés par les auteurs historiques de la

¹¹³ La citation complète est disponible pp. 210-211 de ce manuscrit.

psychothérapie institutionnelle que dans des structures qui s'en revendiquaient ouvertement, mais nous avons été frappée par le nombre de professionnels qui remettaient nettement en cause la hiérarchie statutaire, faisant passer le même message d'ensemble que celui délivré par la P.I. il y a maintenant soixante ans.

Ainsi avons-nous vu la question du statut revenir sous les auspices de la hiérarchie et du pouvoir médical tandis que le rôle, qui pour les auteurs de la P.I. était toujours lié au transfert, semblait être conçu à travers la figure d'un « supplément relationnel » commun à tous les métiers du soin et de l'accompagnement. La fonction est quant à elle apparue à travers la notion de compétence, en tant que les compétences outrepassent parfois la division du travail et permettent de « faire fonction de ». Nous verrons dans les développements qui vont suivre que les professionnels semblaient globalement préoccupés par la façon dont ils pouvaient se situer les uns par rapport aux autres et par rapport aux patients et aux usagers. Notre but n'est pas là de juger les solutions que ces professionnels trouvent à l'aune de notre conviction et de notre engagement vis-à-vis du modèle proposé par la psychothérapie institutionnelle, mais plutôt au regard de la façon dont leurs questionnements et les solutions qu'ils y trouvent leur permettent sinon de tirer leur épingle du jeu, en tout cas de produire des réflexions sur le sens de leur métier qui ne sont pas sans lien avec les problématiques repérés par leurs prédécesseurs.

A. La hiérarchie et le pouvoir médical en question

Si à l'époque de la réforme psychiatrique la critique du statut ne pouvait venir que des médecins, seuls professionnels véritablement formés des services de soins, la remise en question du pouvoir médical vient aujourd'hui bien plus de l'ensemble des professionnels de la santé mentale que des psychiatres eux-mêmes. Cette contestation prend naissance dans une contradiction du travail tel qu'il est organisé dans le soin en psychiatrie qu'avait résumée le sociologue Albert Ogien :

« l'activité collective d'un personnel soignant s'institue immédiatement dans une disparité entre les pouvoirs respectifs des diverses catégories de professionnels

que l'« équipe» réunit. Dans un tel contexte d'inégalité statutaire, l'instauration de la collaboration qu'implique l'idée de « travail en équipe » est marquée d'emblée par une contradiction : la collégialité est contrariée par la nécessité du respect de l'ordre hiérarchique. » (Ogien, 1987, p. 63)

L'effet de vérité de ce constat est intact, malgré ses trente ans d'âge. Le respect de l'ordre hiérarchique, s'il implique en effet tous les professionnels, s'oriente tout de même encore beaucoup autour du respect de la position d'autorité des médecins sur le reste de l'équipe, dans le sanitaire mais aussi dans le médico-social. Dans le sanitaire, tous les professionnels reconnaissent en effet l'importance de la direction de pôle donnée par le médecin-chef :

« Il y a eu un cap particulièrement important, c'est le changement du chef de pôle, enfin le chef de pôle je pense qu'il insuffle quelque chose » (59P52)

« la couleur est beaucoup donnée par rapport au médecin et au chef de service » (69AS42)

« le pouvoir médical est quand même aussi quelque part assez important, et si on laisse à la tête d'un pôle un médecin-chef qui a une approche comme ça un peu... autoritaire, un peu... et qui a une personnalité même des fois un peu mégalomanie etc on va avoir quelqu'un qui va avoir tendance à tout diriger, à tout contrôler etc. » (59C43)

« C'est lié aussi à la manière dont les choses sont orientées par le médecin-chef, par le médecin chef de pôle... tout dépend comment on imagine l'importance du soin et comment il doit être amené. » (94ER40)

« tout dépend toujours et ça dépend encore du toubib, ça dépend beaucoup du toubib, c'est eux qui ont le pouvoir, c'est eux qui décident » (47I53)

« Il faut avoir un chef de pôle qui en soit un, comme on dit qui ait les cojones quoi, désolée pour le mot ! (rit) » (25ASH52)

*« Je pense que quand même ça dépend beaucoup du chef de service, parce qu'il imprime beaucoup de choses dans l'idée de comment le service va fonctionner »
(59PH54)*

Tous les Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux (ESMS) ne font quant à eux pas forcément appel à des psychiatres, mais notre échantillon ne comprenait volontairement que des structures médico-sociales qui affichaient la possibilité pour les usagers d'être suivis du point de vue psychiatrique. Dans ces structures, si le psychiatre n'était pas chef de service, il restait tout de même perçu comme un professionnel pas comme les autres, même lorsque sa présence se faisait sous forme de vacations ou de temps très partiel¹¹⁴ :

« il y a quand même la présence du médecin qui est quand même un peu prépondérante aussi dans le médico-social, il ne faut pas se leurrer » (15C52)

« ma place de psychiatre, je l'ai tout le temps pensée... d'être un animateur des équipes, moi je me considère comme un capitaine de tempête, c'est-à-dire que je dois intervenir, redonner des directions quand il y a panique, mais le reste du temps je dois être en éveil, en écoute » (14PH61)

Ainsi, globalement, c'est le ton donné par les psychiatres qui pour l'ensemble des professionnels semble déterminer le degré de respect de la hiérarchie dans la structure où ils travaillent. Ces changements d'ambiance ne sont pas à prendre à la légère, car ils touchent les professionnels au cœur de leur métier :

« C'est vrai qu'on a été habitués avec le médecin qu'il y avait avant... les ASH, les secrétaires, les étudiants, quand ils parlaient ils étaient entendus et écoutés par le

¹¹⁴ Les deux extraits cités viennent en effet d'entretiens réalisés dans des structures médico-sociales dans lesquelles la présence du psychiatre ne dépassait pas 0.25 ETP.

médecin autant que l'infirmier quoi. On n'avait pas le sentiment de hiérarchie tu vois, c'est ça, on avait l'impression d'être un peu entendus [...] » (47I44)

« il y a vraiment quelque chose je trouve qui a changé après dans ce service-là c'est que les médecins qui sont venus derrière ont introduit le concept hiérarchique. Voilà, ça c'est quelque chose de très nouveau, on ne parle pas de tout ensemble, enfin on ne mélange pas les torchons et les serviettes...

Chercheuse : Ca n'a pas dû se faire sans heurts quand même.

Hé bien tout le monde est parti. » (94IXX)

Ce deuxième extrait provient d'un entretien avec un infirmier qui était le seul professionnel restant après le changement de chefferie de son hôpital de jour. Il nous avait relaté une évolution relativement brutale : au début des années 2000 la structure, d'orientation analytique, avait vu arriver un chef de service d'orientation cognitivo-comportementaliste qui avait progressivement banni les activités artistiques sous prétexte que leur effet thérapeutique n'était pas mesurable et imposé un certain rythme de travail et une sélection de la population, passant d'un hôpital de jour accueillant des patients parfois très chronicisés à un centre de jour estampillé « réhabilitation psychosociale ». Nous reviendrons plus loin sur le degré de corrélation possible entre l'orientation cognitivo-comportementaliste et l'imposition d'une hiérarchie rigide ; nous souhaitons ici plutôt souligner que l'introduction d'un nouveau courant avait été l'outil, plutôt que la raison, de l'établissement d'un nouvel ordre psychiatrique dans le service. Ce récit était corroboré par les explications d'autres professionnels de ce service, dont nous avons fait mention dans notre journal de bord :

« Durant l'entretien, l'infirmier 94IXX me dit « notre service n'est pas du tout créatif... [...] créatif, c'est sur les façons de vivre ». « Il n'y a pas que la hiérarchie médicale qui a changé, c'est notre façon de travailler qui a changé ». D'autres infirmières me diront lors du deuxième jour qu'elles sentent parfois que pour la hiérarchie médicale, elles sont des « petites infirmières ». Cette hiérarchie est vécue comme très forte dans le service » (94JB-1)

Pourtant, et cela nous a mise sur la voie d'une adaptation nécessaire du premier opérateur, le psychiatre que nous avons rencontré sur ce même terrain avait un discours quelque peu contradictoire et dans la méconnaissance du ressenti des professionnels. Au sujet des entretiens médico-infirmiers conduits avec les référents des patients, celui-ci nous disait :

« c'est plutôt le psychiatre qui dirige un peu l'entretien, après l'infirmière est là pour rappeler un peu où on en est et peut participer aussi aux entretiens, ce n'est pas un problème mais l'infirmière a aussi ses propres rendez-vous, donc voilà il y a aussi un suivi individuel. Une richesse d'ici, de la prise en charge, c'est toutes ces interventions avec les gens, de très grande qualité il faut leur dire, où chacun apporte une compétence, avec un fonctionnement qui est à mon avis aussi propre à ici, qui est un fonctionnement très, très horizontal » (94PH40).

Ainsi, les services où le pouvoir du médecin était particulièrement prégnant étaient aussi ceux où les soignants se sentaient les moins reconnus quant à leur rôle et leur importance dans les soins et prises en charge, alors que c'était précisément cette reconnaissance qui aurait pu questionner la répartition des pouvoirs, et donc la hiérarchie statutaire.

Les médecins ont toujours une place prépondérante dans les suivis, du fait de leurs connaissances psychopathologiques et en tant qu'ils incarnent la décision et la responsabilité. En l'absence d'une réflexion des médecins eux-mêmes sur cette place spécifique de « capitaine de tempête », les soignants peuvent contribuer à faire émerger cette réflexivité, à condition toutefois d'avoir la parole et de se sentir entendus. Si nombre de soignants « de terrain » parlaient directement de hiérarchie, beaucoup de médecins et de cadres du sanitaire avaient une réflexion en termes de compétences professionnelles qui évinçait souvent le terme même de « hiérarchie ». Il apparaît en effet plus probable de prendre conscience d'une

forme d'aliénation quelle qu'elle soit lorsqu'on la subit plutôt que lorsqu'on fait partie de l'ensemble dominant¹¹⁵.

La critique de la hiérarchie statutaire est probablement devenue l'apanage de ces soignants « de terrain » (infirmiers, AMP, aides-soignants, ASH, éducateur, moniteur-éducateur etc.) à partir du moment où ceux-ci ont reçu des formations validées et ont vu leur professions réglementées, mettant en avant leurs compétences propres. Autrement dit, la critique de l'ordre des statuts n'a pu être portée par tous qu'à partir du moment où les équipes de secteur et médico-sociales ont eu accès à une pluridisciplinarité venant rebattre les cartes de l'attribution des fonctions et des tâches¹¹⁶. Toutes les structures ne sont cependant pas égales face à la hiérarchie statutaire, et ne partent pas du même point face à elle. Le secteur sanitaire, centré autour de l'hôpital, est de notoriété publique – nous l'avons dit dans notre revue de littérature avec laquelle nous avons fait débiter notre premier chapitre – un environnement très hiérarchisé :

« les institutions hospitalières sont hyper pyramidales, très hiérarchisées et par corps, il y a beaucoup de corporatisme à l'hôpital » (47C44)

Bien plus que leurs collègues exerçant en établissement de santé spécialisé, qui tendaient à attribuer un usage rigide du pouvoir médical à la personnalité du médecin, les professionnels travaillant en Centre Hospitalo-Universitaire, souvent désignés comme les établissements de santé de pointe, attribuaient spécifiquement cette hiérarchie à leur lieu de travail plutôt qu'à la distinction entre métiers :

¹¹⁵ Classer les médecins et les cadres dans « l'ensemble dominant » doit s'entendre au niveau de l'équipe et non pas au niveau organisationnel des hôpitaux ou des structures médico-sociales, dans la mesure où les professionnels tous corps de métier confondus dénoncent précisément leur peu de place dans la gestion de tels établissements.

¹¹⁶ La liste des professions créées, réglementées ou habilitées à exercer en psychiatrie s'étend en effet sur des décennies : diplôme d'Etat d'ergothérapeute a été créé en 1970 ; les aides-soignants, dont le diplôme d'Etat avait été créé en 1946, ont été autorisés à exercer en psychiatrie à partir de 1978, le statut de psychologue a été réglementé en 1985, le Certificat d'Aptitudes aux Fonctions d'Aide Médico-Psychologique (CAFAMP) en 1992...

« la notion de hiérarchie je trouve n'est pas la même l'hôpital comme ça, l'AP-HP c'est... il y a beaucoup de strates et je trouve que la communication passe de manière beaucoup moins fluide entre différentes catégories professionnelles que ce que j'ai pu connaître ailleurs [...] (94ER40)

« j'ai la plupart du temps travaillé en CHU donc c'est toujours un peu... en service hospitalo-universitaire et du coup on a toujours un petit peu la même façon de procéder [...] Il y a un fonctionnement à mon avis assez cloisonné, très hiérarchique... voilà après ce sont des structures où on est très encadrés aussi, il y a beaucoup de couches » (94PH40)

C'est nous semble-t-il à partir de ce constat que se pose aujourd'hui une question importante pour la cohésion des équipes et pour le soin à leur apporter. En effet, dans les services où la hiérarchie interpellait particulièrement les professionnels, celle-ci semblait majoritairement toucher à deux éléments : tout d'abord à la distinctivité des métiers qu'elle transformait en une discrimination, et conséquemment à la répartition du travail et à l'utilisation des compétences des professionnels :

« je pense que là sur cet établissement je pense qu'il y a un problème de valorisation et de hiérarchisation forte dans l'intervention. "Oh moi je suis AMP voilà je ne ferai pas ça" ou alors "je ne peux pas me permettre de faire ça", alors les moniteur-éducateurs "alors moi je fais ça mais je ne fais pas ça..." donc c'est, ça c'est un peu difficile » (15C52)

« j'ai refusé de rentrer pendant longtemps, pendant pas mal d'années dans cet espèce de co-thérapie où on était sous-thérapeute » (94IXX)

La relecture de nos entretiens et de nos journaux de bord est venue confirmer nos intuitions et nos sentiments lorsque nous nous sommes rendue sur le terrain : le secteur médico-social semblait plus propice à la remise en question de la hiérarchie, ou en tout cas à la prise en compte de la voix de tous les professionnels. Cette proposition ne peut a priori pas

être biaisée par l'orientation théorique des structures, car nous avons visité autant d'établissements se référant à la psychanalyse et à la psychothérapie institutionnelle dans le médico-social que dans le sanitaire. Dans la psychiatrie publique, les professionnels comparaient souvent leurs conditions de travail à celles des services somatiques, conçus comme un ensemble où la rentabilité du soin était globalement plus importante que sa qualité humaine. La rationalisation de leur choix d'exercer en psychiatrie faisait toujours intervenir les critères d'une plus grande maîtrise de leur temps et surtout de la place accordée à la parole : celle des patients mais aussi la leur, malgré la hiérarchie hospitalière. Du côté du médico-social, la remise en question de la hiérarchie statutaire par les professionnels passait bien plus souvent - ce qui nous avait étonnée, car de tels argumentaires n'existaient pas dans le sanitaire - par la comparaison avec leur expériences ou leurs conceptions des rapports sociaux dans le secteur privé, et notamment l'entreprise :

« la structure de l'organisation du travail ici m'a causé un peu quand même, parce qu'effectivement on est une structure où... alors, peut-être moins maintenant qu'à l'époque, mais où on peut dire merde à son patron » (14E43)

« je peux travailler dans le privé hein, sauf que si je n'ai pas voulu travailler dans le privé c'est que j'ai bien compris qu'il y avait beaucoup le poids de la hiérarchie » (73E40)

« M. est chef de service mais après il n'y a pas de hiérarchie, on est tous au même niveau, on est tous référents, je pense que ça permet aussi de se sentir plus en confiance dans des réunions d'équipe où notre parole est écoutée comme n'importe qui [...] tu as pu voir que même en présence du Dr V., il est psychiatre, il nous apporte beaucoup mais on échange, il n'y a pas une parole de professionnel qui est plus importante que la parole d'un autre professionnel quelle que soit sa qualification, moi je le perçois comme ça et je pense que c'est la richesse de notre équipe » (85I32)

« quand je suis arrivée ici j'arrivais d'un milieu quand même assez hiérarchisé, où fallait quand même prendre des gants pour s'adresser à ses supérieurs. Je ne dis pas qu'ici on se manque de respect ou on s'invective mais au moins la parole

circule, j'ai eu l'impression d'être jugée au même plan que le médecin directeur, que le psychologue, que la psychomotricienne ou que la femme de ménage, j'avais l'impression que chaque personne avait la même valeur au niveau de la parole. Ça m'a vraiment tout de suite étonnée mais dans le bon sens du terme, enfin je me suis dit « mon dieu, quelle qualité de travail » (C60S55).

Le médico-social apparaît dans les discours de ces professionnels comme un champ refuge. Plus encore, leurs mots indiquent à quel point la hiérarchie est, pour reprendre les termes de notre premier chapitre, un frein au sentiment de qualité de vie au travail et surtout *un frein à la parole*. C'est ce fil que nous souhaitons suivre, car le droit à la parole et le droit à la reconnaissance s'appuient sur le même élément qui avait jadis amené les psychiatres à écouter leurs collègues infirmiers : l'importance cruciale des retours du « terrain » ou du « quotidien » avec les patients. Nous montrerons toutefois comment cette prise en compte du quotidien n'est pas dénuée d'ambivalence ni de narcissisme des petites différences, dans lesquels la problématique des « petits royaumes » dont avait parlé Jean Oury vient se glisser.

B. Le quotidien : convoitise et rejet d'un facteur de légitimité professionnelle

A la question de « ce qu'ils faisaient » avec les patients ou les usagers, les réponses de nombreux professionnels tournaient autour du quotidien, aussi appelé travail de « terrain ». Un lien est ici très visible entre notre premier et notre deuxième opérateur, mais nous avons discriminé entre l'un et l'autre selon que la référence au quotidien était faite pour expliciter le travail d'un professionnel par rapport aux autres ou pour souligner son utilisation dans un but thérapeutique pour le patient.

Le quotidien fait l'objet d'un investissement fort, toutes catégories de professionnels confondues et de façon équivalente dans le sanitaire et le médico-social. Il apparaît comme une sorte de référentiel pour classer les professionnels les uns vis-à-vis des autres et déterminer leur légitimité à parler du patient ou des difficultés institutionnelles. Du côté de ceux qui sont « au quotidien » avec les patients, il est considéré comme une marque indélébile de légitimité, c'est-à-dire comme ce qui devrait les autoriser à prendre la parole. De façon

assez saisissante, ces professionnels se vivent souvent, peu importe leur métier, comme les plus au contact de la personne malade :

« Là par contre à l'intra on a presque plus de contact avec les patients que les soignants eux-mêmes. Parce qu'on est là, présents au repas en plus... la distribution des repas, bon après il y a débarrassage, la vaisselle, puis il y a les chambres aussi. [...] Quand est-ce qu'on les voyait le plus ? Hé bien dès l'arrivée, même à 7h - on commençait à 7h aussi, parfois à 6h à l'hôpital dans certains métiers, bon à 7h c'est... c'est l'heure normale. Mais à 7h quand les patients descendent on est souvent seuls avec eux parce que les soignants tournent, il y a les chambres d'isolement aussi à s'occuper... c'est un peu ça le souci de l'intra, ils ont de moins en moins de contact avec les patients, ils sont beaucoup attelés aux tâches administratives, à rentrer des infos sur les ordinateurs, sur le logiciel là »
(13ASH51)

« S'ils ont besoin de parler j'essaye toujours de trouver un moment pour être avec eux, être à leur écoute, souvent ils viennent plus facilement me dire des choses, me confier, qu'après je transmets à mes collègues soignants, ou au cadre, mais tu vois c'est... après il y a un lien qui se crée [...] quand je fais leur chambre s'ils sont dedans hé bien on discute un petit coup, ils viennent se confier plus facilement. »
(25ASH52)

« Pour moi ce n'est pas tant une autre sphère les cadres, ils font partie intégrante de l'équipe, mais ils ont quand même un travail en décalage par rapport à nous, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas inscrits dans le quotidien. Ce n'est pas vrai, ils ne sont pas du tout inscrits dans le quotidien. Nous on est vraiment inscrits dans quelque chose de très, très quotidien, faire les courses, on s'occupe du linge, des rendez-vous des machins... » (14CUI41)

« On est censé être celui qui est le plus proche du patient parce que celui qui passe le plus de temps avec lui. Et qui en plus le voit dans différents contextes » (47I40-2)

« tu n'es tellement pas entendu en tant que soignant... moi je trouve qu'il faudrait redonner une place aux soignants, tu vois ! Parce que les administratifs ils sont bien gentils, pour administrer c'est bien, il en faut, ou alors il faudrait que les administratifs viennent nous voir un peu de temps en temps... » (47I53)

« on discutait un jour avec une personne qui me disait « moi je suis au quotidien tous les matins ou presque, tous les soirs je fais la toilette du monsieur », par contre dans le projet personnalisé quand on parle dans son projet, de comment on l'accompagne pour la toilette on n'écoute pas cette personne. « C'est un peu moi qui lui lave les fesses tous les jours quand même, donc si il y en a un qui sait comment il réagit », voilà [...] on n'est pas forcément entendus » (85AMP35)

Le terrain confère donc à la parole ceux qui sont chargés d'en faire le retour une légitimité que ne contestent d'ailleurs pas ceux qui, de leurs dires mêmes, sont éloignés de ce quotidien du patient si chargé en informations. A l'éloignement du terrain, classiquement justifié dans leurs discours par leur statut et la nature de leur travail, répond alors une valorisation du retour des équipes, souvent au motif de la difficulté que peut représenter l'accompagnement des personnes dans les actes de la vie quotidienne :

« Des gens de terrain, des gens qui n'avaient pas forcément des hauts diplômes, moi je trouvais qu'ils étaient intéressants parce qu'ils étaient toute la journée avec les [usagers], et donc ils connaissaient bien la personne, je trouvais que c'était noble parce que ça n'est pas facile hein... et donc quand ils parlaient des personnes, ils savaient ce qu'ils disaient » (85S59)

« on travaille totalement en partenariat avec les infirmiers de l'AFT, ce sont des infirmiers référents des patients, qui les accompagnent aussi bien sur le plan médical, sur le plan soignant [...] ce sont vraiment des sentinelles et des soignants importants pour nous qui ne voyons les patients normalement qu'une fois tous les trois mois ou en cas d'urgence si besoin immédiatement. » (03Med48)

« la femme de ménage est là du matin de 7h à 15h tous les jours, elle fait en coopération avec le résident, donc le résident participe aussi avec la femme de

ménage, chose que j'ai instaurée, et puis le veilleur de nuit pareil : le soir quand il arrive à 22h c'est peut-être tard, mais il y a des résidents qui ne sont pas couchés donc il y a quand même du contact, autour d'un jeu de société, ça peut être autour d'un match de foot comme en ce moment, ça peut être plein de choses » (15COR34)

« je pense qu'il y a des gens qui ne se sentent pas trop reconnus par rapport à l'accompagnement qu'ils font auprès du résident. Presque du subalterne, alors que le fondement même de l'accompagnement c'est le fondement de l'accompagnement au quotidien, dans quelque chose qui est là de très difficile quelques fois, dans la déchéance, dans la difficulté d'accompagner quelqu'un avec un corps qui peut être un peu mutilé [...] arriver à être là auprès de la personne avec tout ça c'est quand même quelque chose de très fort, de très important » (15C52)

On entend cependant que cette prise avec le quotidien ne vient pas totalement légitimer les professionnels qui y consacrent leur temps de travail, au sens où elle n'arrive pas réellement à contrecarrer l'organisation statutaire, qui a tendance à identifier les compétences réelles des intervenants aux compétences édictées dans le référentiel de leur diplôme. Ce quotidien peut aussi se trouver déconsidéré au regard de méthodes estimées plus scientifiques :

« Alors [les familles d'accueil] ne se considèrent pas comme nos collègues parce qu'elles savent qu'elles ne savent pas, et elles savent que nous on sait (rit) j'ai envie de dire, on sait sur le plan professionnel, on est des professionnels on a des diplômes et tout alors qu'elles elles ne savent pas, mais par contre elles sont les yeux du patient, ou nos yeux 24/24, parce que nous en tant que psycho en trois quarts d'heure sur un entretien on ne peut pas spécialement déceler des choses alors qu'elles peuvent s'apercevoir que le patient va moins bien » (03P44)

« je me souviens d'une réunion, désormais nous allons faire des groupes thérapeutiques, donc là l'infirmière prend la parole on était tous autour de la table : mais comment vous êtes en train de nous dire que depuis 15 ou 30 ans je ne fais

pas de groupe thérapeutique ? Première nouvelle ! Et le chef de pôle de dire : oui mais non vous ce sont des activités occupationnelles que vous faites car vous ne pouvez pas prouver l'efficacité de ce que vous faites avec les patients, vous n'avez pas de chiffres. » (69P53)

Ainsi, ces mêmes professionnels qui sont les « sentinelles », les yeux et les oreilles de ceux qui ne rencontrent pas le patient aussi souvent qu'eux, sont pris dans une forme, pensons-nous, de stigmatisation qui touche au corps des patients. Si les professionnels « de terrain » sont ainsi reconnus du fait de leur proximité avec les personnes qu'ils accompagnent, cette reconnaissance n'en est pas moins teintée de deux éléments qui posent problème, à savoir, premièrement, une ambivalence vis-à-vis de ce qui touche au corps imposant une stricte répartition des tâches ingrates et générant une grande insatisfaction lorsque cette répartition n'est pas respectée, et deuxièmement, une identification de certains statuts aux dites tâches ingrates, pour lesquelles ils sont à la fois loués et considérés avec condescendance. Nos constats vont dans le sens des élaborations d'Everett Hughes et de sa théorisation du « sale boulot » (1951), que plusieurs chercheurs français ont repris en étudiant la division du travail de soin - nous pensons ici au travail d'Anne-Marie Arborio sur la profession d'aide-soignante (1995) - au motif fort pertinent que le soin, s'il « constitue une activité noble, reconnue et valorisée socialement [...] comporte nécessairement une autre face : l'exposition et la manipulation des corps et de ses excréments, le toucher et l'effraction, l'intrusion dans l'enveloppe corporelle » (Lhuilier, 2005, p. 83). Cette acception du soin, qui pourrait cantonner les réflexions de ces auteurs au seul lieu de l'hôpital, mérite en réalité d'être élargie au « prendre soin » afin d'y inclure les établissements médico-sociaux où se mêlent problématiques sociales et corporelles.

Nous prendrons l'exemple d'une structure médico-sociale visitée en Auvergne. Nous avons à cette époque interviewé deux des trois éducateurs-coordonateurs de service, qui avaient au sujet de la répartition des tâches des points de vue tous deux entendables, mais relativement antinomiques :

« Tu es AMP il y a des choses que tu sais faire, que tu ne sais pas faire, parfois les dépassements de fonction tu n'as pas le choix mais il ne faut pas non plus dépasser ses fonctions sur tout et faire tout et n'importe quoi, c'est plutôt ça. Chacun a des fiches de postes différentes et on est payés pour les fiches de poste qu'on a quoi [...] il ne faut pas non plus que l'AMP se retrouve à faire les projets personnalisés pendant que l'éducateur spécialisé nettoie les toilettes, il y a des moments où il faut se remettre dans le contexte, après tu peux tout faire tout en mutualisant et en aidant les gens mais pas que tout s'inverse au bout d'un moment » (15COR34)

« chaque professionnel a ses spécificités de par sa formation, mais après on est tous inclus dans le quotidien de l'usager, c'est-à-dire que l'éducateur fait autant le ménage que la CESF, que l'AMP, que le moniteur éducateur qui se retrouve à donner des médicaments » (15COR42)

Nous retrouvons dans ces extraits les polarités que nous avons mises en lumière au sujet du rapport au quotidien, et le piège de l'identification de certaines professions au quotidien des usagers. Ce piège réside à la fois dans le refus des professions moins assimilées au quotidien de s'occuper des tâches perçues comme ingrates, mais aussi, et cela est à notre sens encore plus problématique, dans un déni que les professions du quotidien puissent prétendre à des tâches autres, plus abstraites, axées sur la réflexion autour de la prise en charge ou plus simplement sur la dimension relationnelle évidente de tout travail de soin. Cette double stigmatisation du quotidien, lorsqu'elle s'allie au mécanisme d'identification de professions particulières aux tâches ingrates, a deux effets néfastes dont certains professionnels nous ont parlé. Tout d'abord, elle crée, telles les lignes du cristal dont parlait Freud, une fracture qui ne demande qu'à se révéler lorsqu'une institution se porte moins bien :

« ce qui fait vraiment clivage en ce moment c'est l'idée qu'en équipe pluri ou interdisciplinaire il y a un clivage important entre soignants de l'équipe, infirmiers et aides-soignants, et entre les autres catégories qui sont les médecins, les psychologues et les assistantes sociales. Et là on sent qu'il y a deux blocs, avec des

alliances, avec des jeux de pouvoir et les deux ont beaucoup de mal à se rencontrer » (25C50)

Lors de notre venue, le service d'hospitalisation dans lequel travaillait le cadre qui faisait ce diagnostic était secoué par une crise dans laquelle les soignants de terrain ne se sentaient pas suffisamment écoutés par les médecins. A l'occasion de la réorganisation des effectifs médicaux, une liste de doléances avait été proposée aux soignants, qui l'avaient épinglée dans leur bureau de soins. On pouvait y lire : « que les médecins tiennent compte des observations des soignants qui passent 8h00 avec les patients et qui sont en mesure d'observer le comportement de ces derniers ».

Le piège est donc le suivant : seuls des soignants avec un niveau de diplôme faible ou intermédiaire seront affectés et accepteront de se plier aux tâches ingrates du quotidien. En même temps, précisément parce que ces professionnels ne bénéficient pas du rayonnement de leurs diplômes, leur parole pourtant cruciale ne trouvera pas le même écho que celle de professionnels ayant fait des études plus longues. La véritable question est pourtant ailleurs, car la continuité des soins au sens large implique, tel un principe de réalité de la prise en charge, d'avoir des professionnels aux multiples compétences afin de faire tourner les équipes :

« ce que je trouve difficile c'est que les gens s'auto-dévalorisent un petit peu alors que chacun a son rôle, et le jour où l'AMP n'est pas là normalement qu'on soit éduc ou qu'on soit moniteur ou je ne sais qui, il faut être capable d'accompagner la personne dans les actes de la vie quotidienne » (15C52)

Au sein de ce qu'on appelle le « quotidien », tout n'est pas cependant qu'affaire de toilette ou de nettoyage. Ce n'est pas *stricto sensu* du fait qu'ils contribuent à l'hygiène que bon nombre de professionnels gagnent une meilleure connaissance du patient, mais du fait du type de relation qu'ils peuvent alors développer avec le patient ou l'utilisateur. Ce type de relation s'appuie sur une catégorie du soin qui, si elle n'était pas beaucoup citée dans nos

entretiens, semble tout de même expliquer le lien sinon ténu entre l'activité quotidienne et la meilleure connaissance du patient, l'informel :

« souvent il se dit beaucoup plus de choses dans l'informel que comme ça enfermés dans un bureau entre quatre yeux [...] souvent quand tu es comme ça en vis à vis dans un bureau cadré, moi je joue un rôle d'infirmière et le patient il joue son rôle de patient, et souvent ils te disent les choses que tu as envie d'entendre, qu'en informel... tu vois ? c'est plus frontal et ça part dans tous les sens [...] je vais beaucoup plus échanger de choses en faisant demain la pétanque que dans un bureau » (47I53)

« il y a beaucoup de chronicité dans cette unité-là, et là les entretiens individuels qu'on a l'habitude de faire quand on est en CMP on va se rendre compte que ce n'est plus possible et qu'il faut faire un deuil (rit). Et là c'est la clinique du couloir, des interstices. C'est clairement la clinique interstitielle où tout se passe dans les couloirs, alors souvent j'ai le retour des équipes « mais ce ne serait pas bien d'aller dans votre bureau ? ». Oui, mais dès qu'on est dans le bureau les mêmes choses ne se passent pas de la même manière » (03P26)

La clinique du quotidien est fondamentalement une clinique des interstices : c'est au plus proche du geste professionnel, à l'endroit où l'échange confine parfois à l'intime que quelque chose de supplémentaire peut arriver. Ce supplément potentiel qui fait le nid de toute relation possible, c'est la rencontre telle que définie par Oury :

« Une vraie rencontre, ce n'est pas simplement bonjour, bonsoir. Une vraie rencontre c'est du même ordre que l'interprétation analytique, c'est-à-dire que ça change quelque chose. Après cette rencontre, ce ne sera plus pareil qu'avant. » (J. Oury, 2000, p. 5)

Nous aurions pu, en nous fiant à ce seul mot-clé du « quotidien », présenter ce sous-thème comme appartenant à notre deuxième opérateur. Nous avons cependant eu le sentiment que la cristallisation des désaccords - voire des clivages - entre corps de métiers et les mouvements de valorisation du quotidien/dévalorisation de la parole qui en était issue cernant cet objet flou qu'était le « terrain » ne cachaient qu'imparfaitement un déplacement de la question, bien plus politique, de la légitimité et du pouvoir des professionnels les uns par rapport aux autres. Cet autre éclairage du « quotidien » indiquait la pauvreté des outils conceptuels à la portée des professionnels pour penser ces rapports, qui se résument bien souvent à des organigrammes et des référentiels de compétences. Pourtant la légitimité, nous allons le voir, ne se joue peut-être pas tant dans le fait de se voir confier de potentielles tâches ingrates ou, pour reprendre les mots d'un de nos interviewés, d'être celui qui « lave les fesses » des usagers ; au contraire, et c'est ce que nous tenterons à présent de démontrer, il nous est apparu que la légitimité de chacun semblait se jouer dans le supplément de relation et d'échange qu'il mettait dans sa pratique quotidienne, et sur la reconnaissance concomitante, informelle et parfois formelle, de cet « en plus » relationnel inquantifiable qui ordonne les professionnels autour d'une hiérarchie fonctionnelle et subjectale.

C. Le supplément de relation.

Malgré ses atours prosaïques, parfois difficiles quoique bien souvent considérés comme relevant de l'évidence, le quotidien se révèle pour chaque professionnel comme l'occasion d'un « en-plus » par rapport à ce qu'il est censé faire. Ce constat ne pourrait faire que recouper la psychologie du travail, qui a distingué depuis bien longtemps le travail réel du travail prescrit des professionnels, indiquant que ces derniers faisaient toujours - du fait de nécessités qui n'étaient prises en compte que par ceux qui réalisaient l'activité concrètement et pas ceux dont le rôle était seulement de la planifier - plus et autrement que ce qui leur était demandé. Il nous semble cependant que l'activité en psychiatrie est de ce point de vue spécifique : cet « en plus » dont parlent tous les professionnels correspond à ce qui fait le cœur du prendre soin, c'est-à-dire précisément la relation avec les patients ou les usagers accueillis. L'enjeu d'une reconnaissance de l'importance du quotidien change alors de nature : plus que de faire

participer toutes les catégories professionnelles au ménage afin d'assurer la continuité d'un service rendu et le partage des tâches ingrates, il s'agit alors de reconnaître que chaque professionnel participe de sa place propre à l'ensemble de ce qui est proposé au patient ou à l'utilisateur comme « soin » ou comme « accompagnement ». Chaque professionnel trouve en effet des occasions dans le quotidien du travail et dans l'informel de nouer avec la personne une relation qui est certes déterminante pour la tâche à exécuter, mais qui pourra surtout s'avérer déterminante pour son devenir :

« En psychiatrie l'avantage, et c'est pour ça que je suis resté en psychiatrie, c'est qu'on est encore très proche des patients, c'est-à-dire que tous les jours j'ai des patients qui viennent dans le bureau [...] on garde un contact, ce qui n'est pas le cas du tout pour mes collègues [cadres] qui sont dans les soins généraux, qui sont là vraiment administratifs et gestionnaires, qui sont vraiment détachés » (67C45)

« Le rôle de l'interne officiel c'est de suivre les traitements médicamenteux et éventuellement le suivi somatique, après le reste c'est un peu au bon vouloir de chacun... moi évidemment c'est la fonction psy qui m'intéresse plus particulièrement » (14IT29)

« Je me souviens du Dr M. [qui] disait « l'infirmier c'est du travail plus terre à terre, parler du quotidien ». Alors oui on parle du quotidien, peut-être qu'on parle un peu plus du quotidien parce qu'on est infirmiers et qu'on s'occupe de tout ça, mais on peut aussi avoir des prises en charge, des psychothérapies de soutien, c'est important » (59I55)

« Mon rôle il est je dirais « au départ », mais après je maintiens du lien. Parce que je trouve que c'est important que [la cheffe de service] ne soit pas une étrangère. Alors il y en a qui m'appellent la directrice en rigolant [...] Après mon rôle est différent de celui de l'équipe, mais je vais saluer les gens, je leur demande comment ils vont, et puis il y en a qui m'interpellent aussi ! » (85C57)

« c'est sûr je n'ai pas les gens en individuel comme les référents, ce n'est pas du tout... c'est deux manières différentes, mais j'ai quand même des contacts avec eux et il y en a qui se confient » (73S42)

« ce n'est pas parce que tu mets le service à domicile en place que tu fais un travail de SAMSAH, voilà. Parfois quand il y a des raccourcis, ça oublie toute la dimension de relation, de la rencontre avec la personne. Et ce n'est pas parce qu'on met des aides à domicile que tout va bien quoi » (73E40)

« En fait les domaines sur lesquels j'interviens peuvent être très vastes, ça peut être les domaines de l'argent, mise sous protection, signalement, de la réassurance beaucoup. Mon boulot c'est beaucoup de réassurance avec les gens » (69AS42)

« moi je suis la personne qui n'est ni infirmière ni médecin ni qui va l'embêter avec les papiers, je suis la personne qu'ils pourraient croiser un peu de partout et ils savent aussi que je peux faire le lien [...] tu vois on est un peu la rotule avec des tas de personnes [...] et puis les gens viennent bien déverser aussi, c'est un peu... secret-taire (rit) » (69S56)

Qu'il soit désigné sous le nom de « compétences cliniques », de « lien » ou de « fonction psy », qu'il s'agisse d'une relation de confiance, d'un accueil de la parole qui se déverse, de la réassurance, l'ensemble des personnes que nous avons interrogées nous ont parlé de ce qui faisait l'« en plus » de leur travail, ce supplément relationnel qui outrepassé et subvertit leurs attributions statutaires initiales. Afin de sortir d'un narcissisme des petites différences qui prendrait le quotidien comme terrain de bataille – infirmiers se vivant menacés par l'arrivée des éducateurs, psychologues se vivant menacés par les psychothérapies de soutien proposées par les infirmiers, etc. -, il nous paraît important de souligner que chaque profession est touchée, à travers le quotidien, par des enjeux qui ne peuvent prendre de valeur clinique à leurs yeux qu'à partir du moment où ce supplément relationnel est reconnu par l'institution. Ce qu'on appelle la « clinique » mériterait ici de prendre un sens plus large que celui de la seule action soignante au chevet du patient, pour prendre le sens d'un champ relationnel dans lequel toutes les personnes présentes dans une structure sont parties prenantes, mais qui ne leur apparaît comme tel qu'à la condition qu'ils s'y autorisent et qu'ils y soient autorisés. Nous pouvons ici rapporter une situation institutionnelle qui donne une idée des effets de la reconnaissance ou non de la participation de certains professionnels au champ clinique. Dans la structure où nous avons réalisé nos entretiens de cadrage, l'une des deux secrétaires était

impliquée dans un groupe de psychodrame avec des enfants psychotiques. Cette implication avait pris racine dans la reconnaissance de sa place spécifique avec les enfants et les parents qu'elle accueillait, place dont elle était consciente et qu'elle souhaitait mettre au profit du travail soignant :

« Je pourrais rester dans ma petite place de secrétariat de direction mais je trouve qu'il y a des choses intéressantes [...] en fait dans cette structure là depuis que je suis arrivée même l'ancien directeur voulait que les secrétaires s'impliquent dans le soin, entre guillemets, même si on n'a pas une formation... on peut avoir des gamins, des parents qui peuvent nous déposer des choses qu'ils ne déposent pas forcément dans des entretiens avec les psychologues, et parce qu'il y a des choses qui sont dites qui ne sont pas dites ailleurs » (C60S53)

La seule difficulté que cette secrétaire relevait de sa participation au psychodrame n'était pas une difficulté clinique, car elle expliquait pouvoir compter sur l'équipe, mais une difficulté liée au regard de ses collègues du même corps de métier sur son activité :

« je culpabilisais un peu même pour le psychodrame, on va dire au siège « attendez après elle va dire qu'elle n'a pas assez de temps mais elle fait des groupes » » (C60S53)

S'autoriser de son désir d'être au contact du patient n'est pas toujours une mince affaire. En effet, si cette secrétaire admettait lors de notre entretien que la proposition qui lui avait été faite et la réponse positive qu'elle y avait donnée n'étaient pas étrangères à son intérêt pour le psychodrame, elle nous avait également confié plus tard : *« je suis allée vraiment parce qu'on me l'a demandé, mais ce n'est pas parce que je me serais peut-être proposée » (C60S53)*. L'enjoindre à participer au psychodrame avait donc une fonction bien particulière : faire sentir à cette secrétaire que l'institution, représentée à ce moment-là par un psychologue et le directeur, était en position désirante ; elle était attendue à l'endroit même où elle n'osait pas proposer d'aller.

Autrement dit, la reconnaissance du supplément de relation dans l'activité peut venir bousculer la ronde des statuts et des organigrammes pour faire advenir chez les professionnels d'aujourd'hui la dimension du rôle, dont Oury disait très justement qu'il nous est attribué par les autres. Il nous semble que les rôles que se voyaient attribuer tous les professionnels que nous avons cités étaient bien des formes plurielles de « secret-taire », d'une parole confiée dont on sait qu'elle sera répétée, mais dans l'espace d'un secret qui est celui d'une équipe pluriprofessionnelle disponible et bienveillante. Reconnaître que tout professionnel peut alors se faire le secrétaire de l'aliéné, pour reprendre les mots de Lacan (Lacan, 1973), c'est reconnaître que l'écoute ne dépend pas du diplôme et ainsi instaurer du jeu entre la personne et le personnage, entre le statut et le rôle ; mais c'est aussi donner au patient l'occasion d'utiliser l'institution à sa guise : l'institution « où il va trouver toutes ces choses – assistance, occupations, hébergement, vie collective, médication, etc. – se trouve du même coup déportée du côté de l'instrument, de l'objet dont le sujet va se servir, plutôt que du côté d'un Autre qui se sert de ses instruments pour modifier le sujet » (Zenoni, 2009). Entendre le supplément de relation caché dans tout rapport de travail avec des personnes souffrant de maladies mentales, c'est en somme affirmer que le patient, dans son parcours, *sait ce qu'il fait* lorsqu'il dépose des éléments à tel ou tel professionnel : avec la logique de l'Inconscient, l'institution se mue en instrument et le patient en usager possédant la science de son utilisation¹¹⁷.

Ainsi, de la même façon que la reconnaissance de la socialité et du savoir des patients avait poussé les psychiatres à remettre en question la hiérarchie statutaire au profit des rôles plus flexibles de soignants et de soignés, la reconnaissance du savoir du patient permet aussi

¹¹⁷ Nous faisons ici référence à une anecdote platonicienne (Platon, République V, 601e-602a, p. 362-363), qui se termine par ces mots : « Mais à quoi tendent la qualité, la beauté, la perfection d'un meuble, d'un animal, d'une action, sinon à l'usage en vue duquel chaque chose est faite, soit par la nature, soit par l'homme ? A rien d'autre. Par conséquent, il est de toute nécessité que l'usager d'une chose soit le plus expérimenté, et qu'il informe le fabricant des qualités et des défauts de son ouvrage, par rapport à l'usage qu'il en fait. [...] Ainsi, à l'égard du même instrument, le fabricant aura, sur sa perfection ou son imperfection, une foi qui sera juste, parce qu'il se trouve en rapport avec celui qui sait, et qu'il est obligé d'écouter ses avis, mais c'est l'usager qui aura la science ».

aux professionnels, même d'orientation autre que psychodynamique, de rebattre les cartes des relations :

« Je suis restée parce que ce que je fais comme travail je ne le trouverais nulle part ailleurs, et j'aime tellement la relation avec les personnes... ici c'est particulier, on a la possibilité de pouvoir aller au fond. Tout ce qui se passe, grâce à la psychothérapie institutionnelle permet de ne plus être dans la position haute, moi je suis bien souvent en position basse avec les patients, c'est eux qui savent » (25AS55)

« déjà la psychothérapie institutionnelle, pour moi les grands principes c'est que le soignant est au même niveau que le patient. C'est-à-dire qu'il n'y a pas le pouvoir soignant, enfin ce n'est pas parce qu'on est soignant qu'on sait mieux que le patient ce qui est mieux pour lui, ce n'est pas parce qu'il est malade qu'il ne sait pas » (25S42)

« au niveau de l'éducation thérapeutique ça se fait de plus en plus les patients témoins, ça ça se développe de plus en plus aussi, parce qu'on s'est rendu compte qu'effectivement des patients qui parlent à d'autres patients... ça modifie la hiérarchie aussi, c'est-à-dire qu'on n'est plus des professionnels là en haut qui apportent leur savoir mais on est tous... c'est une position horizontale où on a plus un rôle on va dire d'animateurs entre guillemets » (47I40)

Ce jeu nécessaire entre statut et rôle qui suppose d'accepter, en tant que professionnel, d'être momentanément utilisé par le patient dans son cheminement, peut cependant se heurter à tout moment à l'identification de ces deux pôles, avec pour conséquence une confusion entre travail prescrit et travail réel, entre activité de soin et thérapeutique. Ainsi en allait le discours d'une infirmière coordinatrice à qui nous avons demandé de nous définir les rôles et les attributions de chacun des professionnels du SAMSAH dans lequel elle travaillait :

« On va dire qu'on accompagne les gens sur trois volets : le volet médical, le volet psychologique et le volet social. Alors le volet social, ce n'est pas celui que je connais le mieux hein, parce que ce n'est pas ma formation de base, il y a l'assistante sociale qui est là plutôt pour les dossiers, donc pour vérifier toutes les ouvertures de droits les choses comme ça, L'assistante sociale est là très peu en fait, donc c'est le référent social qui met en œuvre des choses, et l'AMP est plutôt dans la vie quotidienne, donc ça veut dire que l'AMP ira accompagner les gens pour faire des courses, ou pour faire des sorties ou... plutôt tout ce qui touche la vie quotidienne, ça pourrait être l'alimentation, ça pourrait être l'hygiène, tout ça... L'AMP c'est une formation qui est à cheval un peu entre le sanitaire et le social, ça veut dire que c'est quand même plutôt éducatif, l'AMP est plutôt dans l'éducatif, alors que l'aide-soignante est plutôt dans le soin quoi. Après il y a le versant psychologique, il n'y a que la psychologue, sachant que l'infirmière n'est quand même pas très loin derrière hein, au niveau des accompagnements psychologiques... et puis il y a le versant médical. Alors, le versant médical, il y a le médecin qui est là un jour et demi par mois, donc il y a l'infirmière et l'aide-soignante et l'ergothérapeute puisqu'il y a une ergothérapeute, elle est vraiment dans le soin l'ergothérapeute, elle a un regard très soignant pour le coup. [...] Le rôle de chacun ce serait... enfin, dans les métiers, l'infirmière délègue à l'aide-soignante, elle a un rôle propre l'infirmière, donc ça veut dire qu'elle peut avoir un regard sur sur la santé on va dire, et elle délègue après tout ce qui est son rôle propre, ça veut dire les soins d'hygiène, les choses comme ça, sur l'aide-soignante. Alors la différence entre l'AMP et l'aide-soignante ça pourrait être que l'aide-soignante est vraiment dans les toilettes de soin, c'est-à-dire les gens qui ont besoin de toilette avec un regard soignant, je ne sais pas si c'est très clair mais des gens qui ont des risques sanitaires, et l'AMP il est plutôt là sur des toilettes éducatives, sur reprendre des stimulations à la toilette pour les gens pour leur réexpliquer comment faire [...] » (73IC58)

Nous avons discuté de cette question de la répartition des actions le jour précédent lors d'un trajet en voiture, durant lequel elle nous avait – hors micro – confié ses craintes. En effet,

les SAMSAH sont des structures destinées à coordonner les prises en charge : chaque professionnel – AMP, aide-soignante, infirmière, psychologue, médecin, assistante sociale, éducateur – est dans ces structures le représentant d'un des multiples aspects de la vie de l'usager, à qui il est possible de faire appel si la situation le demande. Dans cet établissement, les personnes se voyaient attribuer un référent social au moment de leur arrivée, qui ne pouvait être autre que l'un des deux éducateurs de cette petite équipe. La fonction du référent en SAMSAH est assez proche du travail de *case manager* (Franck, 2018) : centraliser les demandes de l'usager, leur trouver une solution et faire appel aux partenaires adaptés, qu'ils exercent dans ou en dehors de l'institution, pour organiser la solution trouvée, d'où la répartition somme toute assez claire des tâches que nous avait exposée l'infirmière coordinatrice. Cette description semblait d'ailleurs ne pas laisser place au doute, mais en nous relatant une histoire avec un usager, la pratique semblait être bien loin de la théorie :

« on a un monsieur qui est addict, qui est abstinent en ce moment. Il y avait une prise de sang à faire, et donc on avait discuté avec le référent social, lui me disait « mais il faut que ce soit l'AMP qui l'accompagne ». Et moi je disais « d'abord l'AMP je ne vois pas pourquoi, ce serait plutôt l'aide-soignante, mais ce n'est pas l'aide-soignante », je lui disais, « moi je pense qu'il faut que ce soit moi », mais ce n'est pas facile de l'argumenter, parce que moi je me pose toujours la question de savoir si c'est moi qui ait envie ou si ça a un intérêt pour la personne. Et puis il y a aussi l'AMP et l'aide-soignante qui viennent dans mon bureau parce que je suis quand même la coordinatrice et qui me disent « tu n'as pas quelque chose à me faire faire aujourd'hui ? ». [...] Et comme par hasard, alors ce n'est pas par rapport aux personnes, c'est vraiment par rapport au rôle, mais quand on lui avait proposé d'être accompagné par l'AMP, comme par hasard il n'a jamais fait la prise de sang, parce qu'il avait besoin d'être rassuré plus sur le plan médical je pense, et que l'infirmière a quand même la fonction... elle a une fonction plus médicale que l'AMP... mais bon après ce qui est compliqué c'est que par exemple ce monsieur-là après il se crée des liens de confiance [...] comme par hasard il annulait les sorties avec l'AMP, et moi il me disait « ça ne fait pas partie du soin ça, d'aller se promener pour faire du bien ? » (73IC58)

Il ne nous appartient pas ici de parler ou pas de transfert, mais il apparaissait évident que se jouait là une difficulté de faire se rencontrer désir de l'usager, désir du professionnel et autorisation institutionnelle. L'homme dont il était question interrogeait l'ambiguïté du double statut d'infirmière-coordinatrice avec son désir : sa remarque était venue taper en un endroit que connaissait bien l'infirmière, mais que la coordinatrice – et avec elle, l'institution entière - ne prenait pas en compte : celui de la relation qui se noue au cours de toute activité. Ainsi que l'avait formulé un chef de service rencontré dans un Foyer d'Accueil Médicalisé : « *la fonction soignante est multiple, elle vous cueille là où on ne l'attend pas* » (14C60).

D. Compétence et responsabilité : vers une diffraction des fonctions institutionnelles.

Un collègue éducateur de l'infirmière coordinatrice dont nous venons de parler nous avait fait une remarque dont nous n'avions pas saisi, à l'époque, à quel point elle était proche, dans l'esprit, de la pensée d'auteurs comme Jean Oury :

« l'infirmière coordinatrice est sûrement plus compétente pour certains points qu'un référent social, pourquoi ne pas utiliser ses compétences ? Alors ça se fait heureusement, mais d'une façon informelle... » (73E40)

C'est en effet à l'endroit des compétences que se nouent, nous semble-t-il, le rôle et la fonction : en se voyant confier un rôle dans le filet institutionnel, les professionnels peuvent se retrouver porteurs ou co-porteurs, selon leurs compétences, d'une fonction donnée. Une différence est toutefois visible entre le sanitaire et le médico-social : si dans les établissements sanitaires les rôles sont davantage bousculés lorsqu'existe une association patients-professionnels – dispositif dont nous parlerons dans la révision de notre troisième opérateur -, le médico-social semblait avoir un champ d'action plus libre, qui l'amenait bien plus souvent que le champ sanitaire à devoir réfléchir à une répartition des professionnels relative à une

hiérarchie fonctionnelle qui n'allait pas de soi à la seule lecture des fiches de poste. Difficile d'interpréter cette intuition : serait-ce lié à la relative jeunesse de ce secteur par rapport à celui, bien antérieur, des soins psychiatriques ? Il semble fort peu plausible, à terme, que le secteur médico-social soit immunisé contre la chronicisation des rôles telle qu'elle peut aujourd'hui s'observer dans le sanitaire, orchestrée par des organigrammes hospitaliers rigides et un régime de responsabilité complexe.

Afin pour l'heure d'illustrer la capacité du médico-social à générer des hiérarchies fonctionnelles, nous prendrons l'exemple d'un dispositif expérimental, lui aussi de type SAMSAH. Dans cette structure, et contrairement à l'autre SAMSAH dans lequel nous nous sommes rendue, tous les professionnels pouvaient être référents des bénéficiaires en fonction d'une répartition proposée par la cheffe du service à ses équipes. L'équipe de direction de la structure à laquelle était rattachée ce SAMSAH recevait tout d'abord les usagers pour des sessions d'évaluation, à l'issue desquelles elle pouvait proposer un accompagnement par la structure que nous avons visitée. Grâce à un partenariat avec la MDPH locale, qui prenait en compte les évaluations faites par l'équipe de direction, les usagers recevaient une notification adaptée à leurs demandes dans un temps bien plus rapide que dans d'autres départements. Ils pouvaient ensuite prendre rendez-vous avec la cheffe de service, qui leur présenterait la structure et discuterait avec eux de leur projet dans le SAMSAH. C'était elle qui parlait à ses équipes des nouvelles demandes et proposait une répartition entre les divers intervenants (à l'exception de l'animatrice, dont le travail était plus spécifiquement de coordonner les partenariats avec le tissu social local). En entretien, la cheffe de service m'expliquait ainsi sa décision de proposer à tous les professionnels de devenir potentiellement référents de certains usagers :

« on va déterminer ensemble ce qui paraîtrait le plus judicieux comme métier en référence, parce que le référent projet je le détermine en fonction critères très objectifs et de critères plus subjectifs. Critères objectifs c'est les demandes qu'a fait la personne, je te donne un exemple très simple : la personne veut trouver un logement, hé bien la porte d'entrée ça va être une CESF, après si même si la demande est autre... quand l'équipe [de direction] me présente des personnes qui

sont encore, au niveau stabilité, pas trop... on va peut-être commencer plutôt par l'infirmière, pas tant parce qu'elle va avoir une approche santé tout de suite, mais parce qu'elle va être à même de mettre en place rapidement des entretiens d'aide » (85C57)

Si ce système fonctionnait de façon très satisfaisante de l'avis de tous les professionnels de ce SAMSAH expérimental, plusieurs d'entre eux nous ont toutefois relaté, en entretien ou hors micro, que leurs partenaires - et notamment le milieu sanitaire - s'étaient étonnés de se retrouver face à des aides médico-psychologiques et avaient par exemple refusé de leur adresser la parole en réunion. Pourtant, penser la référence comme une fonction et non comme l'attribution spécifique d'un corps de métier permet de mettre l'accent sur les compétences et la responsabilité de chacun plutôt que les statuts. Une hiérarchie fonctionnelle vient alors compléter la hiérarchie statutaire et subvertir l'ordre des diplômes au profit d'un véritable travail d'équipe et d'un accompagnement de l'utilisateur à partir de ses demandes :

« ce que je trouve d'intéressant ici c'est qu'on n'est pas référent projet pour le fait de dire qu'il y a un AMP qui est référent projet, on est référent projet parce que la personne qui rentre au sein de [la structure] dans les attentes qu'elle a, dans ce qu'elle a besoin de travailler actuellement, la réponse qui peut lui être donnée c'est par un AMP, enfin entre autres mais voilà, [...] on est référent mais on n'est pas balancé là-dedans en disant « nous c'est cool nos AMP sont référents », non, on est référent parce que la personne ce qu'elle attend, ce qu'elle souhaite faire ici correspond à notre métier, à nos missions. [...] si moi je sens à un moment que ça me dépasse professionnellement parce que je n'ai pas de réponse adéquate [...] si j'ai n'importe quelle infirmière qui est là elle va me dire « j'arrive » et voilà tu as cet appui-là [...] Je trouve que c'est un sacré soutien parce que quand, enfin pour nous qui sommes peut-être par rapport à une infirmière ou une psychologue moins dans ces entretiens, enfin on a moins de connaissances, on sait qu'on a cet appui-là derrière donc on y va aussi avec plus de confiance » (85AMP35)

Il nous semble que c'était de nouveau la possibilité de « s'autoriser à » qui était en jeu dans cette organisation. En proposant à chaque professionnel d'être potentiellement « référent projet », la structure ne les faisait pas fondamentalement sortir de leurs missions et attributions. Elle transformait en revanche les compétences liées à l'exercice de leur métier en une légitimité pour assumer, au moment où il le faut et pour l'utilisateur qui en avait besoin, une certaine responsabilité dans son parcours. *Être responsable de son action dans son champ de compétence* : voilà la formule, nous semble-t-il, de la subversion de la hiérarchie des statuts par une hiérarchie fonctionnelle ou subjectale qui peut tenir compte de la subjectivité des personnes en présence :

« ici je pense que les infirmiers ont un supplément d'activité et de prise en charge surtout sur un plan psychologique que n'ont pas d'autres infirmiers à mon avis dans d'autres CMP [...] du coup c'est une responsabilité aussi, puisque comment travailler avec quelqu'un sur sa problématique, comment le faire avancer, ça c'est vraiment un travail de psychothérapie et en fonction de leur formation ils sont plus ou moins sûrs, rassurés » (59PH54)

« ici dans ma fonction de médecin-directeur, j'articule en permanence avec toujours ce souci de se dire : quel effet ça va avoir sur la clinique ? Et inversement : quel effet la clinique va avoir sur l'organisation ? [...] Du côté des collègues bien sûr qu'il y a un cadre, il y a un règlement, il y a un établissement qu'il faut faire vivre et il y a des aspects administratifs auxquels je suis très attaché, pour autant j'ai toujours en arrière-plan la question de comment chacun, avec qui il est, au moment où il parle, au moment où il se présente etc. va pouvoir travailler, déplier ces questions, proposer des choses etc. » (14D52)

La responsabilité collective du soin ou de l'accompagnement peut alors se trouver diffractée sur les différents professionnels qui s'occupent de la personne malade ou handicapée, toujours à partir de la place qu'ils occupent :

« dans le contenu de ce qu'on fait, chacun est amené à prendre la responsabilité du contenu des séances qu'il propose » (C60061)

« quand toi tu es chez quelqu'un, chez un pensionnaire, à l'extérieur en ville et que tu as le mec qui te dit « de toute façon si ça continue comme ça je vais me pendre »... tu n'as pas de responsabilité ? Ou qui, si son ménage n'est pas fait avec lui toutes les semaines, on sait très bien que dans deux ans il sera complètement chronique, enfermé à l'hôpital... C'est une responsabilité aussi quand même ! [...] Elle n'est pas mieux ou moins bien que celle du patron qui signe les conventions ou que le médecin qui fait les médicaments... Voilà. Ça c'est compliqué à expliquer parce que ça, ça remet en question tout un tas de valeurs, ça remet en question la valeur des études, ça remet en question la valeur du savoir-faire, ça remet en question la question du savoir... » (14^E43)

Il nous paraît important ici de préciser que les professionnels que nous venons de citer s'étaient tous explicitement référés à la psychothérapie institutionnelle dans leurs conversations avec nous, car le binôme responsabilité/compétence ne prenait en effet pas les mêmes atours chez ceux qui n'utilisaient pas le référentiel P.I. Les professionnels qui se trouvaient dans des structures plutôt versées dans la réhabilitation psychosociale et la remédiation cognitive semblaient plus enclins à faire des formations supplémentaires afin de se construire une place différente de celle que leur avait attribuée leur statut initial :

« Quand je fais « gestion du stress » je le fais plus avec une casquette de psychothérapeute cognitiviste et comportementaliste, oui. Après je pense que j'utilise... enfin que je garde un regard de psychomotricienne malgré tout, ma formation je ne la mets pas de côté et je ne l'oublie pas, je reste assez entière où que je sois mais... » (94PM42)

« il y a plusieurs programmes, donc moi je vais vous parler spécialement des deux que je fais, RECOS donc c'est remédiation cognitive pour patients schizophrènes ou pathologies associées et CRT c'est cognition remediation therapy. Donc c'est des programmes qui se font en individuel, donc effectivement les patients qui sont

proposés dans ce programme donc c'est soit sur plainte spontanée du patient, soit par rapport à l'équipe et tout ça. La plainte c'est : je dois avoir des troubles de la mémoire, des troubles de l'attention donc du coup ici le psychologue a une place importante, il est écouté par le médecin psychiatre et par les médecins. » (03P44)

« Ceci dit maintenant les infirmiers vont se former à l'éducation thérapeutique, elles ont un rôle d'éducation, elles ont toujours eu les infirmières un rôle d'éducation, tout ce qu'on a fait avec certains patients c'était un rôle éducatif, mais pourquoi pas un regard d'éducateur complémentaire, vous voyez ? Parce qu'on ne peut pas tout faire aussi, avant on était nombreux de partout, moi ce qui a changé c'était ça je dirais, c'est le nombre d'infirmiers » (13C59)

« Et troisième groupe que je fais, c'est tout nouveau pour moi [...] je l'ai repris moi avec ma nouvelle collègue neuropsychologue, voilà, et donc là, comme c'est la première fois qu'on le fait et qu'il est très structuré on le suit à la lettre donc on fait exactement ce qu'on nous dit de faire, n'importe qui peut l'animer c'est très facile, c'est sur l'ordinateur c'est des Powerpoint en pdf qui sortent... » (94PXX)

Les formations ont de nombreux effets sur la pratique sur lesquels nous reviendrons notamment dans la révision de notre septième opérateur. A la lecture des extraits que nous venons de citer, on ne peut cependant qu'être frappé du retour d'une forme d'aliénation statutaire sous la forme d'une hiérarchie des savoir-faire. Une psychomotricienne obligée de préciser qu'elle n'oublie pas sa formation initiale lorsqu'elle habille sa casquette de thérapeute TCC labellisée ; une psychologue usant de sa maîtrise des programmes de remédiation cognitive pour être écoutée par les médecins ; une cadre infirmière résignée quant à la nécessité pour ses consœurs de se former officiellement à des accompagnements éducatifs face à l'intégration d'éducateurs dans les équipes de soins ; une psychologue admettant tout de go que le module qu'elle propose est si structuré que d'autres qu'elle pourraient s'en servir de façon équivalente et interchangeable... Toutes ces figures, qui pourraient passer pour des images de professionnelles en plein *empowerment* par la formation continue, nous paraissent au contraire dévoiler la façon avec laquelle les services à orientation réhabilitation psychosociale ou TCC basent leur organisation sur une

hiérarchisation forte des interventions et une interchangeabilité des soignants qui fait fi de leur singularité et de leur style, à moins que ceux-ci ne se réapproprient leurs actions et y réinjectent le savoir-faire de leur métier de départ.

Ce que nous voyons se déployer, c'est un risque de taylorisation de la pratique de certains « soins » sous couvert d'homogénéisation des services proposés : des thérapeutes interchangeables en quête de reconnaissance usant de thérapies protocolisées afin de posséder une compétence qui balaye quelques temps la crainte de devenir dispensables. Certes les protocoles, et ces professionnelles nous l'ont dit, gagnent à subir des adaptations qui font nécessairement intervenir leur créativité dans l'action. Le point que nous souhaitons plutôt souligner ici est celui d'une potentielle perversion de la logique de l'instrument dont parlait Alfredo Zenoni, dialectique dans laquelle le patient peut se servir de l'institution pour se faire accompagner et porter. A l'inverse, et de façon visible dans nos entretiens, les professionnels possédant la maîtrise de certains outils risquent toujours d'être identifiés avec eux et ainsi de devenir eux-mêmes les instruments dont la structure peut se servir afin de remplir un contrat de service avec l'utilisateur qui y est accueilli.

Par conséquent, ces solutions pour - supposément - gagner en responsabilité et en compétences ne subvertissent pas le système dans lequel elles sont ancrées : ce ne sont pas des ruses. La capacité véritable de ces qualifications supplémentaires à subvertir les hiérarchies statutaires fortes que les professionnels interviewés dans leurs services disaient vivre au quotidien mérite d'être interrogée, et avec elle l'ensemble du système de classement de la parole des soignants en fonction de leur place dans les organigrammes établissementaux ou de leur accumulation visible d'outils techniques.

Dans la révision de ce premier opérateur, il nous est en conclusion apparu que les discours des professionnels répondaient thème à thème aux retours d'expérience des promoteurs de la psychothérapie institutionnelle, avec toutefois quelques différences terminologiques. Dans le corpus de la psychothérapie institutionnelle, les critiques de la hiérarchie statutaire venaient beaucoup plus des psychiatres que de tout autre corps de

métier : cela relève pensons-nous d'un biais, car seuls les psychiatres étaient alors réellement formés au partage d'expériences professionnelles théorisées. Il serait donc impossible de déterminer, à partir de leurs seuls retours d'expérience, dans quelle mesure la critique statutaire n'émanait pas même dans les années 60 de leurs collègues infirmiers et surveillants. Ce qui ne relève en revanche pas d'un biais mais bien d'une évolution du système, c'est que la diversification des professions du champ de la santé mentale et de leurs formations a fait évoluer la remise en question de la hiérarchie en fonction des compétences et des responsabilités de chacun dans un dispositif où l'ensemble des acteurs apporte des savoir-faire spécifiques que n'ont pas les autres corps de métier. Cette remise en question ouvre pour nous la voie à des formes hiérarchiques plus fonctionnelles, notamment dans le médico-social où le dispositif lui-même, avec sa pluralité de professionnels, impose de considérer la fonction soignante comme une équation ventilée sur un groupe de personnes – la reconnaissance de cette nécessité clinique étant toutefois plus inégale en fonction des structures. Là où le travail sur le quotidien était beaucoup plus clair et beaucoup plus total dans les années 60, puisqu'il était directement identifié au rôle infirmier, la fragmentation des accompagnements par thèmes (social et logement, éducatif, soins, psychothérapie, hygiène du quotidien, fonctionnement social quotidien) a conduit à une hiérarchisation fantasmatique de la légitimité des actions professionnelles selon la proximité avec le quotidien le plus prosaïque du patient. Nous avons cependant remarqué, ce qui fait à notre sens toute la difficulté de certaines réunions d'équipe, que la hiérarchisation de la parole professionnelle prenait le chemin exactement inverse de celle de la légitimité ressentie des acteurs : plus les acteurs étaient proches du quotidien concret du patient et plus ils se sentaient les seuls porteurs d'un matériel peu accessible aux médecins, mais moins leur parole était valorisée sous prétexte d'une formation moindre, alors même que tous les interviewés reconnaissent la valeur cruciale du quotidien pour obtenir des informations importantes sur le patient. Cette valeur était soutenue par l'idée que ce quotidien était le prétexte à l'introduction d'un « supplément de relation » dans l'action professionnelle, qui bien plus que les missions officiellement confiées aux professionnels semblait donner son véritable sens à leur travail. S'occuper correctement de leurs prérogatives professionnelles n'avait d'intérêt qu'en tant qu'ils pouvaient, du reste, endosser des rôles plus complexes aux yeux du patient : ce supplément de relation indiquait que nos interviewés n'étaient pas dupes des enjeux affectifs

qui se jouaient tout au long de la journée, au cours de leurs actions professionnelles spécifiques ou dans l'informel.

Tableau récapitulatif

Opérateur 1 : Distinction statut, rôle, fonction	
Sous-thèmes du corpus P.I.	Sous-thèmes du corpus actuel
Critique de la hiérarchie statutaire faite par les médecins	Critique de la hiérarchie médicale faite par les autres professionnels
Elaboration de la notion de rôle grâce à la reconnaissance de la place de l'infirmier dans la thérapeutique quotidienne	Ambivalence vis-à-vis du quotidien comme facteur de légitimité professionnelle, mais aussi de discrédit de la parole
Liaison explicite du rôle au transfert et roulement des rôles	Conception d'un « supplément de relation » qui donne à tous les professionnels un rôle décalé de leur statut
Elaboration de la notion de fonction grâce à la reconnaissance des responsabilités et compétences, vers une hiérarchie fonctionnelle	Responsabilisation des professionnels en fonction de leurs compétences et reconnaissance de leur responsabilité au quotidien

Révision de l'opérateur 2 : La vie quotidienne, entre créativité, légitimation professionnelle et utilitarisme

Notre deuxième opérateur tel que défini par la psychothérapie institutionnelle proposait de considérer que tout acte, tout élément de la vie quotidienne était potentiellement affecté d'un certain coefficient thérapeutique. Cet opérateur nous semblait avoir émergé à partir de la prise de conscience de la négligence qui entourait souvent un quotidien vécu comme une évidence naturelle. Nous avons ensuite précisé qu'au sens de la psychothérapie institutionnelle, le coefficient thérapeutique de la vie quotidienne n'était pas total, qu'il était toujours question d'un potentiel à activer plutôt que d'une donnée. En effet, ce qui semblait faire médiateur entre la vie quotidienne et ses effets thérapeutiques indirects ou par ricochets, c'était les occasions de relations et d'échanges qui émergeaient au cours de la fréquentation des autres et de la vie en communauté. Nous avons finalement noté que si la vie quotidienne semblait à l'époque des psychiatres réformateurs s'incarner dans la figure de l'infirmier, elle était utilisable, par l'infirmier et plus encore par tout le Collectif, comme l'occasion d'ouvrir une porte vers l'extérieur pour continuer le soin hors des murs de l'hôpital.

Dans la révision que nous allons proposer de ce deuxième opérateur de la P.I., nous souhaitons étudier ce qu'il en est, pour les professionnels d'aujourd'hui, du rapport entre la vie quotidienne (dont il s'agira de définir le cadre et la nature) et la thérapeutique pour le patient. De quelle façon ces deux entités caractéristiques du travail en psychiatrie trouvent-elles à se lier dans les représentations des professionnels ?

Après avoir défini rapidement ce que nous entendons par vie quotidienne, nous montrerons que celle-ci est souvent vue, dans les structures hospitalières ou médico-sociales comprenant des lits, comme un temps fortement lié à l'espace du lieu de soins devenu, parce que les usagers y résident véritablement, un lieu de vie. Dans d'autres structures sans lits et avec des prises en charge partielles, la vie quotidienne sera d'abord un attribut du monde extérieur à l'institution (la vie quotidienne par excellence étant celle du patient ou de l'utilisateur dans son milieu d'origine) à laquelle les professionnels participent. Dans les structures à temps partiel mais cette fois plutôt affiliées à des courants cognitivo-comportementalistes, nous

proposerons que la relation au quotidien est fortement orientée par un modèle de transfert d'outils et de compétences : le quotidien y devient un espace dans lequel les patients/usagers déploient des stratégies apprises et élaborées au préalable avec les soignants. L'espace-temps dédié à la relation avec le professionnel est alors conçu de façon utilitariste comme un espace d'entraînement plus ou moins connecté à la vie quotidienne extérieure (allant d'exercices devant un ordinateur à des séances de cinéma planifiées pour travailler le ressenti et l'expression des émotions), dont le seul but consiste à ce que le patient puisse ensuite appliquer les stratégies apprises à une vie quotidienne plus « vraie » car aseptisée de toute présence professionnelle.

A. Qu'est-ce que la « vie quotidienne » ?

Dans les structures comprenant des lits, la variable explicative d'une plus ou moins grande prise en compte de la vie quotidienne des malades n'était en réalité pas tant la durée moyenne de séjour du patient ou l'affiliation idéologique (psychodynamique, TCC) que la prise en compte d'une somme d'actions et la compilation de moments vécus qui, par leur accumulation, définissaient le quotidien. La description qu'en donnait le chef de service d'un Foyer d'Accueil Médicalisé nous semblait être un bon point de départ, éclairant de nombreux traits communs aux secteurs sanitaire et médico-social :

« être présent le matin, démarrer la journée après le relais etc., accompagner les gens dans leurs activités, autour des repas, préparation des repas, aller faire les courses ensemble, préparer le repas ensemble, manger ensemble, faire la vaisselle, les activités de l'après-midi, la soirée qui est toujours une période un peu difficile autour des angoisses entre chien et loup hein, etc... pouvoir raconter sa journée, il y a le moment de la prise des médicaments qui est un moment important où le gens racontent, se racontent etc. Et puis l'endormissement, de savoir que les professionnels vont rester là et que ça ne va pas être des veilleurs de nuit etc., [...] ça offre une sécurité qui n'est pas autour du matériel, caméras je ne sais pas quoi,

les portiques, le pire de la psychiatrie, mais autour d'une présence chaleureuse, bienveillante, des éducateurs. » (14C60)

Bien sûr le fait d'avoir des lits, c'est-à-dire une prise en charge à temps plein, était toujours considéré par les professionnels du sanitaire comme du médico-social comme ayant une « *valeur structurante pour les personnes* » du fait d'un lien de proximité qui se muait vite en lien de confiance (14E38). De même pour les réhospitalisations qui, si elles étaient considérées comme des événements malheureux, permettaient de leur propre aveu aux équipes de secteur de passer du temps avec le malade et de continuer le travail de lien sur lequel allait reposer le processus d'acceptation de la maladie et des soins :

« quand ils ont déjà eu affaire à nous, le lien de confiance est déjà plus ou moins installé et tout ce travail-là d'une certaine façon il a été fait en amont lors des précédentes hospitalisations » (67I35)

« il y a beaucoup de patients c'est des chroniques, donc avant de pouvoir créer une relation, ça fait un peu bateau de dire ça mais c'est vrai, il faut quand même du temps. Et tu vois qu'il y a des soignants qui ont un contact privilégié ou particulier avec des patients et ce n'est pas pour rien, c'est parce qu'ils les connaissent depuis des années » (67I30)

Ainsi avons-nous plus souvent entendu du bien des unités sectorisées, par opposition aux unités intersectorielles dans lesquelles la plus grande source d'inquiétude des soignants était de ne pas connaître des patients hospitalisés en soins sous contrainte avec lesquels le travail était vécu comme plus difficile.

Toutefois, dans les structures sanitaires que nous avons visitées, et notamment dans les unités d'hospitalisation, de nombreux professionnels nous ont confié qu'ils se sentaient avoir de moins en moins de temps à consacrer aux patients : les infirmiers rapportaient la hausse des actes administratifs à effectuer (codage de l'activité entre autres) et la baisse des effectifs, les psychologues déploraient le raccourcissement de la durée moyenne des séjours dans la plupart des unités d'hospitalisation, les psychiatres le temps passé à rédiger les certificats.

C'est pourtant précisément dans ces unités, ainsi que dans les structures médico-sociales dotées de lits, que nous avons le plus observé et entendu parler de la consistance de la vie quotidienne. Ce constat n'est pas étranger au fait que longtemps, la psychiatrie et la psychothérapie institutionnelle ont considéré le lieu de soins des malades comme leur lieu de vie. Cette affirmation avait cependant deux sens que l'on a trop souvent mélangés. Elle signalait tout d'abord une forme de politique du réel psychiatrique : sans les neuroleptiques, et même avec ceux de première génération, les perspectives pour bon nombre de patients qui étaient déjà fort sédimentés dans leur pathologie s'arrêtaient net à la porte des hôpitaux psychiatriques. Mais plus encore, il fallait pour ces patients *penser un lieu de soins qui puisse prendre vie*, en faisant crédit à chacun d'entre eux d'une vie psychique subsistante malgré la maladie et les années d'asile :

« à l'époque (elle sourit), on avait une approche très générale, une clinique très générale du patient, nous n'avions pas et nous ne voulions pas travailler dans l'urgence. Prendre le temps hein, d'approcher les patients, ne pas les brusquer, les brutaliser comme ça peut arriver actuellement, en voulant traiter les questions trop rapidement... mais la psychiatrie était complètement différente, c'était un lieu de vie, ici quand j'ai commencé et pendant les cinq ou dix premières années, c'était un lieu de vie. C'était l'ancienne psychiatrie [...] » (67P58)

En proposant de prendre toute la mesure de ce que la transformation d'un lieu de soins en un lieu de vie pouvait apporter à des patients qui étaient longtemps restés inoccupés, la psychothérapie institutionnelle avait accepté de porter les fruits mais aussi, comme le soulignait Bonnafé en son temps, le poids de l'époque asilaire afin d'en transformer radicalement l'héritage. Aujourd'hui, si dans les grandes villes les hôpitaux psychiatriques ont entamé depuis plusieurs années la transition vers des hospitalisations courtes, certains professionnels travaillant dans des départements plus ruraux nous relataient encore des histoires récentes avec des patients dits « chroniques » :

« chroniques c'est quand quasiment ils y vivent quoi. J'ai préféré les chroniques [...] vu qu'ils y vivent, c'est leur lieu de vie donc... on peut mettre en place plus de choses, prendre le temps de faire les choses avec eux, ils ont leurs repères, il y a un petit côté plus convivial je trouve, on les connaît bien, ils nous connaissent bien, voilà, c'est plus... je n'ai pas envie d'utiliser le terme familial parce que c'est bizarre mais... c'est plus convivial je trouve que l'admission où les gens, bon déjà ils arrivent en crise donc c'est moins drôle, ils restent peu de temps, on n'a pas le temps forcément de les connaître [...] parce que c'est vrai qu'avec les chroniques on organise des séjours, des sorties, en admission ce n'est pas ça... on est sur l'ordi, on fait des admissions, on gère les traitements les machins, ce n'est pas tout à fait la même » (47140-2)

Le temps, ou plutôt la disponibilité physique et psychique, est pourtant devenu de l'avis de bon nombre de soignants de ces services - en premier lieu des infirmiers - une denrée rare dans un système hospitalier protocolisé et où les réductions de postes sont monnaie courante :

« vu le manque de personnel, vu, hé bien là il y a toujours plus de patients, moins de personnel, le contexte fait qu'on nous demande de vite sortir les patients, enfin d'avoir un turnover assez rapide et important, et c'est vrai que des fois j'ai l'impression d'accorder plus d'importance à des choses administratives qu'on nous demande de faire obligatoirement, des paperasses parce qu'ils ont supprimé une secrétaire ou de devoir couper du melon parce qu'en cuisine ils ne coupent plus les fruits et légumes, il y a des trucs comme ça, il y a une espèce de glissement de tâches qui fait que des fois j'ai l'impression d'avoir moins de temps pour faire des entretiens thérapeutiques infirmiers avec des patients et c'est un petit peu... dommageable on va dire, pour le patient, pour le soin du patient. » (67130-2)

La question de la disponibilité ne semble toutefois pas se résumer à la quantité de temps effectivement libre et à la juste répartition du travail en fonction, encore une fois, de

l'organigramme, mais correspond aussi à une disponibilité psychique des professionnels sur laquelle certains d'entre eux ont appuyé lors de nos entretiens – cette disponibilité constituera d'ailleurs l'un des sous-thèmes de la révision de notre sixième opérateur. Il est pour l'instant nécessaire de souligner, à partir de cette notion de disponibilité psychique, qu'une partie du savoir-faire de ces professionnels consistait en des ruses portant sur les actes de la vie quotidienne, une façon qu'ils avaient de contourner les contraintes et d'en prendre leur parti. C'est grâce à ces ruses adoptées par les soignants dans leur travail de tous les jours, visant à garantir et protéger le supplément relationnel de leur métier, que la vie quotidienne semblait pouvoir conserver son coefficient thérapeutique :

*« Alors il y en a qui aimaient bien aller aux ordinateurs et c'est de pire en pire, il y en a de plus en plus, et il y en a qui n'aimaient pas spécialement être avec les patients donc moi je leur laissais les ordinateurs et je m'occupais des malades. »
(47144)*

« Toi tu viens prendre ton traitement le matin, je peux te dire bonjour te donner ton traitement et puis c'est tout, après je peux te dire bonjour te donner ton traitement et te poser des questions sur comment tu as dormi, comment ça va, comment ça a été hier pour telle chose, voilà, et après dans d'autres temps de la journée, comme l'après-midi ou en fin de matinée si on a un peu de temps tout ça lors des sorties, quand on est dehors là hé bien on peut discuter avec eux, s'asseoir, prendre le temps, voilà, et pas que répondre à des demandes pratiques ou à des problèmes liés au traitement ou des choses comme ça. C'est aussi ça, et ça les patients le sentent, le voient au bout d'un moment et ils s'orientent vers les gens qui sont plus disponibles. Mais ça c'est aussi... ça demande de l'énergie (rit), ça demande du temps et de l'énergie et l'énergie tu ne l'as pas tous les jours, des fois tu es moins disponible, tu es moins patient » (67130)

« la cuisine est ouverte. Oui, c'est très spécial : la cuisine est ouverte parce que les patients y participent. Ils mettent la table, ils coupent le pain, ils mettent les brocs d'eau, ils préparent le café, ils font la vaisselle. Mais ça n'est pas du tout dans les normes hein, on n'a pas le droit normalement [...] ça fait partie des aberrations du

ystème, si on respectait ce qui doit être respecté la cuisine est fermée, personne n'y rentre à part les ASH, lesquelles ASH ont le droit de mettre les trucs en chauffe mais n'ont pas le droit de distribuer les plats, ce sont les infirmiers qui doivent distribuer les plats, enfin tu vois ce sont des conneries comme ça qui font que ce n'est plus du tout convivial, que tu ne fais plus participer les patients à la vie de l'hôpital quoi » (47153)

Si nous appuyons sur la part de ce travail de disponibilité pour les patients qui passe par une appropriation et une subversion des protocoles par les soignants, nous ne souhaitons pas pour autant minorer l'ensemble des contraintes auxquelles ils sont confrontés, notamment dans les hôpitaux publics. Comme nous l'avons exposé dans notre premier chapitre, nous pensons au contraire que les difficultés organisationnelles jouent pour beaucoup dans le sentiment d'amenuisement de la QVT et des possibilités de faire du bon travail. Il nous est cependant apparu que la disponibilité psychique qui s'exprimait dans de petits actes du quotidien venait interroger la reconnaissance institutionnelle de ces actes - auxquels était conféré le supplément de relation dont nous avons parlé – en tant que partie intégrante du processus de rétablissement du patient.

B. Les « petites choses » et le « tas de sable » : de la difficulté de décrire le rôle de la vie quotidienne dans la thérapeutique.

Cette conscience de l'importance de la position de disponibilité à adopter afin de transformer la vie quotidienne du patient en une somme d'occasions relationnelles se heurtait en effet, chez tous les professionnels, à une difficulté de nommer ce qui par définition n'entre dans aucune case ni référentiel. Derrière la question des mots se trouvait en réalité celle de l'adresse : décrire l'importance de l'activité quotidienne invisible n'était un enjeu que dans la mesure où les professionnels devaient s'expliquer devant un Autre évaluateur :

« ce qui m'inquiète un peu c'est qu'on a reçu certains jeunes étudiants en dernière année de master, diplômant, et après tu peux être directeur d'établissement [...] »

Ce qui me fait un tout petit peu douter parfois, c'est que les écoles de formations, les gens qui nous forment nos futurs dirigeants, il y a quand même un courant procédural, processus-procédure, qui est une espèce de guide mais qui élague toute vie quoi, si on n'y prend pas garde il n'y a plus de vie, on met des gens dans des cartons. Heureusement qu'il y a la pratique de terrain qui nous re-dynamise un peu (rit). » (73E52)

« j'étais formateur à l'IRTS, à l'école d'éducs [...] J'ai dit que je ne retournerai plus là-bas. [...] Ils sont formés à compter des choses qui ne se comptent pas. Comment dire, comment évaluer quantitativement ce que tu fais ici au quotidien ? Regarde ce matin par exemple, on pourrait dire « oh, il n'a rien foutu ce matin », tu vois, un truc comme ça. Ou quand tu passes une demi-heure avec un pensionnaire à écouter... finalement est-ce que tu travailles ou pas, est-ce que tu ne perds pas du temps, tu serais peut-être plus efficace à faire autre chose, ils sont formés vraiment comme ça maintenant à l'école d'éducs. » (14CUI41)

A ce titre, il est intéressant de remarquer que nous avons parfois furtivement incarné cet Autre évaluateur face aux personnes qui s'entretenaient avec nous. Notre présence était pour certains professionnels l'occasion de projeter sur nous le jugement ambivalent qu'ils portaient sur eux-mêmes, jugement lui-même partiellement déterminé par l'appréciation que d'autres avaient pu formuler sur leur travail auparavant. Nous avons fait l'hypothèse que c'est le retour de ce regard extérieur à travers nos questions d'entretiens, oscillant fantasmatiquement entre bienveillance et potentielle dévalorisation, qui avait poussé plusieurs professionnels à presque s'excuser de ne pouvoir mieux nous montrer ce qu'ils pensaient que nous étions venue voir, ou de ne pas pouvoir répondre pleinement à ce qu'ils ressentaient être une demande sous-jacente à nos questions :

« pour toi là qui viens comme ça, ça ne doit pas être... forcément flagrant, ou tu devais t'attendre peut être à quelque chose de plus institutionnel avec des entretiens, quelque chose d'organisé, ça peut paraître un peu fouillis comme ça [...] on est aussi là à la disposition des patients pour parler avec eux, pour les rassurer...

ça passe aussi je pense par un savoir être, une manière d'être avec eux, c'est une manière d'être au quotidien, à travers des petites choses, on vit un peu avec eux ici, on mange avec eux, ils mangent ensemble, et toutes les petites choses comme ça qui apparaissent normales en fait nous ça nous permet aussi d'évaluer les gens, tout ce qu'on va faire on va évaluer les gens comment ils sont avec toi, dans leur relation à l'autre, aux autres patients [...] » (67130)

« ça a l'air bête mais : ne pas dormir la journée mais dormir la nuit, de manger à l'heure, d'avoir quelqu'un au quotidien qui puisse les écouter ou quand ils ont des angoisses, de pouvoir ne pas être interprétatif, c'est des petites choses en fait, le mot thérapeutique est bien grand mais ce sont des petites choses du quotidien qui permettent de rediriger le patient vers un meilleur bien-être psychique, voilà. Après c'est très humble, on n'est pas dans des grands projets hein pour la plupart des... hé bien on n'est pas dans des grands projets, on est déjà dans éviter les angoisses, redonner un rythme de vie, un cadre de vie, des normes sociales » (03143)

« Je ne sais jamais répondre ce qu'on fait ici avec les pensionnaires... Non mais c'est terrible, de toute façon c'est que... je ne sais plus qui disait ça, « c'est comme un tas de sable » : j'ai l'impression de monter des choses ça m'apparaît très clair, et au moment où je veux les reprendre c'est... tout disparaît. » (14PH61)

« au début je prenais juste les jeunes de mon pavillon, je partais avec eux de [l'hôpital] et on allait faire du sport etc., on le faisait quasiment tous les après-midis quand j'étais là [...] Puis ça a bien fonctionné alors du coup j'allais dans les pavillons à côté, j'en récupérais un peu et on se faisait des matchs, tout ça. [...] Alors le retour des pavillons des fois était un peu... ce n'était pas forcément interprété comme moi je le pensais [...] Je m'en rappelle, des fois je ramenaient les jeunes au pavillon, on me dit « vous vous êtes bien amusés ? ». C'est marrant c'était assez péjoratif je trouve, ils n'avaient pas l'impression que j'étais parti travailler avec eux, que j'étais parti me détendre... alors que pendant deux heures, en général ces jeunes-là c'est qu'ils posaient des problèmes dans le pavillon en plus, parce que c'était des pavillons fermés souvent, donc ils avaient du mal à tenir en place etc. et moi je trouvais qu'au contraire, les emmener faire une activité

physique ça les canalisait, et ils revenaient ils étaient plus calmes, il y avait beaucoup moins de problèmes dans les pavillons » (47140-2)

Il était toujours ardu pour nos interviewés de valoriser ou d'expliquer l'importance des actes du quotidien. Alors même qu'ils parlaient de la partie relationnelle et informelle de leur travail avec bonheur, liant très souvent celle-ci avec leur désir de travailler en psychiatrie – et cela était particulièrement vrai pour les infirmiers, qui à de nombreuses reprises soulignaient cette spécificité relationnelle du travail en psychiatrie par opposition à la technicité et la rapidité du travail en somatique -, ils avaient conscience que l'impossibilité à dire et expliquer, évaluer et quantifier, desservait ce qu'ils considéraient comme le cœur même de leur métier. C'est dans les « petites choses » que ces professionnels trouvaient du sens à leur travail parce qu'ils se sentaient véritablement déployer un savoir-faire combinant compétences relationnelles et objectifs de leur intervention. Ils mesuraient ainsi certes les progrès que pouvaient faire les patients, mais plus profondément encore, la consolidation du lien qui se construisait avec eux :

« J'ai un patient quand je suis arrivée, il n'enlevait jamais son manteau, il ne s'asseyait jamais sur une chaise. On a travaillé le fait de se poser, d'éviter d'avoir quinze activités en même temps parce qu'il déposait tout sur la table, une par une, et maintenant il s'assoit et il se pose. C'est des petites choses, mais sur le quotidien c'est important de s'asseoir pour faire les choses. Voilà ça maintenant il sait faire, ce sont des petits trucs » (22ERG30)

« là j'accompagne une personne mais qui n'est pas forcément demandeuse [...] c'est monter des étagères, je prends tout ce qu'il y a de concret, tout ce qu'il m'apporte je prends, alors effectivement une infirmière... « qu'est-ce que tu as fait aujourd'hui ? » « j'ai monté des étagères » ça pourrait paraître... mais sauf qu'il y a un réel sens derrière, enfin quelque part on s'apprivoise aussi quoi, et puis on verra, peut-être qu'à un moment donné il voudra bien qu'on puisse aborder d'autres choses » (85132)

« Là j'ai un gars, je sais pertinemment que s'il ne va pas bien il faut que je vienne avec un jeu de cartes, et on va jouer aux cartes. Et là ça va détendre l'atmosphère et petit à petit on arrivera à faire quelque chose. Je crois que ça c'est l'intérêt d'être éduc parce que c'est tout des techniques qu'on apprend en formation d'éduc, et des trucs que tu peux te permettre, qu'en tant qu'infirmier ils ne le feront peut-être pas parce que ce n'est pas dans leur formation vraiment dite » (59E34)

« je parlais du quotidien... Je pense à ce monsieur, la dernière fois il voulait se suicider parce qu'il avait une chrysanthème et elle était disparue, et il n'y avait plus rien qui allait, c'était une catastrophe. Bon, c'était complètement disproportionné et puis on lui a trouvé une autre chrysanthème qui était là aussi, on a re-programmé pour qu'il aille la porter sur la tombe [de sa mère], et... voilà, ça a pris une plombe, c'était une bêtise à vrai dire, c'était pour pas grand-chose mais sinon ça débouchait sur une hospitalisation ou une tentative de suicide » (59I55)

Prendre le quotidien au sérieux signifiait bien sûr les prendre au sérieux eux, dans la globalité de leur activité et de l'investissement qu'ils y mettaient, mais c'était aussi prendre au sérieux les besoins des patients, ce qui explique – et ces résultats sont consistants avec ceux de la revue de la littérature que nous avons écrite pour la FHF – leur amertume de ne retrouver nulle part dans les grilles d'activité ou les discours de leurs supérieurs hiérarchiques tout le volet quotidien et informel de leur travail. A travers la description qu'ils nous faisaient de leurs actions, le quotidien et l'informel ne gagnaient en réalité leurs lettres de noblesse qu'en tant qu'il se faisait le prétexte ou l'occasion d'une « relation qui soigne » (Rozier, 2014):

« moi j'aime bien parler aux patients, discuter avec eux même si c'est à bâtons rompus et si ça n'a pas spécialement une visée thérapeutique, on n'est pas obligés tout le temps de faire un entretien d'aide mais on peut discuter quoi avec les patients [...] et on ne peut pas quantifier ça, on ne peut pas le notifier, ça ne peut pas apparaître. Moi je pense qu'on aura beau vouloir taper ou cocher, on ne pourra jamais le quantifier ça, le temps qu'on peut passer avec le malade. Je dirais, de

façon informelle... c'est presque aussi thérapeutique que le thérapeutique, le temps informel, je trouve (rit). » (47/144)

« tout ce travail dans les couloirs dont on parle et qui fait qu'il y a du lien qui se crée [...] je vois les patients d'une certaine manière dans des temps qui ne se voient pas forcément » (69P53)

Qu'ils se réclament de la psychanalyse et de la psychothérapie institutionnelle ou simplement de l'empirisme et du bon sens, nous avons donc retrouvé chez beaucoup de professionnels cette relation indirecte que les auteurs de la P.I. avaient établie entre la vie quotidienne et la thérapeutique, en tant que la première devait servir de médiation à la seconde face à des patients pour qui la reconquête de l'évidence naturelle (Blankenburg, 1991) du quotidien était déjà un travail colossal.

Le secret des objets et actions du quotidien était ainsi de faire médiation dans la relation avec des personnes pour qui l'être-avec était compliqué par la maladie. Les professionnels soulignaient souvent le caractère anodin de ces moments, probablement inconscients de l'équivocité d'un terme qui, initialement, désignait un remède destiné à calmer ou apaiser la douleur¹¹⁸. Si le mot a aujourd'hui pris, par extension, le sens péjoratif et parfois moqueur de ce qui est sans intérêt car sans profondeur, la vie quotidienne telle qu'elle nous était décrite par les professionnels nous semble en réalité bien correspondre à la définition d'un remède « anodin ». La modestie qu'impose l'idée de vouloir avant tout apaiser la douleur d'exister correspond à notre sens bien mieux à l'idée de rétablissement de la personne qu'à un idéal de guérison :

« Je suis intervenue un jour chez un monsieur au domicile, il ne voulait plus sortir de chez lui, il regardait la télé, et il fracassait son fauteuil, il s'énervait, enfin beaucoup de manifestations auto-agressives. Petit à petit j'y suis allée toutes les

¹¹⁸ Définition du Littré disponible à l'adresse suivante : <https://www.littre.org/definition/anodin>. Définition du Trésor de la Langue Française disponible à l'adresse suivante : [http://stella.atilf.fr/Dendien/scripts/tlfiv5/affart.exe?19;s=1855060995;?b=0](http://stella.atilf.fr/Dendien/scripts/tlfiv5/affart.exe?19;s=1855060995;?b=0;); Consultés le 19 juillet 2018.

semaines, ça a commencé par éteindre la télé quand j'arrive, et puis commencer à discuter : « je ne me souviens pas de vous », « eh bien non je sais bien, je m'appelle comme ça comme ça », « qu'est-ce que vous aimez ? », « le Triomino », eh bien alors on a fait une semaine le Triomino, deux semaines le Triomino, [...] on va ensemble à Carrefour, on va boire un coup... et du coup une re-sociabilisation on va dire, ne serait-ce que dans le quartier, ça a commencé comme ça [...] Des trucs cons tu vois, mais voilà, des petites choses comme ça [...] il y avait beaucoup de choses sur le quotidien : faire à manger, les courses, aller aux toilettes... [...] Et en même temps sur conseil de la collègue neuropsychologue on a constitué un classeur mémoire : c'est un monsieur qui perdait beaucoup d'éléments de sa vie et des choses dont il se rappelait mais pas toujours, donc j'ai pris des photos : les photos du chat, les photos de ci les photos de là... ça m'a pris un temps considérable mais enfin en y allant toutes les semaines je l'ai construit quand même et donc il y avait sa vie, et c'est à partir de ce que lui voulait y mettre dedans [...] Et puis on a construit aussi la possibilité qu'il puisse - on pense souvent à ces gens qui sont tout seuls chez eux - qu'il puisse inclure du collectif, et du coup il y avait eu une demande de service d'accueil de jour mais spécifique pour handicapés physiques [...] une fois que tout ça c'était un peu calé et que ce monsieur allait bien, on s'est retirés, le SAMSAH » (73E52)

L'usage de cette médiation particulière au champ de la santé mentale qu'est la vie quotidienne pour créer de la relation et espérer des effets thérapeutiques implique toutefois, nous l'avons dit, la dimension du savoir-faire. Une majorité des corps de métier du champ de la santé mentale bénéficie d'ailleurs de formations spécifiques plus ou moins longues, et d'un statut auquel est attaché l'obtention d'un diplôme attestant que les professionnels en question possèdent un certain nombre de compétences. Nous l'avons évoqué dans la révision de notre premier opérateur : beaucoup des professionnels que nous avons rencontrés ont par conséquent sinon la conscience, au moins le souhait de participer à la thérapeutique ou plus globalement au mieux-être du patient. L'activité thérapeutique spontanée du personnel dont parlaient les psychiatres au sujet des infirmiers pourrait ainsi apparaître comme une donnée datée, compte tenu de la reconnaissance des compétences spécifiques des divers corps de

métier impliqués dans le champ de la santé mentale. Pourtant, l'élargissement progressif de ce champ, incluant la psychiatrie mais aussi le médico-social, et sa proximité grandissante avec les secteurs social et de « droit commun » a permis d'inclure dans les parcours de soins des patients de nombreux acteurs qui n'étaient pas particulièrement formés à la psychiatrie. Si certains d'entre eux, les bailleurs sociaux par exemple, n'ont pas vocation à faire partie du dispositif thérapeutique mais ont tout intérêt à participer à la déstigmatisation des patients, il est intéressant de constater que la surprise de l'activité spontanée d'une partie du personnel qui de simples subalternes deviennent de réels collègues n'a en réalité fait que se déplacer le long du continuum allant du sanitaire au social. La reconnaissance de cette activité fait, nous allons le montrer, intervenir la question des diplômes, de la formation, mais surtout du fantasme de possession du caractère thérapeutique de l'action par certaines catégories professionnelles désignées.

C. Peut-on encore parler d'« activité thérapeutique spontanée » du personnel ?

Exemple de l'accueil familial thérapeutique.

Nous présenterons la façon dont cette question se déplit aujourd'hui avec l'exemple des familles d'accueil thérapeutique telles que se les représentaient les divers professionnels sur l'un de nos terrains. Les familles d'A.F.T. nous sont en effet apparues comme un exemple parlant dans la mesure où leur rôle consistait précisément à intégrer le patient dans une partie de leur quotidien.

En France, la pratique de l'accueil familial des aliénés peut aisément être remontée aux « colonies familiales » de la fin du 19^e siècle, mais ce n'est qu'en 1989 que sera officialisée la place des familles d'accueil dans le dispositif thérapeutique accessible au patient grâce à la loi n° 89-475 du 10 juillet 1989 dite « relative à l'accueil par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées adultes ». Ainsi, si le travail avec les familles d'accueil est un héritage historique de la psychiatrie française en certains points du territoire, nous considérons que leur cas peut être sensiblement similaire à celui des infirmiers psychiatriques au moment de la création de leur diplôme spécifique en 1955 (les textes précédents tentant de légiférer sur leur formation n'ayant pas réellement été appliqués

(Perrin-Niquet, 2010)), à propos desquels les psychiatres réformateurs avaient en leur temps fait état de ce qu'ils avaient nommé une « activité thérapeutique spontanée » (Ayme et al., 1964).

L'un de nos terrains travaillait, plus que les autres, avec des familles d'accueil thérapeutiques. Nous avons eu l'occasion d'interroger plusieurs professionnels sur leur rapport à ce dispositif et leur perception de ces familles. Dans ce département, et même si les unités du CHS dont dépendaient les professionnels étaient déssectorisées, l'Accueil Familial Thérapeutique était tellement développé qu'il avait fait l'objet d'une cartographie et d'une sectorisation propre. L'établissement avait ainsi toute une branche dédiée à l'Accueil Familial Thérapeutique, avec des équipes d'infirmiers à qui était confiée la référence d'un secteur. La considération et la place qu'il fallait donner à ces familles semblait déclencher dans ce CHS des débats similaires à ceux des rencontres de Sèvres de 1958, entre reconnaissance de leur participation à la thérapeutique et tentative de minimisation de leur action du fait de leur absence de formation.

Chaque infirmier d'AFT étant référent de quelques patients, il était de fait amené à connaître certaines familles plus que d'autres, mais le système de rotation des personnels adopté par l'établissement amenait tous les cinq ans en moyenne les référents à changer de poste. L'une des infirmières référentes d'AFT nous avait expliqué le rôle des familles dans ces moments de passage de référence :

« le patient si par exemple il est resté très longtemps dans la même famille d'accueil, ce qui ne va plus être le cas maintenant, mais voilà on le prend à un moment donné où il va évoluer, l'autre infirmière va prendre un autre moment et la famille explique souvent à l'infirmière qui vient me remplacer comment se passaient les choses, quelle était l'évolution, qu'est-ce qu'ils avaient mis en place etc. Elles font souvent le lien, elles expliquent souvent. Elles aussi elles ont l'habitude de faire des transmissions » (03143)

Le constat était partagé par les assistantes sociales de ce Centre Hospitalier, et l'une d'entre elles nous avait d'ailleurs explicitement parlé de ces familles comme faisant partie des équipes :

« tous les gens qui sont sortis aujourd'hui et qui ont une vie autonome c'est du travail comme ça qui s'est fait en équipe avec des familles d'accueil... Parce que les familles d'accueil pour nous c'est l'équipe, on ne fait rien sans elles : elles participent à toutes les réunions, à chaque fois qu'on prend le patient en entretien on fait un retour à la famille d'accueil, les entretiens on peut les faire avec les familles d'accueil ça ne nous gêne absolument pas tant que le patient est d'accord, donc pour nous elles font partie du quotidien, elles savent vraiment tout, et les familles d'accueil qui s'impliquent ce sont des projets qui avancent, parce que c'est toujours une unité de prise en charge » (03AS26)

Les deux psychologues travaillant dans ce petit établissement avaient en revanche des avis opposés sur la question, dont nous pensons qu'ils éclairent à la fois le lien que les pratiques d'aujourd'hui ont tissé malgré elles avec celles d'hier, mais aussi le déplacement de la question de l'activité thérapeutique spontanée le long de la chaîne pluriprofessionnelle. La divergence de leurs avis était particulièrement intéressante en ce que contrairement aux infirmiers référents d'AFT et aux assistantes sociales, leurs contacts avec les familles elles-mêmes étaient rares : les discours qu'elles portaient sur ce dispositif pouvaient donc être considérés comme projectifs, autrement dit comme reflétant leur propre activité psychique avant d'être une vérité sur la pratique concrète. La première psychologue décrivait les interventions des familles d'accueil d'une façon qui rappelait la découverte relatée dans les écrits des psychiatres réformateurs puis des auteurs de la psychothérapie institutionnelle de l'importance du personnel infirmier dans le soin du patient :

« on a quand même un filtre par rapport à tout ce qu'on a pu apprendre, nos orientations, même selon les orientations ça peut grave changer (rit), alors que les accueillants familiaux ils le font finalement avec le savoir-être et le savoir-vivre, il

y a quelque chose de l'ordre du spontané je trouve, et je pense que c'est essentiel au quotidien pour dégager les patients du regard que l'institution psychiatrique a pu avoir sur eux pendant de nombreuses années pour la plupart. [...] Au niveau de l'AFT je pense qu'il faudrait travailler la réhabilitation avec les familles d'accueil, parce qu'elles le font sans passer par les outils qu'on apprend en formation, elles le font par leur façon d'être et de vivre et de les intégrer dans leur famille, elles le font. » (03P26)

En répondant à notre question sur la pluriprofessionnalité, cette psychologue s'était positionnée en faveur d'une hétérogénéité des formations, dont elle considérait qu'elle était le secret d'un travail d'équipe prenant en compte la globalité du patient. Spontanéité et quotidienneté se trouvaient intimement liées dans son discours car les familles d'accueil étaient considérées comme les dépositaires de la vie quotidienne du patient et de son utilisation à des fins thérapeutiques et réhabilitantes. L'autre psychologue en revanche excluait les familles de l'appellation « thérapeutique » du fait de leur absence de formation *ad hoc* :

« la famille par elle-même n'a rien de thérapeutique. C'est des gens qui postulent pour être famille d'accueil, tout simplement, et donc le thérapeutique c'est parce que derrière il y a toute une équipe, voilà il y a l'infirmière, il y a le médecin tout ça ... l'équipe y passe très très régulièrement, il y a des antennes et tout ça, c'est un peu la même chose que l'accueil familial social qui est géré plutôt par les conseils départementaux maintenant, et là en fait il n'y a pas de visite et il n'y a pas de thérapeutique. Il y a du thérapeutique parce qu'il y a le médecin, il y a les suivis, les psychologues, la diététicienne, toute l'équipe pluridisciplinaire mais sinon la famille d'accueil par elle-même elle n'est pas formée [...] » (03P44).

Plus que l'intérêt du dispositif d'AFT lui-même, cet exemple des familles d'accueil montre que malgré l'évolution des métiers en psychiatrie et en santé mentale, la question de la reconnaissance d'une « activité thérapeutique spontanée » de certains membres du

personnel se pose toujours, et ce même si elle s'est aujourd'hui déplacée de la discipline psychiatrique à un accompagnement en prise avec le social. De la même façon que les mouvements de valorisation du quotidien et de dévalorisation de la parole qui y était associée nous semblaient plutôt cacher les rapports des professionnels les uns aux autres, révélant la mise au travail de la dialectique statut/rôle/fonction, la conception de l'intégration des familles d'accueil dans les équipes en charge de la thérapeutique du patient nous paraît illustrer l'acuité de la discussion portant sur le potentiel thérapeutique supposé du quotidien dans les services sanitaires et médico-sociaux. En effet, la famille d'accueil n'a à sa disposition que la vie quotidienne pour agir sur le patient, tandis qu'infirmiers, psychologues et médecins ont tous des outils et des techniques à leur portée. Lorsque l'absence de technicité des familles d'accueil devient synonyme d'absence d'effet thérapeutique possible, c'est bien, nous semble-t-il, la valeur thérapeutique en puissance d'un quotidien pris pour lui-même qui est là déniée.

Il nous semble cependant que la question du coefficient thérapeutique de la vie quotidienne s'est enrichie d'une réponse nouvelle, correspondant aux évolutions d'une prise en charge de plus en plus tournée vers l'extérieur et de perspectives de rétablissement meilleures pour les patients porteurs de maladies difficiles comme la schizophrénie. Cette réponse nouvelle, nous en avons trouvé un exemple dans le CHS dont nous venons de parler, mais aussi en d'autres endroits de notre étude. Liée à l'utilisation du référentiel TCC dans le soin et l'accompagnement des patients et plus présente dans le secteur sanitaire que dans le médico-social, elle parie sur le transfert de compétences acquises dans un lieu de soins - dans lequel les professionnels représentent avant tout une offre de services - vers une vie quotidienne dépouillée de toute présence professionnelle, qui est alors brandie comme preuve de l'autonomie conquise par la personne et de la réussite concomitante de son parcours de rétablissement¹¹⁹.

¹¹⁹ Les médiateurs de santé-pairs (MSP) en santé mentale sont un exemple paradigmatique de l'aboutissement de la réhabilitation en vue du rétablissement. Ce métier tout d'abord expérimenté grâce à un Diplôme Universitaire et disposant aujourd'hui d'une Licence professionnelle dédiée n'est en effet accessible qu'à d'anciens usagers désirant se professionnaliser afin d'accompagner, grâce à leur savoir expérientiel, d'autres personnes en souffrance sur le chemin du rétablissement. Si le dispositif expérimental avait initialement fait

D. Une nouvelle forme d'utilisation du quotidien ? Le modèle de la transférabilité des compétences.

Compte tenu de notre référentiel épistémologique, la question de ce que nous allions pouvoir extraire des structures fonctionnant avec des référentiels TCC paraissait à première vue compliquée par notre jugement de clinicienne d'orientation analytique. Il nous a donc fallu comprendre le modèle de psychiatrie dans lequel ces soins s'inséraient pour saisir leur logique interne, phase durant laquelle notre participation au DIU Santé mentale dans la communauté nous a été d'un grand secours.

En effet, la conception récente de la santé mentale dont nous avons parlé dans notre premier chapitre place, nous l'avons dit, la désinstitutionalisation en maître-mot de l'organisation des soins. Du point nodal de la prise en charge, l'hospitalisation devient un temps du soin qu'il s'agit au maximum d'éviter compte tenu des conditions d'accueil des patients dans certains hôpitaux. Le secteur s'était historiquement développé comme un complément à l'hospitalisation, une façon de suivre le patient en post-cure, mais de plus en plus ses structures et ses dispositifs ont été conçus, ainsi que de nombreux établissements du champ médico-social, comme de réelles *alternatives* à l'hospitalisation.

A partir notamment de l'affinage des dosages des médicaments et de l'écoute des demandes des patients, le rétablissement et la plupart des autres courants comme la réhabilitation psychosociale aidée par la remédiation cognitive ont ouvert l'idée, ou plutôt l'idéal, d'un devenir du patient sans aucune forme d'intervention professionnelle dans leur vie. Si ce devenir est en effet souhaitable, sa faisabilité et ses implications sous-jacentes doivent en revanche être questionnées. Dé-psychiatriser la prise en charge au profit du secteur social ne peut en effet devenir un but qu'à partir du moment où l'on perçoit la

l'objet de controverses (Demailly et al., 2014), les ARS engagées dans le projet ont décidé au sortir de l'expérimentation de pérenniser les crédits dédiés au maintien de ces nouveaux professionnels dans les services sanitaires, allant dans le sens d'un probable, quoique lent et progressif, processus de reconnaissance par la communauté soignante de ce nouveau métier (Demailly, 2014a).

psychiatrie comme étant sinon l'antithèse du social (un monde factice), au moins un obstacle à la pleine participation du patient au monde commun. Cette méfiance vis-à-vis de la psychiatrie touche tout d'abord à ses établissements, qui sont effectivement parfois pris dans des logiques économiques dans lesquelles une baisse drastique des besoins en soins serait une mauvaise nouvelle pour les finances avant d'être une bonne nouvelle en termes de santé publique, mais elle touche aussi, comme par contagion, les professionnels eux-mêmes. Le refus de la présence professionnelle dans la vie d'un patient est argumenté par les promoteurs de l'*empowerment* au motif que la présence professionnelle représente toujours le risque d'un retour de l'aliénation dans laquelle ces patients, usagers et citoyens ont auparavant été enfermés contre leur volonté. Cette méfiance liée à un fantasme personnalisant « l'institution psychiatrique » sous la forme d'un organisme visant avant tout son autoconservation ne colle toutefois pas toujours à la réalité clinique du devenir des personnes souffrant de psychoses. Si le rétablissement de tous les patients est un objectif, sa réalisation est en effet considérée par les professionnels eux-mêmes comme asymptotique :

« Tu vois le gamin dont on parlait tout à l'heure. A force de lui avoir dit en le regardant dans les yeux « il faut que tu travailles en ESAT », il finit par le croire. Mais tout est fait pour lui expliquer « il faut que tu travailles en milieu ordinaire finalement, que tu gagnes plein de fric », enfin ce qu'on lui dit incidemment c'est « tu vas travailler quelques années en ESAT et quand tu seras capable de travailler dans le milieu ordinaire tu iras travailler en milieu ordinaire ». Ca moi ça me fait du mal... parce que là je mens un peu. Je mens un peu, je ne suis pas vraiment sincère, je ne le pense pas vraiment en fait. Le seul truc qui me raccroche à une certaine vérité c'est qu'effectivement ça peut s'améliorer et vu les progrès de la science ces 20 dernières années, dans les dix prochaines il y en aura encore il faut bien le reconnaître, les progrès de la science on ne va pas cracher dessus... » (94IXX).

A en croire cet infirmier – et bien d'autres professionnels faisaient dans nos entretiens ou en dehors le même diagnostic -, un dispositif de soins et d'accompagnement dépsychiatisé et désinstitutionnalisé prendrait le risque, comme de nombreux auteurs que nous avons cités

dans notre premier chapitre l'ont souligné, de laisser les patients dont les symptômes sont les plus lourds et la maladie la plus invalidante sur le carreau. Pour ces patients mais aussi pour ceux dont les possibilités de réinsertion sont plus nombreuses nous pensons, avec l'appui de la distinction statut/rôle/fonction pour chaque acteur impliqué, que les initiatives communes entre patients et professionnels (qu'avec le langage de la P.I. nous pourrions appeler des initiatives soignants/soignés) ont tout intérêt à perdurer dans le paysage de la santé mentale, en tant qu'elles permettent à des îlots de vie quotidienne d'émerger même dans des structures où la fragmentation de la prise en charge ne s'y prête pas nécessairement – nous pensons ici à certaines structures extra-hospitalières comme les CATTP, très axés sur leurs ateliers, mais aussi à des dispositifs sociaux et médico-sociaux très légers comme les SAVS et les SAMSAH.

En investiguant les différents traitements de la vie quotidienne par les professionnels d'aujourd'hui, le modèle de la transférabilité des compétences tel qu'utilisé dans les TCC nous a surpris, car il semblait creuser une voie que la psychothérapie institutionnelle avait moins investiguée. Ceci s'explique tout d'abord par le décalage historique entre ces deux modèles, qui n'autorise donc ni une comparaison complète ni une décrédibilisation de la P.I. au regard de techniques de soins dites plus scientifiques, et plus encore par le fait que la P.I., telle que nous l'avons définie, n'est pas une technique de soins mais un ensemble théorico-pratique portant sur l'organisation du travail thérapeutique. Le quotidien était considéré par les psychiatres de secteur et les auteurs de la P.I. comme le lieu d'émergence des compétences sociales, justifiant que le monde social se déplace dans l'enceinte de l'hôpital afin de l'ouvrir de l'intérieur, ou que les professionnels puissent se déplacer sur le « terrain » de la vie quotidienne afin d'accompagner cette émergence. Dans le modèle réhabilitation psychosociale/TCC des soins, le quotidien devient le terrain d'application d'exercices proposés dans un cadre institutionnel qui ne prétend alors plus qu'à être, sur le modèle de la recherche expérimentale, le lieu d'un apport scientifique dont les degrés d'application possibles dépendent du contexte socio-démographique territorial du patient :

« dans ce groupe-là ils imaginent qu'ils vont par exemple passer un week-end dans tel endroit pendant tant de temps, et du coup il faut qu'ils créent leur sac de

voyage : à quoi il faut penser, des choses aussi un peu pratiques du quotidien. Parfois on imagine un entretien d'embauche, comment on pourrait s'y présenter... on utilise un studio de vie quotidienne qui est en rééducation fonctionnelle, où l'idée c'est de mettre en pratique des choses qui sont en lien avec comment on prend soin de son environnement, comment on fait une machine à laver, comment on peut étendre son linge... c'est vraiment sur plein de thématiques différentes » (94ER40)

« comme c'est sur un modèle cognitivo-comportemental il y a des tâches à domicile à faire, ce qui permet de transférer les stratégies qu'on met en place au cours des séances ici dans la vie écologique. Donc il y a toujours ce lien entre ce qu'on fait dans les séances, pourquoi on le fait et comment on peut le mettre en place dans la vie de tous les jours [...] ce sont des patients accueillis en AFT, on est au fin fond de la forêt (rit) donc il n'y a aucun transport en commun, il n'y a pas de transport public, pas de cinéma, donc pour travailler tout ce qui est autonomie du patient c'est un peu compliqué : il ne prend pas ses médicaments tout seul, il ne vient pas aux rendez-vous tout seul [...] on ne peut pas trop travailler sur l'autonomie, on ne peut pas travailler le transport en commun, tout ce qui est visuo-spatial c'est un peu compliqué mais on essaie de trouver d'autres techniques... » (03P44)

« le patient est dans une famille d'accueil, donc il y a une ouverture vers le champ social : il est encore soigné mais il est dans une situation qui est plus saine qu'une hospitalisation classique, il est en ville, il va faire des courses etc. donc il est stimulé au plan cognitif déjà par ça. Et donc la remédiation lui donne des outils pour potentialiser ce qui peut se faire sur le terrain de la famille d'accueil [...] dans la remédiation cognitive il y a des exercices à domicile. Ils peuvent se faire dans la famille d'accueil, avec l'aide de la famille d'accueil dans les meilleurs cas, c'est ça la potentialisation. » (03PH66)

« ce sont des activités que normalement un patient pourrait refaire à domicile. [...] C'est ça qui est important en fait, c'est de pouvoir refaire. » (22I56)

Toutes ces descriptions reposent sur un modèle qui valorise l'autonomie, dans lequel la vie quotidienne institutionnelle n'a qu'une valeur utilitaire pour que le patient atteigne plus rapidement, grâce aux exercices, la conformité aux normes sociales et aux attendus d'une vie bonne et épanouie :

« Ce groupe a pour objectif l'acquisition d'habiletés sociales pour améliorer vos relations familiales et interpersonnelles. Ces habiletés vous permettent également de faire face aux différents stress de la vie quotidienne. Vous travaillerez sur des difficultés interpersonnelles dans une situation sociale précise, à travers les jeux de rôle et des tâches à effectuer à la maison » (extrait de la description d'un atelier, terrain 94)

« L'apprentissage des gestes quotidiens autonomes passe nécessairement par des mises en situation in vivo, c'est-à-dire à votre domicile et dans la ville [...] » (extrait de la description d'un atelier, terrain 94)

Il ne nous paraîtrait pourtant pas pertinent d'en déduire que l'injonction à l'autonomie a supplanté l'aspect thérapeutique du soin. Dans ces modèles, l'autonomie a bien plutôt pénétré le concept de thérapeutique (de la même façon que la question de la productivité a infiltré le concept de santé mentale), dont elle fait alors intégralement partie : une prise en charge n'est thérapeutique qu'à partir du moment où elle permet un mieux-être du patient défini en termes d'autonomie et de capacité à se passer de l'aide des professionnels. En lieu et place de la guérison dans les affections somatiques, l'autonomie devient alors conçue comme le résultat tangible indiquant que la thérapeutique a réussi, la dépendance étant en revanche perçue comme un relatif échec du processus. Si la notion d'autonomie n'est pas intrinsèquement vectrice d'aliénation, l'usage de ce terme imposerait de se pencher sur les fantasmes que nous projetons sur son binôme, la dépendance. Nous étudierons plus précisément dans notre septième opérateur le cas où l'autonomie peut servir un surplus d'aliénation, à partir du moment où les professionnels définissent la forme que doit prendre la possibilité de se déterminer aussi librement que possible (souvent dans le sens d'une vie dite « normale » : une famille, un travail et des activités sociales et culturelles).

E. L'extérieur au quotidien, l'extérieur comme but.

L'autonomie comme but de la thérapeutique n'est bien entendu pas le fin mot de l'histoire : atteindre l'autonomie, c'est espérer avoir une existence à l'extérieur et en dehors de la psychiatrie. Ainsi voyons-nous apparaître un lien entre le quotidien et l'extérieur, car le premier devient, notamment dans les lieux de soins et de vie, une porte ouverte sur le second, jusqu'à penser le caractère proprement soignant des liens qui se noueront dans le quotidien des personnes à l'extérieur et sans l'intervention des professionnels :

« en général on tend vers un mieux-être, essayer de tenter de tenir un petit peu un quotidien, que la personne puisse se rythmer pour ensuite penser à elle, reprendre un peu de force pour elle-même, pour ensuite se projeter sur un extérieur quand c'est possible... » (15C52)

« normalement il y a des sorties qui se font régulièrement, des possibilités d'accompagner, oui d'inviter M. [une patiente] aussi à aller au restaurant ou de l'emmener chez le coiffeur ou d'aller, enfin... de donner de l'importance à ces petits trucs » (25I23)

« moi je fais beaucoup de choses qui n'ont rien à voir avec le soin à proprement parler, enfin là j'étais allée acheter des saucisses ce matin, tu vas me dire : qu'est-ce qu'elle fait l'infirmière psychiatrique à aller acheter des saucisses ? Oui mais ça fait partie de l'accompagnement de patients que j'encadre dans une activité sportive, il y a un tournoi qui est organisé, il faut le préparer et j'englobe les patients avec moi, parce que toute l'après-midi tu vas voir il y a des patients qui vont venir avec moi. Mon rôle il est aussi là je crois, c'est l'accompagnement au niveau de la communauté, de la société, de la vie de tous les jours. Voilà c'est comme ça que je vois mon métier » (47I53)

« Les pensionnaires ne sont plus du tout les mêmes en dix ans, ils sont vraiment dans la cité. Il y a eu deux grands changements : ils sont très en lien entre eux, ça je me rappelle vraiment l'avoir travaillé il y a dix quinze ans [...] c'est un réseau

qu'ils doivent développer comme nous on développe des réseaux d'amis dans nos vies, ils commencent à aller les uns chez les autres, s'inviter, dîner ensemble, aller au cinéma, et ça, ça a été vraiment une satisfaction de voir que peu à peu ils vont faire le 31 ensemble, ils vont sortir, enfin tu vois, ou ils vont faire des séjours ensemble... Hé bien tous ces liens là c'est... C'est soignant quand même, c'est soignant quoi. « (14PH61)

Plutôt qu'un modèle du soin où les patients devraient, dès le départ, intégrer une dynamique d'exercice des actions quotidiennes afin de ne pas perdre en autonomie, nous voyons en réalité se dessiner un continuum de présence des professionnels dans la vie des sujets malades au fur et à mesure duquel ceux-ci sont amenés, progressivement et toujours à leur rythme, à rencontrer de nouveau et sur un mode rassurant et bienveillant le monde extérieur. Les deux derniers extraits que nous venons de rapporter sont à ce titre particulièrement significatifs : les deux interviewés travaillaient dans des structures où usagers et professionnels avaient créé ensemble une association, et leurs discours avaient ainsi en commun de considérer l'« aller vers » l'extérieur non pas comme un travail réadaptatif mais comme une démarche collective. Là encore, une différence entre établissements aiguillés par la psychothérapie institutionnelle ou par les TCC se fait sentir : dans les structures qui utilisaient des groupes thérapeutiques d'orientation cognitivo-comportementale, la dimension collective, qui existait malgré tout, semblait partiellement déniée du fait des impératifs d'individualisation de la prise en charge et de résultats tangibles. Nous reproduisons ici un extrait de journal de bord, écrit sur l'un de nos terrains à orientation TCC :

« deux soignantes faisaient un programme consistant en de la remédiation cognitive en groupe [...] Puisque j'étais là, les deux soignantes ont demandé aux participants du groupe de dire chacun leur tour ce que leur apportait l'IPT et pourquoi ils étaient là. Première réponse d'un patient que j'avais déjà vu : « rien ». Il ne voulait pas venir, ne veut toujours pas d'ailleurs (quoiqu'il a déclenché un transfert intéressant avec l'une des deux soignantes, avec qui il vient toujours

discuter avant le groupe), et regrette d'être là. La patiente suivante dit que ça lui fait une psychothérapie, puisqu'elle vient deux fois par semaine ! J'ai par la suite appris qu'aucun des psychologues ne semblait conduire de psychothérapies dans cette structure. Les psychologues ne sont pas du tout vus comme des thérapeutes, mais plutôt comme des gens sur lesquels s'appuyer pour la remédiation. La troisième patiente n'était pas ravie d'être là non plus, la quatrième était assez peu bavarde et la cinquième, de l'avis des deux soignantes, n'avait pas le profil pour le groupe mais avait plutôt été bien acceptée. Finalement, tout a tourné autour de l'apport du groupe à chacun des participants, sur les symptômes individuels, et les « Ah ! mais toi aussi » ou au contraire les « suis-je la seule à avoir ça ? ». Le « groupe IPT », alors que les soignantes se concentraient sur l'IPT, semblait plutôt avoir de l'importance en tant que « groupe » pour les patients » (03JB-4)

Si cette différence peut être expliquée par une caractéristique inhérente aux TCC, qui contrairement à la psychothérapie institutionnelle consistent en des techniques de soins qui ne sont pas accompagnées d'une théorie de l'organisation globale de ces soins (les courants de la réhabilitation psychosociale ne donnant pas de *guidelines* précises pour l'organisation du travail d'équipe ou le parcours du patient autre que la désinstitutionalisation et l'orientation vers le rétablissement), il nous semble qu'elle est aussi un symptôme corrélatif de l'individualisation maximale des prises en charge prônée actuellement. Cette individualisation repose sur le déni de l'importance du collectif aux profits de techniques thérapeutiques reposant sur des preuves (*evidence-based*) que sont les études scientifiques expérimentales. La question du collectif, sortie par la porte des hôpitaux et structures sanitaires, revient donc par la fenêtre en tant qu'elle se trouve très souvent déléguée aux groupes de pairs tels les Groupes d'Entraide Mutuelle (G.E.M), qui font connaître leur action aux services psychiatriques afin que ces derniers leur présentent de potentiels nouveaux

adhérents¹²⁰. Cette dichotomie affichée entre soins et collectivité ne semble donc être que de façade, même au cœur des services les plus marqués par l'orientation cognitivo-comportementaliste :

« regarde les plannings d'activités des patients, tu vas voir si c'est très individualisé. Tu vas voir des activités de groupe essentiellement, et des activités très, très peu individualisées. Alors c'est individualiser la prise en charge, mais en fin de compte ce sont des activités de groupe [...] finalement la prise en charge est à 80% des activités de groupe. Ou bien alors des activités dans un bureau en tête à tête avec la psychologue ou voilà, mais pas des accompagnements au quotidien. » (94IXX)

Le quotidien ne serait finalement pas envisageable sans quelques bribes de collectif. Comment, en effet, donner du sens à la vie quotidienne sans la présence des autres ? Plus qu'à la question des moyens de transport et de la fracture entre zones rurales et zones urbaines, il nous semble que le modèle de la transférabilité risque toujours de se heurter à la question du collectif si celle-ci n'est pas travaillée à l'intérieur des institutions et politiquement pensée au-dehors. C'est à ce sens de la collectivité que nous nous attèlerons dans la révision de notre troisième opérateur.

En conclusion, comme dans la révision de notre premier opérateur, il nous a semblé que les sous-thèmes de nos deux corpus se répondaient au sujet de la vie quotidienne : s'ils n'étaient pas dans des relations de parfaite similitude, ils pouvaient tout de même être

¹²⁰ Ainsi certains services d'hospitalisation affichaient-ils sur des tableaux à la disponibilité de tous les prospectus de G.E.M. auxquels les patients pouvaient demander à être accompagnés, même pendant leurs soins à temps plein, afin de mieux préparer leur sortie.

considérés comme des variantes l'un de l'autre, car leurs divergences relevaient plutôt d'une différence d'éclairage du phénomène cerné que d'un véritable désaccord.

Ainsi, si le rôle *psychothérapeutique* du quotidien n'était pas nécessairement dit comme tel, sauf dans les structures affiliées à la psychothérapie institutionnelle, les professionnels que nous avons rencontrés avaient bien conscience que la vie quotidienne était un facteur fondamental de la relation avec le patient - relation qui, au fil du temps, allait permettre d'adoucir la violence de l'hôpital, aider à l'acceptation de la maladie et donc du soin. Le coefficient thérapeutique de cette vie quotidienne avec l'autre était donc présent indirectement à travers ce savoir empirique partagé par tous les professionnels selon lequel seul le temps permettait à un véritable lien de se développer, sur lequel l'accompagnement allait pouvoir s'appuyer et rebondir. Si comme nous l'avons souligné dans notre premier opérateur, les différents métiers du champ de la santé mentale avaient parfois vu se reconfigurer leur rapport au quotidien du patient (entre infirmiers et aides-soignants par exemple), certaines professions avaient bénéficié de ces reconfigurations et avaient ainsi pu être considérées comme faisant partie du dispositif de *care* : c'est ce que nous avons souhaité montrer en prenant l'exemple de l'AFT.

Mettre des mots sur l'importance du quotidien paraissait toutefois tout aussi difficile aux professionnels d'aujourd'hui qu'à leurs prédécesseurs, alors même qu'ils étaient conscients que cette difficulté à dire desservait leur action lorsqu'il était question de l'expliquer à un décideur, et plus particulièrement à leurs administrations. Cet obstacle se trouvait levé dans un type de structures, celles orientées par la réhabilitation psychosociale et la remédiation cognitive, car le rapport au quotidien était rationalisé sous la forme d'une utilisation des lieux de soins pour s'entraîner à acquérir des compétences qui seraient ensuite transférables dans le « vrai » quotidien, celui de la vie dans la communauté – à l'inverse de la démarche de la psychothérapie institutionnelle qui considérait que le quotidien en institution, du fait de la distinction statut/rôle/fonction et de la constitution d'associations, était tissé de véritables relations grâce auxquelles le patient pourrait réapprendre à son rythme le monde social. Ce modèle de la transférabilité des compétences ne considérait pas la vie quotidienne dans la structure comme une ouverture progressive vers l'extérieur, mais comme un terrain d'entraînement à l'autonomie afin d'atteindre un extérieur dénué de toute présence soignante et par là, fantasmatiquement, de toute aliénation sociale.

Tableau récapitulatif

Opérateur 2 : Coefficient thérapeutique de la vie quotidienne	
Sous-thèmes du corpus P.I.	Sous-thèmes du corpus actuel
Rôle de la vie quotidienne sur le plan psychothérapeutique, sans que tout soit thérapeutique	Nécessité d'avoir du temps tout au long de la journée avec les patients pour construire la relation
Dénonciation de la négligence de la quotidienneté	Difficulté à mettre des mots sur le travail quotidien et son importance
La vie quotidienne comme occasion de relations et d'échanges	Dimension supplémentaire : utilisation de la vie quotidienne comme lieu où transférer les compétences acquises pour sortir des dispositifs de soins et d'accompagnement
La vie quotidienne comme ouverture vers l'extérieur	L'extérieur comme but
L'infirmier, incarnation du quotidien du patient	Déplacement de la gestion de la vie quotidienne vers d'autres professions : exemple de l'AFT

Révision de l'opérateur 3 : « Avec », « ensemble », des embryons de Collectif.

Notre troisième opérateur aurait pu s'annoncer plus ardu à réviser que les deux premiers, en grande partie dans la mesure où la psychothérapie institutionnelle avait donné en son temps une définition du Collectif et de ses nécessités cliniques étayée sur des références théoriques plurielles qu'il aurait été surprenant de retrouver telles quelles aujourd'hui. Parler du Collectif comme d'une fonction est en effet très spécifique à ce corpus, mais cela ne nous a pas empêché de retrouver, dans les exemples donnés par nos professionnels, tous les éléments que les auteurs de la P.I. avaient agrégés pour penser le Collectif comme agencement. Certes, peu d'institutions aujourd'hui en France fonctionnent avec des associations soignants-soignés ou des clubs telles que de nombreux auteurs de la réforme psychiatrique les avaient théorisés et décrits. Nous avons pourtant entendu des professionnels nous expliquer les difficultés d'être avec des personnes psychotiques qu'ils accueillaient, et nous raconter les réponses qu'ils avaient trouvées en faisant « avec » eux, dans des formes plus ou moins institutionnalisées de « participation effective du malade à l'organisation de son milieu d'existence », pour reprendre l'expression d'Ayme, Rappard et Torrubia (1964). Peut-être est-ce à cet endroit que nous avons été particulièrement surprise. Se demander s'il y avait du collectif ou non, question nécessairement influencée par la place des associations dans la psychothérapie institutionnelle, perdait fortement de sa pertinence : ce qu'il s'agissait de reconnaître, c'est que malgré les contraintes externes ou internes des services, malgré l'état de santé psychique très variable des personnes avec qui ils travaillaient, les professionnels, de façon non-théorisée, souvent informelle et peu institutionnalisée, semblaient toujours œuvrer dans le sens du lancement ou de la préservation de petites émergences de collectif avec les patients. Plutôt que de regarder les pratiques sur nos terrains à l'aune du référentiel de la P.I., nous avons ainsi pu inverser notre prisme pour montrer que ce qui s'était institutionnalisé sous la forme d'associations existait sous forme d'éruptions spontanées et sporadiques dans chaque institution que nous avons rencontrée. La possibilité d'officialiser la collaboration soignants-soignés dépendait de nombreux facteurs qui

dépassaient les professionnels eux-mêmes (partenariat avec l'extérieur, implantation de leur structure dans la ville, orientation du chef de service...), et l'association devenait alors l'avatar formel le plus abouti du collectif, sans être pour autant le seul signe de vie de ces modalités de conjonctions des actions que sont le « faire avec » et le « faire ensemble ». Nous ne souhaitons pas regarder le collectif comme une chose, incarné qu'il pouvait être dans une structure associative, mais comme une question qui se posait sans cesse car elle apparaissait à tous les professionnels comme une partie de la solution aux difficultés d' « être avec » des personnes qu'ils accompagnaient.

A. Jadis, la communauté.

La question du collectif a néanmoins une histoire : celle de la forme qu'il a prise durant les dizaines d'années où les patients, bien que soignés et plus seulement parqués à l'hôpital, y vivaient encore en communauté. Une psychologue travaillant dans un établissement hospitalier historique, avec un modèle architectural de type grand parc verdoyant qui accueillait de multiples pavillons - dont certains avaient été vidés depuis longtemps et étaient à l'abandon au moment de notre venue -, nous avait relaté ce qu'elle avait entraperçu de cette vie en communauté quasiment close :

« il y avait des sorties, beaucoup plus de sorties, il y avait des activités... j'ai même connu des patients qui s'étaient mariés, s'étant connus dans les pavillons, et qui avaient eu comme témoins des infirmiers ou des surveillants, comme on appelait ça à l'époque, comme témoins de mariage. On ne peut même pas imaginer... on a du mal actuellement à imaginer ce genre de choses. C'était un lieu de vie et donc il y avait beaucoup plus de patients dans chaque secteur, il y avait beaucoup plus de gens qui travaillaient également, et il y avait quelque chose d'humain, voilà, [...] tout au début quand je suis arrivée, il y en avait qui touchaient encore le pécule, il y avait des patients qui travaillaient dans l'établissement, c'était encore un tout vieux système, il y en avait très peu hein, et j'ai connu une dame qui travaillait à l'internat, qui faisait le ménage à l'internat, qui servait le repas, j'ai connu un

patient qui travaillait avec les jardiniers, voilà des gens qui étaient là depuis leur toute jeunesse, des schizophrènes... » (67P58)

Cette image de la communauté psychiatrique relève aujourd'hui des livres d'histoire, et rien ne nous permet non plus d'attester que quelque chose de l'ordre d'une fonction Collectif était réellement à l'œuvre, car si le collectif repose certes parfois sur une communauté de vie qui permet d'avoir accès au quotidien, il dépend plus encore d'un *sentiment de faire communauté* qu'il est bien plus difficile de faire advenir chez des personnes dont le rapport au corps propre est lui-même précaire. Il nous faut donc, comme nous l'avons fait avec le corpus de la psychothérapie institutionnelle, repartir d'une question clinique : quelles sont les raisons pour lesquelles les professionnels jugent nécessaires pour les patients en psychiatrie de créer des formations groupales plus ou moins formelles ?

B. Raison clinique : de la difficulté d'être avec.

Si tous nos interviewés ne nous ont pas spontanément livré les arguments en faveur desquels ils organisaient des activités à plusieurs avec les patients, ceux qui l'ont mentionné ont fait état, en ce qui concernait les personnes souffrant de psychose, d'une difficulté particulière d'« être avec » les autres, de se lier ou de faire groupe :

« Nous on a l'intention, ou l'illusion de forger un groupe pour le sport, pour la musique... mais c'est plutôt une image, c'est-à-dire des entités qui se rapprochent plutôt que de vraiment former un groupe quoi, parce que les psychotiques ils n'arrivent pas à former un groupe, enfin il me semble, c'est difficile pour eux, ils ont déjà du mal avec leur personnalité, eux-mêmes et leur corps et leur personnalité, alors dire "maintenant il faut que tu prennes en compte aussi le corps de l'autre et sa personnalité aussi" non c'est trop dur quoi, alors des fois [rapproche ses mains]... je ne trouve pas le mot mais ils forment un groupe comme ça mais ce n'est pas vraiment un esprit de groupe » (47144)

« on sait très bien que dans la maladie mentale la relation à autrui est altérée » (69129)

« on sait que les personnes qui souffrent de psychose ont tendance à se replier sur elles-mêmes et le collectif permet ça, d'être un support, à la fois l'objectif et aidant pour les personnes » (14E38)

« Pourquoi le collectif c'est important... parce que pour moi le grand schizophrène, le psychotique, la personne qui est délirante, elle a une pathologie du lien à l'autre » (14E43)

Il est à noter ici que les deux professionnels qui font explicitement mention du terme collectif travaillaient dans une institution affiliée à la P.I., ce qui explique dans leur discours l'emploi d'un vocabulaire que nous avons retrouvé chez d'autres professionnels, mais avec un sens différent. En effet, chez beaucoup de nos interviewés le collectif signifiait, de façon pragmatique, le fait de se retrouver à plusieurs dans une activité :

« ce que ma collègue ne faisait pas forcément c'est le collectif. Je trouve que c'est intéressant de voir les deux versants parce qu'on travaille des choses en individuel, mais il y a aussi des choses qui se travaillent dans le collectif [...] c'est vrai que je prends beaucoup de temps en individuel parce que j'ai toute la comptabilité et tout ça, mais dès que je peux je pars en activité avec eux pour travailler autre chose, avoir aussi d'autres échanges plus informels et travailler un autre lien avec eux » (15CESF21)

Compte tenu de la place restreinte de la P.I. dans le monde de la santé mentale, il n'est pas étonnant que le terme ait souvent été utilisé dans son sens le plus immédiat et athéorique. Toutefois, placer le collectif à la fois comme allié et comme objectif dans le travail montre bien que tout comme le quotidien auquel son émergence est fortement liée, celui-ci était considéré à la fois comme un outil thérapeutique face à une difficulté d'être avec l'autre, et comme une sorte de répétition générale ou de tremplin pour l'émergence de projets individuels et la poursuite d'un parcours de rétablissement. Le collectif, parce qu'il permet un lien « autre » que celui de l'entretien individuel, était aux yeux des professionnels une mine d'informations qui permettait d'accéder à quelque chose de ce qui se passe pour le patient : *« si tu ne fais*

pas quelque chose avec lui, tu n'es pas forcément dans la bonne observation non plus » (22I56) ; « on arrive à connaître les gens par le collectif » (73E52). Nous pourrions rajouter que cette dernière affirmation vaut tant pour le rapport des professionnels aux usagers que pour le rapport des usagers à leurs pairs et les relations des professionnels entre eux :

« le quotidien du résident il est très variable, beaucoup plus que la personne qui est déficiente, donc ça agit au niveau du personnel parce qu'il faut une certaine inertie, ça oblige une certaine inertie, une certaine lenteur, alors quelques fois on peut penser qu'on ne fait rien, mais être là c'est déjà assez important, être avec ou être là pour la personne même si la personne elle n'est pas disponible » (15C52)

« on travaille avec le patient sur le respect du cadre, les consignes, le respect, enfin comment dire, le... l'altruisme, c'est-à-dire jouer aussi pour l'autre, etc., quand on travaille tout ça, on s'aperçoit que rapidement hé bien de toute façon il devient meilleur en sport. Non mais c'est vrai, ce n'est pas l'objectif mais c'est obligé qu'à partir du moment où on écoute les consignes et on les applique on progresse, et à partir du moment où on ne joue pas que pour soi mais pour les autres, on s'aperçoit qu'on est plus fort en groupe, et que petit à petit on apprend de l'autre, parce que si on fait ça à l'autre, l'autre nous le fait aussi » (47I40-2) »

« au bout des années, je trouve... Enfin je ne sais pas... qu'un lien entre nous autour des pensionnaires s'élaborait autrement quand même... On est autour des personnes là et... On a des histoires communes » (14PH61)

Ces « histoires communes » et ces liens différents de ceux qu'induisent habituellement des rencontres individuelles dans des cadres formels s'appuyaient toujours, même a minima, sur deux déclinaisons d'un mode d'interaction collective qui ne consistait ni à « faire faire » ni à « faire pour » ni encore à « laisser faire ». Ces trois autres modes relationnels, repérés par Livia Velpry dans sa thèse de sociologie (Velpry, 2008), existent bien entendu toujours dans les services. Si le « faire pour » est aujourd'hui de moins en moins en vogue du fait des accusations de paternalisme, le « faire faire » semblait assez caractéristique du modèle de la transférabilité des compétences tel que nous l'avons présenté dans notre deuxième

opérateur. Le « laisser faire » était quant à lui utilisé comme complément du « faire faire », mais il était globalement plus présent dans des structures à prise en charge légère dans lesquels il servait de support et de complément à une autonomie régulée des usagers. Les deux autres types de modes d'interaction qui semblaient revenir régulièrement dans les pratiques et les discours des soignants étaient le « faire avec » et le « faire ensemble », entendus comme deux variantes d'un même mode relationnel dont la caractéristique première était d'être moins formalisé et moins théorisé que les autres, mais dont la spécificité était surtout celle de l'abolition de la notion d'inégalité entre professionnels et usagers au profit du projet commun. Si ces deux groupes d'acteurs vivaient dans une certaine asymétrie les uns par rapport aux autres – car leurs expériences ne sont, de fait, pas similaires - le « faire avec » et le « faire ensemble » leur permettaient d'élaborer des solutions rusées pour améliorer le quotidien et le doter de ce supplément relationnel qui permet à l'action soignante de déployer ses effets thérapeutiques et à l'action de l'utilisateur d'être reconnue dans toute sa pertinence. Nous avons donc choisi de considérer le « faire avec » et le « faire ensemble » comme des états embryonnaires du collectif, non pour souligner que le mode relationnel qu'ils favorisaient était moins élaboré que les formes associatives institutionnalisées, mais au contraire pour affirmer son caractère fondamental et indispensable à tout regroupement, formalisé ou non.

C. « Faire avec » et « faire ensemble », le Collectif à l'état embryonnaire

Contrairement à ce que nous avons pensé au départ, aucune structure, aucun établissement n'est en lui-même une contre-indication à l'émergence d'une fonction Collectif. Cette fonction travaille toutes les institutions, qui sont ensuite plus ou moins en mesure de mener la réflexion ou l'action jusqu'à son terme. Qu'il s'agisse de services intra-hospitaliers qu'on pourrait penser trop inertes pour qu'un désir grégaire émerge, ou d'institutions extra-hospitalières ou médico-sociales aux prises en charge trop fragmentées pour que les professionnels puissent se croiser et coordonner leurs actions, nous avons repéré sur tous nos terrains des embryons de collectif qui tentaient de répondre de façon pragmatique et créative aux difficultés de l'être-avec des personnes accueillies. Ceci souligne à quel point

l'hétérogénéité dans le rythme et l'organisation des différents lieux de soins et d'accompagnement nécessite toujours une interprétation de ce que « collectif » veut dire, raison pour laquelle la distinction entre « faire avec » et « faire ensemble » nous a semblé nécessaire. Nous ne citerons dans cette section que des extraits d'entretiens faits avec des professionnels dont les structures n'avaient pas d'association soignant-soigné afin ensuite de montrer les différences d'organisation mais aussi de terminologies utilisées lorsque le Collectif prend appui sur une association.

1. Faire avec : quand les professionnels se joignent aux patients

Le « faire avec » est un embryon de collectif au sens où il implique, de la part des professionnels, de se joindre aux patients, de faire un mouvement vers eux. Le professionnel, dans le registre de l'avec, ne fait référence qu'à sa propre pratique, souvent au moyen d'anecdotes. Cette façon d'organiser leur action avec les patients dans l'ici et maintenant n'était pas particulièrement théorisée, voire semblait pour eux relever du bon sens :

*« tiens, la situation d'une dame : elle va avoir beaucoup de travaux et elle se sent submergée pour mettre en cartons beaucoup de choses, et elle a besoin d'aide. [...] J'arrive l'autre jour, elle avait tous ses albums de choix de tapisserie et elle était devant un néant total. On a passé la matinée à choisir les peintures, et je lui ai donné des idées, bon je n'ai pas voulu qu'elle s'approprie tout ce que je lui disais mais elle était tellement désœuvrée devant ce qu'on lui demandait de choisir, tout un appartement en couleurs, en matières, tout ça qu'on a décortiqué [...] je suis repartie au bout de deux heures elle était heureuse comme tout... le propriétaire venait quelques jours après prendre les albums et elle se disait « je n'aurais jamais le temps de choisir » et autour d'elle elle n'avait personne, donc elle était seule. Et moi je vais retourner la semaine prochaine avec elle, chez elle du moins [...] »
(22TISF58)*

Dans les services intra-hospitaliers notamment, où la conception du lieu de soins comme un lieu de vie est depuis longtemps remise en question par le raccourcissement des durées moyennes de séjour (DMS), nous avons remarqué que les outils privilégiés rapportés par les professionnels étaient majoritairement les pratiques de groupes thérapeutiques ou l'informel, parfois sous la forme d'événements organisés à la dernière minute :

« Finalement de ce que j'ai appris dans les livres sur les groupes ou dans la pratique je vois quand même que ça marche... si tu regardes les patients, ils me parlent du groupe : "ça n'a pas lieu aujourd'hui ? oh c'est dommage", là il y a monsieur B. qui me dit « est-ce que ça va nous mettre en danger psychiquement de ne pas faire le groupe ? Est-ce que ça risque de nous faire mettre en mauvaise santé de ne pas faire le groupe cet après-midi ? ». C'est super intéressant cette question, comme il est investi et... voir le plaisir des patients. Donc tu peux avoir des doutes sur la pratique comment elle est, mais quand tu vois comment les patients ça leur fait du bien et comment ça marche quand même en bricolant... » (69P53)

« moi j'ai toujours aimé être avec les malades. Etre avec eux, faire des trucs avec eux, jouer avec eux, même si des fois on n'est pas toujours très bien vu quand on joue aux cartes avec eux mais au moins on est avec les malades quoi, et moi il me semble que c'est plus mon métier de faire ça que de taper sur l'ordinateur » (47I44)

« il y a toujours eu des activités ici mais pas organisées par le personnel du pavillon même, c'était des soignants qui venaient, enfin du secteur, qui connaissaient un peu les patients mais pas comme nous on les connaît, et de temps en temps notre équipe prenait l'initiative ponctuellement d'organiser des activités thérapeutiques individuelles ou en groupe, mais ce n'était pas programmé comme c'est programmé et organisé maintenant [...] comme je pense que mes collègues t'ont dit c'est souvent un peu à l'arrache pour des questions logistiques, et puis c'est la psychiatrie, c'est un peu au jour le jour, [...] demain par exemple tu vas voir une activité... ça c'est notre bon vouloir entre guillemets, c'est de notre propre initiative, à un moment donné tu as un peu de temps, tu sens que tu as des patients

qui peuvent adhérer à ça donc on propose un barbecue, des tartes flambées, voilà, c'est ce qui fait un peu le charme aussi de travailler en psy en intra » (67130-2)

Dans le troisième extrait que nous reproduisons ici, l'infirmier que nous avons interviewé faisait référence à un barbecue qui allait effectivement se tenir le lendemain dans la cour du service d'admission où il travaillait. Cet événement, que nous allons relater ci-dessous, nous a semblé paradigmatique d'un risque inhérent au sentiment d'évidence du « faire avec » : lorsque celui-ci passait pour un processus d'organisation naturel, c'est-à-dire pour une modalité relationnelle qui n'avait pas besoin d'être réfléchie, il pouvait rapidement basculer dans une reproduction des schémas classiques de l'hôpital.

Nous nous étions rendue au cours de nos terrains dans un pavillon d'hospitalisation fermé, situé dans un Centre Hospitalier en périphérie d'une grande ville. Ce service était doté d'un carré de verdure entouré de barrières grillagées et dont l'accès n'était possible qu'à des horaires restreints. L'observation que nous avons menée lors du barbecue organisé un midi nous a révélé la difficulté principale à laquelle l'informalité de l'événement avait confronté tous les participants : celle d'une inertie qui avait peu à peu saisi le projet et qui, d'une relative transversalité dans l'organisation, avait progressivement achevé de ramener chacun à la place qui lui était désignée dans l'ordre psychiatrique. Nous reproduisons ici des extraits de notre journal de bord :

« Des soignants et des patients sont en train d'installer tables et chaises pour le barbecue : tout le monde lève joyeusement les tables habituellement alignées pour les disposer dans le jardin comme si c'était un restaurant, allant chercher des tables dans le réfectoire ainsi que des chaises, déplaçant les parasols, cherchant du bois pour le barbecue... je remarque que tout le monde fait cela ensemble, et aussi que deux infirmiers sont habillés sans blouse. Je demande à l'un d'entre eux pourquoi, et il me dit : « quand nous sommes de journée, nous avons le droit d'être habillés en civils. Ils voulaient qu'on porte une blouse pour qu'on nous reconnaisse, mais on n'a pas voulu ». Je n'ai pas tout de suite compris que le « pour qu'on nous reconnaisse » ne désignait pas la différence entre ASH et

infirmiers puisqu'ils sont infirmiers aussi, mais la différence entre infirmiers et patients.

Après l'installation des tables, c'est au tour des nappes ainsi que des assiettes en papier, des serviettes et des couverts, des verres puis des pichets de sirop à l'eau et du Coca et des chips pour l'apéro. Je discute avec S., l'une des rares infirmières spécialisées en psychiatrie du service (ils ne sont que deux, m'a-t-on dit) [...] Pendant qu'elle me parle, je note qu'un patient teste si la porte grillagée donnant sur le dehors est ouverte.

Nous nous mettons à table, moment que je vis un peu comme un jeu des chaises musicales : j'avais déjà une place à une table que j'avais choisie, notamment parce que la patiente qui m'avait ouvert [la porte] le matin s'y était assise elle aussi. Mais au fur et à mesure que les patients s'assoient, je vois que les soignants restent debout ; j'entends que les soignants mangeront après que les patients ont mangé ; je vois que c'est un soignant qui reste seul au barbecue, et que de plus en plus, ce sont les soignants qui font le service (les barquettes et saucisses sont fournies par l'hôpital) et que les patients mangent. Les professionnels présents – car les médecins du service sont absents à ce repas - viennent demander si tout va bien et si c'est bon, mais ils sont finalement tous installés à la même table, la plus éloignée du centre et du barbecue. A la fin, tout le monde, plus ou moins, range, et je continue à discuter avec des patients mais je vois bien que sur d'autres tables, personne ne se parle. La relève infirmière se profile, et je n'ose pas tout de suite demander pourquoi les soignants et les patients n'ont pas mangé ensemble, surtout que tout le monde se félicite que ça se soit bien passé. Je finis par poser la question à S. : au début, elle comprend que je demande pourquoi habituellement ça ne se fait pas, et me répond qu'économiquement, ça ne passerait pas que les soignants mangent à l'œil... puis me dit qu'au départ, il était prévu qu'un soignant mange à chaque table, mais que lorsque les soignants étaient arrivés, les patients étaient déjà installés et qu'il n'y avait plus de place. Elle remarque tout de même qu'ils auraient pu prendre place aux tables et pousser un peu les rangs... je n'ai pas demandé pourquoi ils ne l'avaient pas fait. » (67JB-3)

Au relatif échec de la transversalité ce jour-là est aussi venu répondre un échec de la chercheuse : la non-mixité des tables n'avait pas été reprise à la relève¹²¹ ; les soignants de ce service, qui traversait au moment de notre venue une crise due au sous-effectif médical important avec un climat de tension, s'étaient vite dispersés ; à l'exception de l'opinion d'une infirmière, nous n'avons nous-même pas beaucoup d'appui pour donner sens à ce qui s'était passé. Une certitude reste toutefois : dans ce service fermé à qui la direction avait donné l'ordre de s'ouvrir dans les mois qui arrivaient, quelque chose d'une étincelle collective avait pris et momentanément fonctionné, preuve que telle la mauvaise herbe, le collectif repoussait toujours même sur terrain apparemment aride.

Toute autre était la situation dans les structures où les usagers étaient accompagnés de façon plus ponctuelle, notamment dans le médico-social. Le rapport au collectif n'y venait pas de lui-même : c'était quelque chose qu'il fallait instaurer ou tenter de préserver. Certains directeurs de structure étaient d'ailleurs relativement opposés à des activités groupales, au motif que les accompagnements individualisés devaient guider l'utilisateur vers le dehors, et non faire de la structure un lieu d'activités. Il nous a semblé qu'outre le malentendu que nous avons décrit au sujet du terme « institution », de nouvelles difficultés avaient émergé autour du binôme collectif/collectivité. La collectivité, au sens de la vie en commun, a petit à petit pris la connotation péjorative, notamment dans le médico-social, d'une forme de réinstitutionnalisation sournoise des usagers, alors que le collectif tel que décrit par la psychothérapie institutionnelle nous apparaissait au contraire comme l'institution soutenant l'établissement d'une collectivité. Cette confusion du collectif (faire des choses ensemble) avec la collectivité (impliquant un lieu de vie en commun), alliée à cette maxime souvent répétée que « la collectivité n'est pas faite pour tout le monde » - c'était un éducateur-coordonateur qui nous l'avait formulé ainsi -, ont déplacé la connotation péjorative de la vie

¹²¹ Aussi appelées « transmissions » dans le système hospitalier fonctionnant aux « 3-8 », c'est-à-dire en trois tronçons de journée de huit heures chacun, les relèves avaient lieu trois fois par jour : entre l'équipe de nuit et celle du matin, aux alentours de 6-7h du matin ; entre l'équipe du matin et d'après-midi, vers 13h30-14h, et enfin entre l'équipe d'après-midi et celle de nuit, vers 21h-22h. Le point doit y être fait pour chaque patient, avec un temps d'élaboration et de discussion assez court, toujours focalisé sur l'action.

en commun vers les activités communes, comme si ces dernières pouvaient être à tout moment infiltrées par l'aliénation qu'avait représenté l'asile. Il nous a semblé que dans ces structures médico-sociales, la fragmentation et l'impératif d'individualisation des prises en charge présentaient toujours le risque, du fait de cette confusion entre collectif et collectivité, de ne pas prendre soin du collectif malgré son importance pour les liens soignants-soignés. Ainsi, là encore, les solutions trouvées pour collectiviser les accompagnements relevaient de ruses destinées à conjuguer les facteurs temps et économique, d'un côté, et l'isolement parfois important des personnes accompagnées de l'autre :

« Après c'est qu'est-ce qu'on peut mettre en place en collectif sur des endroits où il a plusieurs personnes, en ayant la limite que comme on travaille à partir du projet personnalisé et des demandes de la personne, tu peux bien avoir dix personnes au même endroit et qu'il n'y en ait qu'une qui ait une demande, et que les autres n'aient pas la même donc si tu veux, voilà, et on jongle avec ça mais on s'est mis ça... et c'est important parce qu'on voit que du coup ça marche, après bon il y a des propositions qui sont faites, par exemple il y a deux jeunes-là qui ont des demandes qui peuvent être identiques, on essaie aussi en fonction de la connaissance qu'on a des personnes de se dire : peut-être qu'on pourrait faire quelque chose pour ces deux... leur proposer. Donc C. par exemple elle va faire le vélo avec deux qui habitent dans ces coins-là, ils n'habitent pas exactement au même endroit mais ils vont faire... tu vois ? » (85C57)

2. Faire ensemble : quand professionnels et patients se sentent participer à un projet commun

Nos observations et nos entretiens nous ont conduit, nous l'avons dit, à proposer une distinction entre « faire avec » et le « faire ensemble ». La déclinaison en « faire ensemble » nous paraît en effet sous-tendue, chez les professionnels, non plus par le simple mouvement d' « aller vers » les patients et usagers caractéristique de l'avec, mais par la conscience d'appartenir au même ensemble et l'idée de combiner les apports de chacun afin d'aboutir à

un résultat différent de la simple somme de ses parties. Cette distinction nous paraît pertinente en tant que le « faire avec » apparaissait comme un mode relationnel venant répondre à la difficulté de chaque patient d'« être avec » les autres, tandis que la participation fait intervenir un collectif balbutiant auquel usagers et professionnels peuvent prendre part. Plus abstrait, le « faire » est ici porté par la parole : il s'agit souvent d'échanges, de réunions et de discussion, plutôt que d'une création matérielle commune :

« on ne demande pas aux patients comment ils ont envie de travailler. Je pense l'autre jour à une collègue qui a fait chant, elle disait « je n'arrive pas à trouver des musique ou des chansons », je lui ai dit « mais pourquoi tu ne réunis pas le groupe et tu ne demandes pas de choisir telle et telle chanson » ? [...] » (22TISF58)

« au début [...] tout s'est décidé et co-construit avec les résidents, que ce soit sur le ménage, sur comment on gère son appartement, comment on gère l'appartement collectif, tout s'est discuté, toutes les semaines on avait une réunion en disant "bon ok on avance là, ok, donc ça c'est fait, on voit si ça marche, on essaie" [...] ça a été un sacré boulot au début, comment ce groupe se constitue, et comment chaque individualité arrive à se retrouver quand même dans les peu de temps collectifs qui existent mais qui sont importants pour eux et étayants [...] Ça a impulsé plein de choses positives : "tiens on n'y avait pas pensé, on pouvait faire les choses comme ça aussi" » (15COR42)

« on n'a pas de club thérapeutique, il y a peu de choses qui sont à l'initiative des patients par exemple ici, [...] on ne fait pas de briefing le matin avec les patients [...] à un moment donné on avait mis en place une activité de CATTP de vidéo-débat. C'était sympa parce qu'on voyait les gens en groupe, avec justement cette idée aussi de participation des patients [...], et puis on a dû l'abandonner parce qu'on portait ça a bout de bras, mais il manquait d'un cadre institutionnel enfin... grosso modo à ce moment-là notre chef nous disait « oui c'est bien », mais ce n'était pas porté » (59P52)

Ce dernier extrait est tiré d'un entretien que nous avons eu avec une psychologue exerçant dans un grand CMP. Se référant elle-même à la psychothérapie institutionnelle, elle avait déploré que les projets qui auraient pu faire participer soignants et soignés ne soient pas plus portés par sa cheffe de pôle. Cette professionnelle a ouvert pour nous l'idée que le faire ensemble, dans la mesure où il concerne plus le processus décisionnel commun que l'objet concret réalisé, était un mode relationnel fragile quand il n'était pas porté institutionnellement, car celui-ci avait besoin d'avoir des objectifs et un soutien plus que minimal afin de se maintenir dans le temps ; ainsi nous étions-nous remémoré la phrase un jour lancée par Oury sur le rapport entre le nombre de personnes pour qui les choses n'allaient pas de soi et la possibilité de changer l'ambiance d'un lieu :

« De même, les « ça-ne-va-pas-de-soi » [...] ils sont proches du Réel, et ça ne se voit pas forcément. Alors, comment faire pour les réunir ? Eh bien ! *On ne les réunit pas*. Par contre, du fait qu'ils travaillent là, du fait qu'il y en a un certain nombre, ça se sentira, le milieu sera travaillé, il y aura une ambiance qui ne sera pas la même, il y aura possibilité d'auto-changement ou d'auto-production » (Oury, 1986, p. 186).

Il nous semble donc, par distinction avec le « faire avec », que les personnes présentes font « ensemble » à partir du moment où la nature du projet lui-même est décidée collectivement – en termes bioniens, à partir du moment où le groupe de travail, à savoir la couche consciente du groupe, permet aux liens plus archaïques et inconscients du groupe de base d'être assumés, élaborés et mis au service du but commun¹²². C'est cette question du

¹²² « tout groupe qui se réunit pour accomplir une tâche, manifeste une activité de travail, c'est-à-dire un fonctionnement mental destiné à faire progresser cette tâche. Les recherches montrent qu'il est parfois gêné, parfois aidé dans ses intentions par des forces affectives d'origine obscure. Ces anomalies de l'activité mentale deviennent plus cohérentes si l'on suppose que, sur le plan émotionnel, le groupe agit comme si son but était fondé sur certaines hypothèses de base. Celles-ci, qu'on peut assez bien décrire selon trois formules : dépendance, couplage et attaque-fuite, semblent, si on les examine de plus près, prendre la place l'une de l'autre

projet commun qui trouve un aboutissement dans la constitution d'une association que nous prendrons, à l'instar des auteurs de la P.I., comme le paradigme d'un collectif porté à son acmé car doté d'un soutien institutionnel suffisant.

D. Les associations, un « collectif soignant » concrétisé ?

Trois de nos terrains (deux dans le secteur sanitaire, un dans le médico-social) étaient dotés d'une association entre professionnels et usagers. C'est plus particulièrement à leurs discours et leurs anecdotes que nous allons à présent nous référer, par rapport à des configurations où les émergences collectives ne sont pas reprises par une institution dans laquelle le Collectif peut s'incarner. Les associations, dont nous avons observé les réunions et dont nous avons beaucoup entendu parler au détour de nos rencontres avec les soignants et soignés impliqués de près ou de loin, nous ont semblé permettre la subversion de l'organisation traditionnelle des établissements sanitaires et médico-sociaux par l'élaboration d'un projet commun tiers entre le projet de l'établissement et le projet de l'utilisateur, et ce de multiples points de vue. Elles modifiaient tout d'abord le rapport des soignants à ce qui fait le cœur du soin psychique, mais avaient aussi des conséquences concrètes, politiques et économiques, puisqu'elles pouvaient s'affranchir de certaines réglementations tout en enrichissant la vie des établissements auxquels elles s'adossaient. Elles contribuaient finalement à la vie de la Cité elle-même en orchestrant des moments où les barrières entre l'établissement et l'extérieur étaient floutées et où « dehors » et « dedans » pouvaient se mélanger.

1. Un « lieu de soins indirect »

« pour moi c'est un lieu de soins indirect, ça n'existe pas mais... un lieu de soins sans soignants » (47140-2)

comme sous des impulsions inexplicables. De plus, on dirait qu'elles ont un lien entre elles, ou même qu'elles représentent différents aspects l'une de l'autre. » (Wilfred R Bion, 1999, p. 130)

L'une des structures dans lesquelles nous nous sommes rendue était un hôpital de jour dont certains patients et soignants avaient créé en 1991 une association de sport adapté destinée au loisir et à la compétition. Cette première association, comptant plus de 200 membres, a un bureau majoritairement composé de professionnels ou de personnes de la société civile, mais elle parraine une deuxième association, reconnue en tant que Groupe d'Entraide Mutuelle et dont le bureau est, selon le cahier des charges des GEM, majoritairement composé d'usagers. Si l'association de sport adapté avait au départ son siège social à l'hôpital de jour, elle a plus tard trouvé un lieu pour s'établir : une bâtisse appartenant au Centre Hospitalier Spécialisé local, prêtée gracieusement en échange d'une réfection. Ce sont donc les patients et les soignants de l'hôpital de jour qui ont, ensemble, rénové cette maison restée inoccupée pendant plusieurs années, invendable car tombant en ruines. Le GEM gère la maison (ces deux entités portent d'ailleurs le même nom), mais deux bureaux sont disponibles : l'un pour l'association de sport adapté, l'autre pour le GEM. De même, les deux associations font leurs conseils d'administration dans les locaux. L'hôpital de jour et la maison accueillant les deux associations (que les soignants ne distinguent pas lorsqu'ils parlent de « l'asso ») sont situés à moins de 500m l'un de l'autre, et la convention qui lie le C.H.S. et l'association de sport adapté permet aux soignants de passer du temps à la maison associative dans le cadre de leurs missions (pour y accompagner quelqu'un, par exemple). La limite entre associatif et soins y était ainsi volontairement floue :

« Cette association elle nous sert, c'est-à-dire qu'elle fait partie du dispositif de soins même si en elle-même elle n'est pas soignante. Mais enfin... il ne faut pas être grand clerc quand on y va pour voir qu'elle soigne, sans soignants, parce qu'il y a des gens qui ont trouvé un but, enfin... je ne sais pas ce qu'ils ont trouvé, en tout cas ils y vont et ça leur fait du bien, et c'est marrant mais on ne les voit plus ici, ou presque plus, ils ont besoin de moins de traitement... il ne faut pas généraliser mais on observe quand même des choses de ce style [...] ce sont les patients, qui ne sont pas patients là-bas ni malades qui donnent leur savoir aux autres en animant des activités. Et donc j'ai toujours un peu de scrupules, voilà

c'est ça, j'ai toujours un peu de scrupules parce que j'ai peur que [les soignants] pensent qu'on va leur piquer quelque chose » (47C60)

« c'est drôle parce que quand je suis arrivée ici elle existait déjà l'association, je suis arrivée en 2002, elle a été créée en 1991. Elle avait déjà une bonne dizaine d'années quand je suis arrivée. Et moi j'arrivais de l'intra, je trouvais ça un peu bizarre, ça m'a fait drôle au départ parce que je trouvais que c'était trop mélangé, je ne comprenais rien de ce qui se passait là-dedans [...] maintenant vu comment évolue la psychiatrie, je trouve que ça va être un compromis qu'il ne va pas falloir négliger, vu comment sont pris en charge les patients maintenant dans les institutions... je pense qu'il va falloir trouver des structures intermédiaires et des structures intermédiaires ça va être ce genre de structures si on ne veut pas être bouffé par le privé... » (47I53)

2. Financer un « prendre soin » hors normes

Une autre des structures dans lesquelles nous avons fait une semaine de terrain était un Foyer d'Accueil Médicalisé historiquement ancré dans la psychothérapie institutionnelle. L'organisation institutionnelle des professionnels, qui s'appellent tous « éducateurs » quand bien même leurs formations initiales diffèrent, y est réglée autour de trois instances : une commission d'admission, en vue de choisir les pensionnaires qui seront accueillis, une commission de fonctionnement, à l'intérieur de laquelle sont discutées les questions budgétaires de l'établissement, et l'implication dans l'association locale, dont le modèle est celui d'un Club thérapeutique avec plusieurs comités thématiques. Cette association, créée en 1986, a un bureau composé de pensionnaires et d'éducateurs : les premiers sont titulaires, les seconds suppléants. L'association gère une cafétéria ouverte au public, dont la cuisine est assurée par des pensionnaires et des éducateurs, les pensionnaires percevant une rémunération symbolique pour leur travail lorsqu'ils cuisinent ou tiennent le bar. L'association verse un loyer au Foyer pour l'occupation des locaux ; ainsi l'activité de cuisine de l'association n'est-elle pas rattachée directement à l'établissement médico-social, ce qui lui permet d'échapper aux règles d'hygiène drastiques du secteur de la restauration collective. Cette relation contractuelle entre deux entités distinctes, le Foyer et l'association gérant le

restaurant, introduit quelques décalages non-négligeables avec le quotidien des institutions médico-sociales classiques. En termes économiques, la cafétéria associative s'auto-finance ; mieux encore, le statut associatif permet aux pensionnaires et aux éducateurs de réaliser, en tant que bénévoles/adhérents, ce qu'ils appellent des « prestations extérieures » :

« On développe de l'auto-financement : là on va aller faire des frites, tu as entendu parler de notre opération frites ? On va vendre des frites mais on va être tous... Et puis alors ce n'est pas une question de statut, ce n'est pas le chef de service le psychiatre l'interne, pensionnaires internes, pensionnaires externes [...] on va faire des frites ensemble, pour le collectif, on revient au collectif, pour le budget loisirs et pour le comité loisirs, ça va être discuté tout ça donc ça va repasser par le collectif, ça c'est important. » (14C60)

« l'ancien directeur [...] un jour il a fait l'anniversaire de la sœur de sa compagne je crois, et là il m'a demandé si je pouvais faire quelque chose. C'était un repas pour une quarantaine de personnes, et je lui ai dit « j'aimerais bien le faire avec les pensionnaires ». Donc on en a parlé en équipe et tout et bingo on l'a fait, donc on est partis, c'était un vendredi soir tout ça dans une salle des fêtes, on a organisé le repas avec les pensionnaires, et après ça s'est un peu inscrit [...] notre record : on avait fait 500 couverts dans un Zénith, on avait embarqué tous les pensionnaires là-dedans, un truc de malade (je ris), un vrai truc de fous, mais pareil, dans un débat d'équipe, tu vois les collègues n'étaient pas tous adhérents à ce projet-là [...] tout ça c'est compliqué dans les institutions quand tu portes les choses de manière trop personnelle, tu vois c'est très compliqué. Parce que... il ne faut pas y laisser des plumes. C'est important que les choses soient reprises collectivement » (14CUI41)

L'association était allée jusqu'à organiser des événements caritatifs afin de réaliser un projet onéreux, en l'occurrence un voyage hors de France pour lequel elle a aussi fait appel au financement participatif. Ce séjour est un bon exemple de l'étendue des possibles qui s'ouvre lorsqu'existe un cadre associatif parallèle à celui d'un établissement : pensionnaires et éducateurs volontaires ont financé ensemble, grâce à des actions dans la ville, un séjour qu'ils

souhaitaient réaliser à plusieurs. L'encadrement était préférable pour certains pensionnaires qui n'auraient pas pu partir sans éducateurs, et le financement extérieur nécessaire du fait des difficultés sociales des personnes ne percevant que l'Allocation Adulte Handicapé (AAH). Le séjour en lui-même n'avait pas d'implication éducative ou thérapeutique directe et n'avait pas besoin d'agrément particulier : il était présenté sur leur page web comme un rêve, quelque chose à « faire ensemble ».

E. Les associations, outil de remise en question des statuts.

Les espace/temps collectivement gérés par les associations et partiellement dégagés des contraintes des établissements permettent donc toujours à soignants et soignés, pensionnaires et éducateurs, de nouer entre eux des relations qui ne sont plus uniquement déterminées par leurs statuts respectifs, laissant la place à des rapports plus fonctionnels voire personnels :

« tu m'as vu sur l'unité du soir, qui est un milieu associatif où on a des notions de compétition... bon, c'est un peu ma personnalité mais je ne suis quand même pas tout à fait comme ça quand je fais un atelier sport au centre de jour. Parce que la population que je vais avoir en face n'est pas la même non plus. Là le soir ils viennent pour faire du sport, progresser, gagner. Dans la semaine ils viennent juste parce que le médecin leur a prescrit du sport, et qu'ils viennent pour se soigner, même si dans l'absolu ils viennent aussi pour se soigner le soir mais dans leur tête comme ils ont une licence, ils viennent faire du sport comme si c'était dans un club, ils ont envie d'être comme tout le monde, donc je me dois aussi quelque part d'avoir la même attitude que si j'avais un groupe entre guillemets... je n'aime pas normal... standard ce n'est pas bien... un groupe... qui n'est pas du sport adapté. » (47140-2)

« ça t'offre un autre regard sur les patients, et les patients ont un autre regard aussi de nous en tant que soignants. Disons qu'ils ne s'arrêtent pas forcément à la blouse blanche. » (25PXX)

« c'est un outil collectif, et c'est je pense un des rares contre-pouvoirs à la direction, à l'institution, le haut de la pyramide [...] quand j'ai besoin de faire les courses, il

faut que je trouve quelqu'un [un membre du bureau] pour me signer un chèque. Alors, je sais que si je signe, ça passera et tout le monde s'en fout. Mais dans la symbolique, j'ai besoin de la signature, sinon je ne fais pas de courses quoi. » (14^E43)

« à l'association on n'a pas de statuts, sauf, moi je peux être trésorière avec un patient qui est trésorier, c'est tout mais on n'a pas de statut de... pas de fonction. Assistante sociale ça n'existe pas. C'est génial pour ça. » (25AS55)

« on se retrouve dans une position qui fait qu'on a un pouvoir incroyable, où tout à coup on se retrouve en droit d'autoriser ou d'interdire à quelqu'un d'avoir son portable ou d'avoir sa chambre ouverte, ou d'avoir des visites... comme on se retrouve avec un pouvoir de fou, moi ça me paraît super important que les patients puissent avoir aussi un truc de cet ordre-là. La réunion du club normalement, je ne sais pas si tu as pu y aller, c'est censé tendre aussi pour, là-dedans, qu'il y ait des associations qui ne soient pas du tout sous l'emprise de l'hôpital, de quoi que ce soit » (25I23)

Plusieurs professionnels vivaient ainsi les associations comme étant des contre-pouvoirs institutionnels, mais aussi des espaces dans lesquels ils pouvaient se permettre d'être eux-mêmes et autres à la fois, car soulagés de leur veste de « soignant ». Le professionnel qui s'occupait du sport adapté du soir à l'hôpital de jour nous avait toutefois demandé, le lendemain, si sa manière d'agir comme un coach et pas comme un infirmier nous avait choquée : signe là encore que le regard que nous pouvions porter sur sa pratique faisait l'objet de projections de sa part, mais signe aussi qu'il sentait en lui, comme il nous l'a par la suite expliqué en entretien, une différence dans sa façon d'aborder le sport mais surtout les personnes dans ces moments-là. En servant de catalyseur aux désirs des uns et des autres, dans une liberté souvent soulignée par les professionnels, l'effet de la coopération associative apparaît ainsi sous sa forme complète : liberté pour les patients d'être citoyens, aspect qui a été souligné par la création des GEM, mais aussi liberté, pour reprendre les mots d'Oury déjà cités dans notre troisième chapitre, de jouer de la « gamme, si riche à l'usage, qui va du personnage à la personne, du rôle au rapport individuel le plus ordinaire ». Non seulement les

opportunités maximisées par le contexte associatif créaient-elles des occasions de rencontrer les patients autrement mais plus encore, elles ouvraient aux professionnels eux-mêmes des espaces potentiels où ils pouvaient dialectiquement jouer de différents registres, là où l'établissement était vécu comme une contrainte. Outre le fait qu'il les mettait au travail sur le sens de leur identité professionnelle et de leur propre engagement dans leur travail, ce jeu était indéniablement, lorsqu'ils en parlaient, facteur de plaisir.

F. Les associations, tremplin supplémentaire vers l'extérieur.

Ce plaisir était prolongé par les récits parfois épiques qu'ils faisaient des grands moments qu'ils avaient vécus avec les usagers et que la forme associative avait de bout en bout permis. Ces histoires s'étaient toujours bricolées avec le monde extérieur, et nous avons par ailleurs constaté que les établissements - même bien implantés en ville - qui ne bénéficiaient pas du complément associatif avaient plus de difficultés à se lier aux partenaires de la Cité ou à encourager la reconstruction du lien social des usagers :

« Si je reprends l'alimentation, on voit bien que là aujourd'hui on travaille des choses en individuel avec des gens chez eux, en individuel ici, on fait des groupes collectifs ici avec de la pâtisserie, de la cuisine, donc ça on voit que c'est développé, et là en fait on bute sur le fait que les gens n'aillent pas forcément trop sur l'extérieur » (85AMP35)

Outre l'évidente liberté financière que garantit le statut associatif, permettant d'auto-financer séjours et sorties qui constituent l'un des premiers motifs de demande de mouvement vers le dehors, celui-ci permet également de se lier à la ville d'une façon moins stigmatisante, de s'intégrer dans les circuits locaux (en se connectant par exemple au secteur de l'économie sociale et solidaire) et donc d'amorcer, en douceur, le passage de la participation à un projet commun à l'émergence d'un projet plus singulier :

« j'ai monté une activité de foot où on va faire du foot une fois tous les trimestres avec [une autre association], c'est aussi se permettre des sorties : de temps en

temps je me permets aussi d'emmener les patients en cure thermale, voilà, c'est de privilégier vraiment l'articulation avec l'extérieur, créer du lien, une ouverture et aussi la relation soignant-soigné » (25PXX)

« On a innové : là P. qui travaillait au restaurant associatif hier, voilà, elle est l'une des premières pensionnaires du Foyer à travailler dans le milieu ordinaire. Elle travaille dans une boulangerie, une SCOP qui fait du pain bio [...] au début c'était un deal entre l'association et P. et la boulangerie sous forme de convention. L'association mettait à disposition P. à la boulangerie et en échange, ils nous payaient en baguettes. Ça a duré pendant un certain temps et puis P., a fait son trou et a montré qu'elle pouvait avoir toute sa place et son intérêt dans leur organisation et maintenant elle est embauchée deux matinées par semaine. [...] maintenant on a créé aussi un partenariat avec une agence d'intérim qui bosse plus dans l'insertion [...] la structure associative permet de se dégager aussi un peu des cadres, je pense [...] elle apporte une vraie dynamique au Foyer, c'est un vrai moteur collectif, c'est un instrument qui est très... Ça crée du lien, c'est très, très riche » (14E43)

« Après ce qui m'a beaucoup plu c'est le fait qu'il y ait l'association aussi, ça je trouve que c'est un vrai plus pour... pour les patients, une possibilité de transition en tout cas vers l'extérieur » (47I40)

Après avoir montré comment la question du collectif travaillait toujours les services sanitaires et médico-sociaux, même de façon différente, du fait de la persistance des difficultés cliniques de l' « être avec » chez les personnes accompagnées, il nous paraît possible de décrire la formalisation d'une préoccupation pour la vie collective et institutionnelle en une association rassemblant les désirs tant des soignants que des soignés comme une logique de la ruse, qui réussirait à prendre parti des phénomènes collectifs embryonnaires qui existent dans toutes les institutions même lorsque celles-ci se portent mal. L'idée de la ruse, utilisée par Michel de Certeau pour signifier la capacité des sujets à subvertir des contraintes qu'ils ne peuvent directement changer (de Certeau, 2010), pourra aussi être

désignée par le terme d' « intelligence pratique » (Dessors, 2009) ou, pour reprendre des travaux plus classiques, de *mètis* :

« la *mètis*, [...] ne se manifeste pas ouvertement pour ce qu'elle est, elle ne se montre pas au grand jour de la pensée, dans la clarté d'un écrit savant qui se proposerait de la définir. Elle apparaît toujours plus ou moins « en creux », immergée dans une pratique qui ne se soucie, à aucun moment, alors même qu'elle l'utilise, d'explicitier sa nature ni de justifier sa démarche » (Detienne & Vernant, 2011, p. 9)

Cet exercice d'une intelligence pratique et d'un sens de la subversion qui ne fait intervenir la théorie que dans un second temps, est à notre sens l'un des atouts fondamentaux des professionnels de la santé mentale, qui exercent leur propre agilité psychique au quotidien avec les usagers et avec le dispositif lui-même ; comme le soulignait le chercheur en sciences cognitives Georges Vignaux (2003), « pour s'orienter dans un monde de symptômes mouvants, il faut une intelligence fluide » (p. 33). Ce caractère de fluidité propre à l'intelligence pratique n'est toutefois pas sans effet sur la charge mentale portée par les professionnels. Ruser, c'est effectuer un travail psychique supplémentaire lorsque la conformité à l'ordre imposé permet au contraire de se reposer sur des normes apportées ex nihilo, mais c'est aussi, de façon plus concrète, mettre des matériaux précieux – le temps personnel, l'énergie – à contribution d'un projet collectif qui implique un soutien de la part des collègues. Ainsi notre corpus nous a-t-il menée vers une difficulté soulevée dans la révision de notre troisième opérateur : celle de la pérennité dans le temps de l'engagement nécessaire aux logiques de la ruse.

G. Comment maintenir le collectif ? Une somme d'engagements personnels et le soutien de l'équipe.

Au fur et à mesure de nos observations de terrain, qu'il s'agisse de structures couplées à une association ou non, une dimension imprévue nous a frappée, qui n'était pas réellement

mise en avant dans les écrits des principaux auteurs de la psychothérapie institutionnelle. Aujourd'hui, les initiatives collectives portées vers l'extérieur, la culture et les loisirs reposent pour une bonne partie sur un engagement et une disponibilité des soignants qui peuvent aller jusqu'au bénévolat. Il est fort probable que les professionnels n'habitent plus, pour la majorité, sur le lieu même de l'hôpital, un autre rapport se soit progressivement instauré entre vie professionnelle et vie personnelle qui leur permette de distinguer ce qui relève du domaine du travail rémunéré et ce qui relève de l'investissement supplémentaire qu'ils sont prêts à mettre dans les activités collectives. Cette découverte était saisissante en tant qu'elle révélait l'immense précarité d'un système de soins psychiatriques à bout de souffle financièrement, mais aussi parce qu'elle nous menait, petit à petit, vers l'importance d'un collectif de professionnels soutenant et bien constitué – l'équipe – comme garant pour chacun de pouvoir s'engager sans, pour reprendre les termes d'un cuisinier et éducateur avec lequel nous nous étions entretenue, « *y laisser des plumes* » (14CUI41) :

« j'ai été l'infirmier qui s'est occupé des activités sportives ici [...] je me suis dit qu'il fallait qu'on invente quelque chose avec eux [les patients], parce que ça ne pouvait se faire qu'avec eux, et donc avec eux j'ai décidé d'inventer une association pour leur faire faire du sport en dehors des heures de l'ouverture de l'hôpital de jour. [...] on a commencé comme ça, mais c'était sur le temps personnel, c'était du bénévolat, et c'est toujours du bénévolat » (47C60)

« Ca m'arrivait de bosser le samedi avant en intra, je demandais parce que j'avais envie, pour les patients on avait une expo, un truc spécial, je bossais le samedi, je récupérais... » (22ERG30)

« là il va y avoir le carnaval [...] c'est un temps où on est avec les patients, on danse avec eux mais pareil, aujourd'hui il y a des gens qui ne vont pas forcément aller danser avec le patient, ils vont danser un peu en périphérie, c'est difficile... parce qu'il faut donner un peu de sa personne quand même... ce n'est pas si simple de se dire allez hop ! Je danse avec lui » (25S42)

« on organisait beaucoup de séjours, on partait souvent beaucoup avec les patients, on y mettait beaucoup de nous-mêmes dans notre engagement avec les

patients, enfin, oui quand même beaucoup plus oui. Moi je parlais au moins deux fois par an une semaine avec les patients [...] C'est [le chef de service] qui a décidé : « non j'arrête ça ne me plaît pas, je ne suis pas sûr que ça apporte au patient quelque chose, j'arrête ». Il a décidé ça tout seul. » (94IXX)

« Il y a vraiment eu une équipe qui avait envie d'essayer des tas de choses [...] on était partis de l'idée que tout le monde peut prendre des vacances, que les patients nous disaient souvent que c'était difficile, que c'était cher etc. et on avait proposé de faire 3 ou 4 jours de vacances avec eux, mais du coup en se mettant financièrement à leur niveau on va dire. [...] il y a avait vraiment une envie de partager, de monter des projets, beaucoup plus. Et puis il y a eu un changement d'équipe. » (22P45)

« Si tu vas là-bas au bout là dans le vestiaire on a une armoire qui est pleine de vaisselle... Au cas où les patients auraient besoin de quelque chose. Chacun se sert, chacun ramène, on a des bouquins, on a des draps, on a des serviettes [...] C'est aussi une richesse de notre équipe je crois, d'être comme ça... mais je t'ai dit, comme on a un cadre sup qui est comme ça, du coup ça ne nous choque pas, on est tous un peu dans la même lignée quoi. » (59E34)

Le dernier extrait que nous avons présenté a conscientisé pour nous le lien important entre pérennité de l'engagement collectif et solidarité dans l'équipe professionnelle en des temps où bon nombre d'activités et de séjours entre personnels et patients jadis soutenus par les Centres Hospitaliers ont dû s'arrêter faute de moyens et d'aval des directions d'établissements. Certains professionnels nous racontaient avoir pris des jours et des week-ends de congés pour aller jusqu'au bout des démarches initiées avec les soignés ou les pensionnaires, posant ainsi la question d'un glissement de la responsabilité de la qualité et de l'innovation dans les soins des établissements vers les équipes elles-mêmes. On pourrait alors comprendre que la transmission de ces initiatives et de ces modes d'action aux jeunes générations ne soit aujourd'hui pas évidente, dans la mesure où les professionnels sont amenés à payer leurs engagements collectifs d'un prix individuel : celui de leur propre temps.

En conclusion, la révision de notre troisième opérateur, si elle apporte seulement des précisions et décalages dans les sous-thèmes majeurs, a amené un dernier élément qui n'était pas présent dans le corpus de la psychothérapie institutionnelle – peut-être en partie parce qu'il était entendu comme une évidence à une époque où les psychiatres habitaient souvent sur leur lieu de travail. L'importance de l'engagement personnel et collectif ne sera pas à négliger dans le futur proche d'un système de santé financièrement asphyxié car comme le notait l'une de nos interviewés, celui-ci comptera de plus en plus sur des structures intermédiaires pour assurer l'ouverture des soins sur la ville. Cela vaut tout particulièrement pour la santé mentale : accompagner et soutenir les professionnels dans leurs engagements tout en reconnaissant l'immense utilité clinique de ces structures, pour plus globalement amener ces questions à la table des négociations clinico-administratives avec les directeurs d'hôpitaux et d'Agences Régionales de Santé, nous apparaît comme un enjeu majeur de l'évolution des accompagnements à venir pour les personnes en souffrance psychique. Nous y insistons d'autant plus que les professionnels opèrent déjà à de multiples endroits sur les modes du « faire avec » et du « faire ensemble », qui sont à notre sens des embryons indispensables de la constitution de collectifs puisqu'ils contribuent à faire en sorte qu'usagers et professionnels se sentent faire partie d'un projet commun.

Lorsque ces collectifs prennent la forme d'associations, les possibilités de connexion avec l'extérieur et les partenaires sont alors démultipliées, avec à la clé des ouvertures vers des projets qui, avec les seuls budgets et cadres réglementaires des Centres Hospitaliers généraux et des EPSM auraient été absolument impossibles. A travers l'expérience des terrains et de leurs associations dont nous avons rapidement esquissé les traits principaux, nous voyons se dessiner toujours les deux mêmes trames, parallèles et complémentaires : d'un côté celle de l'organisation statutaire, stable et parfois statique, propre à ce que la psychothérapie institutionnelle appelle l'établissement et que la psychologie et la sociologie nomment « organisation », et de l'autre une trame plus mouvante, institutionnelle, qui se trouve enrichie par l'existence de l'association, voire dont le moteur principal est l'association elle-même. Cet engouement pour l'idée d'un collectif soignants/soignés fonctionnel doit à

présent nous emmener voir du côté des modalités de coopération des professionnels entre eux et de leur sentiment de faire équipe.

Tableau récapitulatif

Opérateur 3 : « Être avec » et faire ensemble	
Sous-thèmes du corpus P.I.	Sous-thèmes du corpus actuel
Repérage d'un trouble de l'être avec chez les patients accueillis, élaboré avec les concepts de la philosophie du <i>Dasein</i>	Conscience de la difficulté pour les patients d'être avec les autres et en groupe
Collectif conçu comme un opérateur logique	Des actions embryonnaires de collectif : « faire avec » et « faire ensemble »
Opérationnalisation sous la forme des Clubs thérapeutiques afin de créer de la vie institutionnelle	Les associations offrent un « autre regard » sur les patients et un tremplin vers l'extérieur
/	Importance des engagements personnels et du soutien de l'équipe

Révision de l'opérateur 4 : Préalables à toute clinique de l'équipe en institution. La collégialité comme travail psychique.

« Il semble bien que dans des congrès, des réunions de toutes sortes, à l'intérieur des lieux de soins, il y ait une demande. Qu'est-ce que les gens demandent ? Ceci : « On voudrait bien pouvoir parler de ce qu'on fait quelque part » (Oury, 1986b, p. 53)

Contrairement à notre troisième opérateur, dont nous nous attendions à ce qu'il subisse quelques transformations terminologiques, la révision de notre quatrième opérateur s'annonçait comme un point de convergence assez fort entre les écrits des psychiatres réformateurs et la pratique des professionnels d'aujourd'hui. En effet, l'utilisation des réunions en psychiatrie est aujourd'hui devenue une norme dans la plupart des services de soins et d'accompagnement – elle est d'ailleurs devenue une base du travail d'équipe dans presque tous les secteurs d'activité, publics ou privés.

Nous avons dans notre étude de documents dégagé l'idée que la réunion était pour la P.I. la cheville ouvrière du travail thérapeutique, autrement dit un prérequis nécessaire à ce que les multiples actions professionnelles au profit du patient prennent véritablement leur valeur soignante. Nous avons ensuite, grâce aux témoignages de ses auteurs, montré que pour la P.I. les réunions étaient certes un lieu d'échange d'informations mais plus encore d'échanges affectifs, et que c'était ces échanges affectifs qui structuraient réellement le travail thérapeutique. La réunion était donc censée pouvoir jouer de ces deux registres et structurer les informations disponibles sur le patient à travers la polyphonie professionnelle. Plus encore, la fonction principale de la réunion était de se faire l'espace-temps privilégié d'une fonction de direction collectivisée, qui s'appuyait sur la distinction statut/rôle/fonction et plus particulièrement sur la distinction entre la fonction de décision et prise de responsabilité médicale, interrogeant nécessairement, au passage, la place du « chef ». Forte de la

connaissance psychopathologique du sentiment de morcellement des patients psychotiques et de cette distinction conceptuelle statut/rôle/fonction, la P.I. avait pu penser un dispositif qui lui était propre : celui de la constellation transférentielle, dans laquelle se réunissaient ceux qui comptaient pour le patient, qui qu'ils soient.

L'un des items de notre guide d'entretien portait sur le travail d'équipe et plus précisément sur les effets de la pluriprofessionnalité. Bien plus que de simples réponses à la question que nous posions ou qu'une redite des préceptes de la psychothérapie institutionnelle, nous avons découvert une réflexion très développée chez la plupart des professionnels autour de la collégialité, de la complémentarité des métiers et du travail d'équipe. Cette réflexion, quoique majoritairement empirique, était d'une grande richesse, qualificatif qu'ils utilisaient d'ailleurs presque tous pour décrire la pluriprofessionnalité. Du fait peut-être de l'essor de professions variées dans le domaine de la santé mentale, les professionnels avaient grandement affiné ces questions de travail d'équipe, à tel point que la version révisée de notre quatrième opérateur comportera plusieurs sous-thèmes supplémentaires à ceux déjà formulés par la P.I.

A. La pluralité des présences : une nécessité empirique.

Notre première interrogation portait sur les raisons invoquées par les professionnels en faveur de la pluriprofessionnalité et la réunion des équipes. Nos interviewés allaient-ils justifier ces actions et ces temps collectifs en fonction de la clinique de leurs patients, ainsi que l'avaient fait les psychiatres réformateurs avant eux ? Comme nous l'avons montré dans notre troisième chapitre, deux grandes justifications étaient classiquement données par le passé : celle de l'échange d'informations et celle de la clinique des patients, au morcellement desquels devait pouvoir répondre une plus grande attention portée à la synthèse, ou en tout cas à la coexistence des points de vue des soignants comme symbole de la globalité du sujet accueilli. Sans surprise, nous avons majoritairement retrouvé la justification clinique de la réunion telle qu'elle apparaissait dans les textes que nous avons étudiés dans des institutions avec le référentiel P.I. ou a minima psychodynamique, et chez des professionnels inspirés par ce référentiel. Elle se disait quasiment avec les mêmes mots que dans les années 60 :

« quelqu'un a dit cette phrase : « on ne va pas se morceler nous dans notre organisation, comme la psychose morcelle les personnes » (14C60)

« le fait que le schizophrène pour moi il est complètement éclaté en plein de petits morceaux et que ce transfert est complètement dissocié... il est fragmenté, il est éclaté, et que... quand on est qu'un en face, il va y avoir un petit bout de transfert qui va venir s'accrocher peut-être, mais les autres ils deviennent quoi, ils tombent ? Donc voilà, il faut je pense proposer un panel énorme de possibilités de greffes de transfert, de trucs comme ça, et que c'est la mutualisation de tous ces petits bouts de transferts, c'est le fil qu'on va coudre entre tous ces éléments qui va faire en sorte que ça se tient » (14E43)

« je me suis un peu intéressée aux psychothérapies institutionnelles à un moment donné, donc c'est quelque chose que j'ai en tête, même si on ne l'applique pas en aucune manière directement, sur la constellation transférentielle, quand on est en réunion ou quand on discute d'un patient qu'on aurait en commun et oui, il ne va pas se passer les mêmes choses avec l'un et l'autre et comment on peut échanger là-dessus »

« un patient ne dit pas la même chose à deux personnes, donc moi ce que je reçois ce n'est pas ce que l'autre reçoit » (25AS55)

« le travail en équipe est fondamental. On ne peut pas travailler tout seul dans une unité comme ici, dans le sens où les patients déposent quand même des choses difficiles, alors de leur histoire de vie, de la maladie [...] il y a des patients, on sait très bien le soignant aujourd'hui peut être le bon objet, l'autre le mauvais et du coup on tempore entre nous [...] on sait très bien, le clivage fait partie de la clinique du patient » (69I29)

En réalité, de nombreux professionnels qui ne se référaient ni particulièrement à la psychanalyse ni à la P.I. savaient eux aussi de façon empirique que les patients ou les usagers qu'ils accompagnaient déposaient des éléments de leur histoire et de leur psyché à plusieurs endroits à la fois. Que ce savoir soit formulé en terme de difficulté d'organisation ou d'un

décalage entre l'interlocuteur qu'ils devraient choisir et l'interlocuteur que les patients choisissaient effectivement (décalage qui par son absurdité faisait symptôme et déclenchait la réflexion), ces professionnels avaient pris conscience de la nécessité d'être plusieurs à collecter les éléments que les patients disséminaient dans leur service, comparant parfois l'équipe à un premier « réseau » de soins :

« le patient arrive, il est complètement délirant, ça ne va pas du tout en entretien social : il me parle du traitement, il me parle du fait qu'il n'arrive pas à dormir, moi j'essaye de lui dire que ce n'est pas ici qu'il faut qu'il en parle, et quand j'en parle au médecin il me dit « non moi le patient était très bien, il m'a dit qu'il avait du mal à payer son loyer », donc c'est très drôle de voir aussi ce que eux déposent, les patients, à certains endroits et d'autres pas » (69AS42)

« nos patients ont cette difficulté souvent d'organisation, de compréhension, de faire du lien et... je ne suis pas sûre qu'on pourrait être suffisamment aidants si on restait chacun avec nos prises en charge très compartimentées et sans pouvoir faire de lien sur un objectif commun » (94PM42)

« je les ai au téléphone, je les ai physiquement, donc parfois après ça dépend des usagers mais il y en a qui vont me parler et qui vont me dire des choses vraiment... que logiquement ils n'ont pas à dire à la secrétaire à l'accueil mais comment dire, ils commencent à me connaître. » (73S42)

« chacun à un moment donné est en relation avec le patient et capte de cette relation, de mon point de vue, certaines observations, certains éléments. » (25C50)

« il y a des personnes qui viennent ici parce qu'on est en équipe pluridisciplinaire et que ça les rassure, parce qu'il y a les infirmiers il y a le psychologue, il y a la psychomotricienne, il y a le médecin, pour eux ça leur fait un réseau qui est très... sécurisant. » (13I59)

Ainsi pouvons-nous concevoir une certaine transférabilité sur la pluriprofessionnalité de ce que René Kaës disait des groupes, lorsqu'il écrivait que « chaque groupe se caractérise par un couple d'organiseurs psychique et socioculturel prédominant à partir desquels se

stabilisent son identité et les identifications de ses membres » (2013, p. 113). L'organisateur psychique, dont nous venons de parler, est ici la nécessité clinique de rassembler, pour des patients morcelés dans leur corps et leur psyché, la petite monnaie transférentielle laissée ça et là par eux dans l'institution. L'organisateur socioculturel de ce processus de rassemblement et de tissage est précisément, pensons-nous, la notion d'équipe, que nous allons à présent tenter de définir grâce à la révision de notre quatrième opérateur de la P.I. par les discours des professionnels que nous avons rencontrés.

B. La complémentarité des interventions.

A partir de cette constatation d'une partialité de ce que chaque professionnel récupérait comme informations sur le terrain depuis sa pratique propre, beaucoup de nos interviewés exprimaient ce qu'ils appelaient de façon récurrente la richesse d'une équipe, à savoir la complémentarité des actions et des regards. Cette complémentarité était parfois présentée directement en lien avec les caractéristiques personnelles des professionnels :

« j'ai une équipe très polyvalente, il y a une espèce de démocratie qui s'est mise en place où chacun a sa place et les choses y sont plutôt bien cataloguées. Après j'ai une équipe aussi assez disparate dans le sens où on est mixte, j'ai autant de filles que de garçons dans l'équipe, c'est tous les âges, la plus jeune doit avoir vingt-huit ans et le plus ancien cinquante-huit, je pense que tout ça se mélange entre hommes/femmes et différentes expériences ou différentes générations... ça amène un côté positif » (15COR34)

Bien plus souvent cependant, la complémentarité faisait coïncider personnalité et posture professionnelle, à travers un dialogue entre formations professionnelles telles qu'elles s'incarnaient dans la présence, les actions et les apports de chacun. La métaphore du regard revenait souvent pour souligner à quel point la formation changeait la façon de chacun de voir le monde et les patients :

« aujourd'hui je ne vois que des bénéfiques [...] parce que justement, c'est toujours par comparaison à ce que j'ai connu avant... Où on n'avait pas toute cette pluridisciplinarité, là on peut avoir des regards différents, [...] je trouve que c'est vraiment très riche et ça donne une approche beaucoup plus globale de la personne. Et c'est beaucoup plus objectif peut-être » (47I40)

« quelques fois on n'a pas la même approche, on n'a pas la même vision, et puis cette équipe pluridisciplinaire... je trouve que c'est vraiment une vraie richesse » (47I40)

« ça c'est important, de pouvoir travailler là-dessus au fur et à mesure du temps, se servir de ses collègues, vu qu'on est quand même plusieurs il faut pouvoir aussi travailler ensemble, parce qu'on va tous avoir un peu de notre personnalité et nos capacités propres, nos facilités, nos difficultés, je pense que si on arrive bien à les identifier dans l'équipe on peut vraiment s'en servir et se compléter » (67I30)

« chacun apporte avec sa formation initiale mais aussi avec ce qu'il est, enfin dans une équipe je pense que c'est un peu tout ça » (69P53)

« comment à plusieurs finalement on peut améliorer la situation, ça c'est un petit peu le principe aristotélicien qui vient dire que le tout est toujours supérieur à la somme des parties, voilà c'est vraiment ce principe-là et c'est vraiment la réalité. » (73DXX)

« L'intérêt de l'équipe interdisciplinaire est de la faire se réunir pour que chacun puisse venir y déposer sur un cadre un petit élément du puzzle qu'il va venir déposer là et qu'ensemble on va tâcher de reconstituer l'image [...] Ensuite, charge à nous de retourner auprès du patient pour valider avec lui l'image que nous avons : est-ce que ça correspond bien à ce qui se passe pour lui ou pas ? Parce que des fois on peut se tromper » (25C50)

Certaines différences de discours étaient toutefois révélatrices du fait que la complémentarité des actions professionnelles, au sens où elle supposait que chacun se constitue comme faisant partie d'un ensemble qui serait l'équipe, n'était pas une évidence et dépendait également des configurations institutionnelles :

« le côté pluridisciplinaire moi je trouve ça vraiment chouette parce que le patient est au milieu, je fais bien le geste comme ça, chaque professionnel avec son savoir-faire et ses connaissances qui apporte des intérêts pour le patient quoi et de ce fait on va tous dans le même sens quoi. » (03P44)

Le Centre Hospitalier Spécialisé dans lequel travaillait cette psychologue était un exemple assez flagrant de la difficulté à faire ensemble lorsque l'architecture ne s'y prête pas. Les unités de soins de son établissement, dont l'implantation dans la région datait du milieu 19^e siècle, se trouvaient regroupées dans la même zone géographique du CHS, tandis que les bâtiments administratifs et de consultations étaient eux aussi groupés un peu plus loin, dans une autre partie du domaine. Les psychologues, psychiatres, assistantes sociales et cadres avaient tous des bureaux de consultation dans ces bâtiments administratifs dont ils ne sortaient finalement que peu, sauf pour des réunions ou des visites médicales :

« Pour ce qui est des infirmiers d'intra, on est dans de la médecine classique de service hospitalier, à savoir des visites et des contre-visites au moins deux fois par jour dans les services, réunion de service et puis discussion collégiale [...] on travaille avec ces soignants des unités d'intra évidemment en proximité puisque les soignants sont par postes de 7h48 et ils sont, eux, en contact permanent avec les patients, il y a des médecins référents généralistes et des médecins référents psychiatres sur ces unités qui interviennent à la demande et au minimum au passage deux fois par jour. » (03MED48)

Cette organisation et répartition « classique » du travail hospitalier touchait les professions « psy » qui faisaient, de l'avis de tous ceux à qui nous avons parlé, de la consultation plutôt que de la thérapie, mais aussi les professions « de terrain » qui à de rares exceptions près ne quittaient pas les services de soins, reproduisant une organisation du travail et une répartition des tâches assez cloisonnée. Cette conception architecturale en bâtiments dédiés (consultation, hospitalisation, administration...) et le travail en tuyaux

d'orgue qui en découle est traditionnel des établissements psychiatriques anciens, dans l'enceinte desquels les bâtiments étaient nombreux et répartis sur une large surface, tandis que les bâtiments hospitaliers plus récemment construits dans lesquels nous nous sommes rendue avaient tendance à rapprocher bureaux de consultation et espaces d'hospitalisation, au prix toutefois d'un éloignement des bureaux administratifs comme ceux des secrétaires (auxquelles on proposait parfois de se regrouper au sein de centres d'appels et d'orientation). Dans le CHS où travaillaient les deux soignants que nous venons de citer, l'éloignement des professions considérées comme « de terrain » et celles dont les actions étaient plus ponctuelles donnait lieu à des prises en charge plus fragmentées dans lesquelles, pour reprendre les termes de la psychologue, chacun apportait un savoir-faire et allait dans le même sens que les autres sans pour autant y aller véritablement ensemble. La complémentarité affichée relevait alors plutôt d'une simple superposition.

C. La collégialité comme « travail psychique » d'équipe.

Le travail d'équipe semblait, dans ce même CHS, bien plus reposer sur le dispositif d'accueil familial thérapeutique, qui réunissait régulièrement de nombreux professionnels tous bâtiments confondus : assistantes sociales, infirmiers d'AFT, familles d'accueil, médecins... Outre la nécessité de faire de l'architecture et de la répartition des espaces institutionnels non plus une donnée intangible mais un objet de réflexion commun, la situation de l'établissement nous avait fait apparaître à quel point le « faire équipe », sorte de « faire ensemble » appliqué aux professionnels, n'était lui non plus pas une attitude naturelle, mais qu'il requérait de la part de chacun des participants la prise de conscience empirique – d'ailleurs confirmée par la littérature scientifique que nous avons analysée pour la FHF - que l'équipe était la pierre angulaire d'un prendre soin (*care*) réussi pour un patient considéré dans sa globalité :

« c'est quand même l'équipe qui fait l'institution quelque part, c'est elle qui impulse, qui impulse la dynamique, c'est elle qui a un rôle moteur et primordial. »

*[...] je parle beaucoup de l'équipe parce que pour moi c'est le plus important quoi »
(47C60)*

« pas d'équipe pas de travail, pas de collectif pas de travail (rit). » (14E43)

« quand on est arrivées avec ma collègue [...] on était un peu les révolutionnaires qui voulaient prendre la place des infirmiers, donc du coup on a mis deux ans avant de se faire une place [...] L'infirmier avait l'habitude de tout faire, c'est-à-dire qu'il faisait aussi bien le boulot d'une assistante sociale que son boulot infirmier [...] on s'est heurtées à des "vous nous faites chier, vous n'êtes pas à votre place, on ne comprend pas", à finalement au bout de deux ans "heureusement que vous êtes là". Donc aujourd'hui ils nous appellent, ils savent pour quoi nous solliciter, c'est vachement bien parce que tout ce qui est fait c'est fait ensemble » (03AS26)

« on s'était très bien rendu compte que quand on se mettait à raconter les situations, les collègues peuvent te renvoyer des trucs... c'est ça le truc du collectif aussi, c'est qu'à un moment donné ils disent « ah oui mais tu n'as pas pensé à »... « finalement s'il ne vient pas... » comme ci, comme ça, et puis tu vois comment les autres font, ils te racontent comment ils font, tu t'aperçois que toi tu as des questions et des impasses et qu'ils en ont aussi parfois. » (73E52)

La définition de l'équipe, de la collégialité et du partage semblait pour les professionnels, tous métiers confondus, reposer sur deux éléments souvent cités. Le premier apparaissait à la fois comme une condition de l'entente possible et comme la conséquence d'un travail d'équipe bien mené : nous l'avons thématiqué sous la bannière de l'interpénétration des langages professionnels. Le deuxième élément consistait en le détournement du partage d'informations, dont la dynamique permettait aux professionnels de déterminer qui faisait ou ne faisait pas réellement partie de l'équipe. Cet indicateur reposait sur le degré de prise en compte et d'écoute des informations qui pouvaient être données par les soignants de terrain (autrement dit, sur la possibilité d'un contre-pouvoir à la hiérarchie hospitalière), mais aussi, plus globalement, sur la question épineuse des catégories professionnelles qui bénéficiaient ou non d'une invitation aux réunions de service.

D. Au cœur de la collégialité : l'interpénétration des langages professionnels.

Que ce soit dans les services somatiques, en psychiatrie ou dans des structures médico-sociales, les personnels font toujours état de différences culturelles entre leurs corps de métier. Celles-ci sont en partie liées à des formations professionnelles dites « en silos », qui ne préparent pas suffisamment les jeunes soignants à la rencontre et la nécessaire coordination de leurs actions avec d'autres. Cet apprentissage se fait le plus souvent sur le tas, une fois ces professionnels débutants propulsés dans leur premier emploi. Ce seul élément nous paraît toutefois insuffisant à expliquer tant la récurrence du motif de la différence culturelle que l'intensité avec laquelle chaque corps de métier défend habituellement sa langue et par là son métier ; il nous semble plutôt que sont là en jeu les identifications des professionnels en présence, qui sont parfois amenées, dans des contextes institutionnels tendus, à se heurter les unes aux autres.

Si la sociologie a tendance à parler des « identités professionnelles » (Dubar, 2014), la prise en compte des apports psychanalytiques – que l'on pourrait résumer provisoirement par la métaphore lacanienne du moi-oignon (Lacan, 1998), fait de couches identificatoires successives – implique de dépasser l'illusion de stabilité et de continuité charriée par la notion. En effet, le sentiment d'identité professionnelle se construit au fur et à mesure d'une carrière, tel un oignon agglomérant par couches superposées les traits prélevés chez ceux de nos collègues dont nous gardons inconsciemment des traces. Nous faisons toutefois l'hypothèse que les formations professionnelles actuelles des métiers du sanitaire et du social ont tendance à proposer des identifications prêtes-à-porter, à la manière, pour reprendre des termes de Paul-Laurent Assoun (2009), d'un mode d'emploi standardisé de nos relations professionnelles aux autres - l'autre étant là le professionnel idéalisé que chaque étudiant en formation est amené à devenir, mais aussi la figure du bon collègue dont le champ d'action est délimité et donc prévisible :

« S'identifier, c'est viser le sujet. L'identification est le *mode d'emploi inconscient* de l'autre. Passion visant l'autre comme sujet et tendant à se l'appropriier comme sujet. C'est bien au sens le plus général un mouvement libidinal, mais qui prend la forme de l'idéal. Il y a tout d'abord la passion visant ce sujet que le moi veut être.

L'identification est réceptivité active. [...] Que ressort-il de ce trajet ? Que l'identité n'est pas le support des identifications, mais ce qui est généré par le train et le travail des identifications. C'est la résultante d'un procès. D'où à une extrémité un point de vulnérance spéculaire (narcissique) – par où le sujet fait trait avec l'autre, embrayant, à l'autre extrémité, un travail de rapport à l'autre symbolisé et faisant symptôme. » (p. 61)

Ainsi Assoun nous permet-il d'entrevoir que sur le terrain de la collégialité et de la coexistence des corps de métier entre eux dans une équipe se joue en réalité un équilibre précaire entre les vulnérabilités narcissiques des uns et des autres. La langue professionnelle de chacun est alors un élément identificatoire fort – aux deux sens du terme : narcissiquement investi et socialement reconnu -, qui peut se transformer en barrière lorsque les interlocuteurs n'acceptent pas de laisser quelque chose du langage de l'autre pénétrer le leur, par peur du vacillement de leur sentiment d'identité professionnelle et de continuité d'exister. La diversité des langues dans les services où nous nous sommes rendue était donc toujours facteur d'ambivalence chez les professionnels qui nous en parlaient, entre florissante polyphonie des points de vue et potentiel obstacle à une compréhension et une vision commune :

« peut-être que des fois les infirmières ont l'impression que les médecins ne les écoutent pas toujours, peut-être que les médecins ont l'impression que les infirmières ne font pas toujours ce qu'ils voudraient qu'elles fassent, mais globalement pour avoir connu d'autres secteurs je pense que ça fonctionne à peu près correctement quand même. Même s'il y a ces différences un peu culturelles entre les professions qui apparaissent des fois dans les réunions » (59C43)

« c'est toute la difficulté justement parce que chacun a un peu son langage, sa façon d'aborder les choses, c'est toute la richesse mais effectivement toute la complexité... moi ça fait deux ans que je suis là et j'ai appris énormément de choses sur le langage en psychomotricité, le langage neuropsychologique, d'ergothérapie, que je ne connaissais pas du tout et finalement on arrive progressivement à apprendre, à se comprendre aussi » (94PH40)

« Ce qui peut être difficile c'est d'être seul dans sa corporation ! C'est souvent compliqué quand on est un seul individu de signifier que c'est à titre professionnel qu'on va tenir ce discours ou cette position et pas forcément à titre individuel, et je trouve que c'est plus compliqué quand on est seuls puisqu'on ne partage pas finalement notre positionnement [...] notre jargon professionnel, il est intéressant de pouvoir le partager, l'explicitier, le redonner mais... on est finalement seuls à l'utiliser, en réalité, et malgré tout je pense il faut le refaire régulièrement et pour les changements et pour le rappeler aux autres qui ne donnent pas le même sens aux termes qu'on va employer... enfin voilà il faut dire ce qu'on entend dans notre jargon spécifique » (94PM42)

« on n'a plus de langage propre, on n'a plus le discours type [...] il n'y a plus de reconnaissance symbolique de l'extérieur avec ses pairs. [...] C'est un mélange, c'est une pensée métisse je pense. [...] Et ça peut être un inconvénient parce que quand on se replonge dans le discours éducatif classique à l'extérieur on vous regarde on vous dit "mais tu travailles où ? Tu es éducateur ?" "mais tu as un discours de psy !" » (C60E46)

« quand tu n'as pas travaillé dans le sanitaire tu ne comprends pas leur dialecte, tu ne peux pas comprendre ce qu'elles veulent te dire [...] Ils ont un truc à te parler médical forcément que tu ne comprends pas parce que toi tu viens carrément d'ailleurs, et après c'est aussi à toi de t'adapter. Je parlais social, j'avais le jargon du social, les lois du social aussi, que les lois du social ne s'appliquent pas ici. Moi mon identité d'éducateur je l'ai à travers d'autres choses que le jargon du social. » (59E34)

Ce dernier extrait provient d'un entretien que nous avons fait avec une éducatrice qui avait été embauchée dans un CMP. Si elle n'était pas la seule de sa corporation dans le service, sa situation n'en restait pas moins relativement rare en France : à l'exception des hôpitaux de jour ou des CATTP, les éducateurs ont encore du mal à se faire une place dans le milieu sanitaire. Ce qu'elle nous avait confié au sujet des jargons professionnels illuminait les nombreuses autres occurrences de cette phrase difficilement compréhensible au premier

abord : « nous n'avons pas le même langage ». Derrière la question de la langue se cachait en effet plus probablement la défense du royaume professionnel de chacun, dans lequel il ou elle se sentait compétent, légitime et donc rassuré. Mais plus encore, en liant explicitement la question de la langue et des « lois » symboliques de son métier à celle de son identité professionnelle, cette éducatrice nous avait indiqué à quel point l'interpénétration des jargons relevait d'un travail de chacun sur l'investissement narcissique de son métier, quitte à devoir, comme elle le relatait, être amené à modifier ses investissements libidinaux afin d'ouvrir un espace pour une nouvelle identification collective : celle de l'équipe. Ainsi Soraya Nour, du côté de la psychosociologie, rappelait-elle justement au sujet des textes sociaux de Freud que l'identification favorise l'intégration et la vie en commun (Lazzeri & Nour, 2009), tandis que Claude Dubar, sociologue et théoricien de l'identité professionnelle, avait également été amené à préciser sa notion en ajoutant : « L'usage de la notion d'identité ne se justifie ici que pour autant que ces incitations au changement touchent à la subjectivité, à la définition de soi que chacun reçoit des autres mais aussi à « l'histoire que chacun se raconte à lui-même sur ce qu'il est » (Laing, 1962). » (Dubar, 2007, p. 21).

Ainsi la « pensée métisse » d'équipe nous est-elle apparue dans toute son ambiguïté, entre interpénétration réussie des langages professionnels et chamboulement subjectif des professionnels en présence, passant par la réécriture de l'histoire que chacun se raconte sur sa place dans l'équipe et sa façon toujours singulière d'appartenir à son corps de métier. La coopération interprofessionnelle a donc, nous semble-t-il, un prix qu'il ne s'agirait pas de minimiser : celui d'une potentielle crise identitaire, d'une fragilisation voire d'une fracture parfois douloureuse entre conception théorique « pure » du métier et pratique d'équipe nécessairement hybride.

E. Circulation de l'information et sentiment d'appartenance à l'équipe.

Le partage d'informations, dont les promoteurs de la psychothérapie institutionnelle avaient déjà repéré qu'il servait de vecteur aux échanges affectifs, faisait également l'objet d'un investissement fort de la part des professionnels que nous avons rencontrés. S'ils ne situaient pas consciemment le circuit d'échanges des informations comme étant le support

de la circulation des affects, son caractère d'indicateur d'appartenance à l'équipe ne les laissait pas indifférents. Outre la dimension soutenante du point de vue psychique du partage des récits lorsque certains rapportaient à leur équipe des moments difficiles qu'ils avaient vécus seuls avec des usagers, le circuit des échanges d'informations était en effet bien souvent à comprendre comme une métonymie de l'équipe elle-même. Ainsi les professionnels mesuraient-ils leur degré d'appartenance à l'équipe au fait d'être inclus dans ces mêmes circuits, et notamment dans les espace-temps des réunions où informations et soutien s'échangeaient. Les batailles de certaines catégories professionnelles pour avoir accès à des temps de réunion s'apparentaient alors à des combats menés pour la reconnaissance de la légitimité de leur parole et leur inclusion dans le collectif soignant :

« ce qui se perd de plus en plus c'est ces temps de communication qu'on a ou que tu as vu ce matin en équipe, c'est-à-dire où le médecin peut précisément exposer la vision qu'il a du projet, les infirmiers les difficultés, trouver un accord ensemble. [...] de temps en temps on a une discordance entre la vision infirmière, la vision médicale, la vision sociale, et on a des parcours de soins qui sont un peu rallongés ou chaotiques jusqu'à ce qu'on retrouve ce moment où on re-coordonne tout, on comprend tous pourquoi on a fait ça, pourquoi on a décidé ça et on se met d'accord pour le patient » (67C45)

« les infos ça va, ici on arrive à se les passer, mais des fois quand il y a trop de professionnels de différents corps de métier les informations soit se perdent, soit se déforment aussi, ça c'est un peu plus compliqué. Et puis ça peut impacter sur la prise en charge du patient [...] chaque fois qu'il y a eu des tensions dans l'équipe, enfin pas celle-là parce qu'on a une bonne équipe ici mais dans mon équipe passée, ça a été plus par rapport à des choses institutionnelles, des changements dans l'organisation du travail infirmier en psychiatrie, dans des choses imposées où la pensée, la discussion n'est pas possible » (69I29)

« pour les participations aux réunions moi je me souviens (rit) dans l'ancien service j'avais un grand couloir à traverser, un autre couloir (rit) pour rejoindre l'unité avec laquelle je bossais quoi ! Donc les liens étaient moins faciles (rit) [...] on a eu la

chance nous ici d'être entendus, moi j'ai vraiment l'impression de faire partie d'une équipe, de ne pas être que la personne qui fait le côté administratif. [...] j'ai des collègues elles ne sont informées de rien du tout, « tu n'as pas besoin de savoir » quoi, et il suffit que tu aies des médecins qui ne soient pas dans la communication non plus, si tu ne vas pas chercher l'info on ne te la donne pas » (69S56)

Plus encore que dans les écrits du corpus de la P.I., les professionnels que nous avons rencontrés nous ont montré à quel point la parole de chacun contenait et risquait à chaque fois l'ensemble de sa légitimité professionnelle. Ainsi, dans les expressions de frustration devant des hiérarchies avec lesquelles il n'était pas possible de dialoguer se ressentait aussi une insécurité des professionnels dans leur travail, signe plus profond d'un vacillement de leur sentiment d'exister en tant que représentant de leur profession et en tant que personne. Les rationalisations portant sur l'échange d'informations laissaient d'ailleurs bien vite la place à des échanges d'affects et de ressentis, qui sous le prétexte de partager quelque chose du patient ajoutaient toujours quelque chose du professionnel qui s'en faisait le messager :

« la communication c'est ce qui est vraiment le plus important, c'est qu'on se fait des transmissions orales qui sont vraiment très importantes, on n'hésite pas à se dire, à se redire les choses, on se fait un peu des pense-bêtes entre nous, c'est... de la bienveillance, voilà on a de la bienveillance auprès du patient et on en a aussi pour nos collègues [...] ça arrive très souvent qu'on n'ait pas du tout le même point de vue même entre nous, entre infirmiers mais voilà c'est les échanges, c'est vraiment la communication qui est important et qui permet cette cohésion, le fait d'expliquer son point de vue, d'exprimer son ressenti, de reprendre les choses. Voilà je pense que c'est la base de la cohésion. » (67I30-2)

« on perd beaucoup de ces temps de réflexion clinique où on se pose en équipe et on réfléchit ensemble [...] mais ça se fait de façon informelle, que ce soit à l'intra ou avec mes collègues, sur le temps du midi... tu vois j'ai un patient qui annule, on se pose et puis on réfléchit ensemble [...] les réunions sont parfois très pénibles parce que chacun a besoin de dire, tout le monde ne s'écoute pas forcément tout

le temps, il y a un peu je ne sais pas comment dire ça, d'hystérisation par moments, c'est juste par rapport à notre équipe, je ne sais pas... ou le besoin peut-être de parler » (13P32)

Si l'acte de se réunir est souvent entendu comme le signe ou la conséquence d'une équipe qui se sent « faire ensemble », il nous semble que la relation des professionnels à leurs temps de rassemblement était inverse : se réunir était un besoin, car dans ces espace-temps se jouait la reconstruction perpétuelle de ce sentiment d'être un ensemble. Cette hypothèse du caractère vital de la réunion pour le sentiment de « faire équipe » semblait se confirmer dans l'effort que mettaient la plupart des professionnels à utiliser les imprévus et les interstices pour maintenir si ce n'étaient des réunions formelles, en tout cas des moments de partage. Se réunir n'était donc pas l'effet de l'existence d'une équipe : c'était au contraire un acte performatif destiné, par le partage des paroles et des affects, à faire et refaire tenir l'équipe elle-même. Nous avons alors mesuré, dans les échecs et les réussites de ce travail de Sisyphe, à quel point l'existence de l'équipe au niveau intra-psychique et collectif était précaire, puisqu'elle reposait avant toute autre chose sur l'écho des paroles comme vecteur du sentiment de faire « collectif soignant » :

« auparavant l'ordre du jour était proposé dès le départ c'est-à-dire est-ce qu'il y a des gens qui ont des choses à dire sur un sujet particulier donc toi tu veux parler de ça, toi de ça toi de ça, bon on y va et puis après on laissait libre cours à notre... Parce qu'en fait tel truc que dit telle personne fait aussi écho à autre chose, un autre patient qui fait écho à un autre patient, on ne se sentait pas forcément dans un carcan qui était dirigé par le médecin-chef. » (94IXX)

« on a beaucoup de réunions mais on ne les utilise pas à bon escient, je trouve qu'on ne fait pas équipe... on morcelle un peu, je trouve, les usagers. » (73P31)

« ce moment de rencontre de 13h30 à 14h, où on est pas forcés de se dire des choses essentielles, c'est un moment où l'équipe se retrouve et parle de ce qui s'est passé [...] » (47C60)

« Moi je vois ça comme amélioration, vraiment, des réunions et puis on parle de ce qui ne va pas, on accepte d'avancer, mais bon moi je me sens très seule par rapport à ça. Je ne me sens pas soutenue particulièrement. » (22TISF58)

« il y a eu un audit. Avec qui était aux réunions... « Quoi ? Ils sont 40, il y a même les ASH en réunion, mais dans quel but ? » Et l'audit a dit qu'il y avait tant d'heures, tant de soignants multiplié par une heure et demi égal tant d'heures, dix fois trop. Donc les réunions réorganisées, déjà beaucoup moins de réunions et dans chaque réunion beaucoup moins de monde [...] Et au bout d'un certain temps on s'est aperçus quand même que plus de réunions ça n'allait pas en psychiatrie ! [...] au bout d'un moment tout se disait dans les couloirs, il y avait des guerres pas possibles et là il a été admis que peut-être une réunion institutionnelle où tout le monde viendrait dire et déposer là son mal-être ce ne serait pas mal [...] en psychiatrie si on n'a plus la parole, qu'est-ce qu'on a ? » (25AS55)

Plus encore que pour les autres thèmes que nous avons jusqu'ici traités, il nous serait impossible de reproduire ici le nombre conséquent de contributions qui portaient, sans qu'aucune de nos questions ne comporte ce mot particulier, sur l'importance que prenaient les réunions pour les professionnels. Le fait de se réunir, cependant, n'était pas suffisant. La plupart des professionnels qui souhaitaient des réunions supplémentaires ou valorisaient le rôle de la parole mettaient un point d'honneur à expliquer comment à leurs yeux, cette parole n'avait de valeur que *libre* ; la réunion n'avait de sens que si elle constituait un espace-temps où chacun pouvait oser parler de sa place propre. L'item de la parole libre revenait régulièrement dans deux types de structures : les institutions affiliées à la P.I. d'une part, où elle était entendue à la fois comme une liberté politique mais aussi un devoir clinique, et les institutions en difficulté d'autre part – les deux types s'étant confondus sur certains de nos terrains. La liberté de parole était bien souvent couplée, comme dans le corpus de la P.I., au thème de la nécessaire déhiérarchisation puisque, pour reprendre les mots d'un éducateur, *« on ne parle pas du tout de la même façon quand on parle à son patron qu'à son collègue »* (14E43) :

« des fois si tu dis quelque chose dans certaines réunions... ça peut être mal interprété, donc après des fois on se dit « c'est peut-être pas si mal qu'on n'y soit pas dans certaines », comme ça il n'y a pas d'eau dans le gaz. Parce que ça aussi ça peut arriver, tu dis quelque chose sans arrière-pensée, parce que tu l'as vécu ou tu l'as vu et il y a des personnes qui peuvent se sentir visées, donc... ça met une mauvaise ambiance, » (25ASH52)

« il faut que les personnes, autant par rapport à la parole du résident qu'ils la sentent non-menaçante mais que leur propre parole ne soit pas menacée en réunion pluridisciplinaire. » (15C52)

« peut-être ce qui aurait tendance à changer, c'est-à-dire qu'il ne faut pas perdre de vue qu'il faut être en capacité de pouvoir dire des choses sans se sentir en danger [...] Si ça ça part, les pensionnaires vont être maltraités. [...] Ce n'est pas grave de déconner avec un pensionnaire du moment que tu peux le dire. Ce n'était pas terrible ce que j'ai fait, pas terrible ce que j'ai dit, je n'étais pas à ma place... si tu ne peux plus dire ça, c'est là que les situations de maltraitance, de violence institutionnelle naissent, vraiment [...] Il faut pouvoir énoncer des choses sans avoir peur pour soi » (14CUI41)

« j'ai une collègue qui m'a dit "toi je sais que tu auras le courage de dire les choses, parce que tu ne pourras pas les accepter, moi je ne les accepte pas mais je n'ai pas le courage de le dire". Et moi je ne veux pas être celle qui dit. Je ne veux pas toujours avoir la place de celle qui dit » (03I34)

A l'évocation de la liberté de dire s'adjoignait parfois un élément que nous n'avions cependant pas prévu : le champ lexical du risque et de la menace, témoin d'un sentiment de se mettre en danger au nom de sa parole, et du sérieux avec lequel devait donc être traitée la question de l'organisation des réunions, tant elle touchait à des sentiments bien plus profonds que ceux de l'efficacité ressentie de l'équipe. Que le danger soit perçu consciemment comme celui d'une mauvaise ambiance ou plus subtilement celui, convoqué par le terme « patron », de perdre son travail en ayant « la place de celle qui dit », il nous est apparu que la liberté de parole n'était ni vue comme un luxe ni comme un facteur d'amélioration des conditions de

travail. Elle semblait en réalité s'appuyer sur des angoisses archaïques à tonalité persécutive – intriquant fortement parole libre et risque pour soi - dont procédait la demande de garantie que le monde professionnel puisse être, pour chaque sujet, un espace sécurisé.

F. Réussir à décider, partager la décision.

Certaines descriptions ou revendications vis-à-vis des réunions étaient plus secondarisées, notamment lorsqu'elles portaient sur le fait, éminemment politique quoique dérivant de la possibilité pour chacun d'être entendu, de travailler la décision elle-même en équipe. L'action décisive était, dans le sanitaire, souvent pointée comme appartenant au médecin, mais cette décision, pour être légitime aux yeux de ses collaborateurs, devait être comprise et donc discutée en amont. Cette question nous a paru travailler plus particulièrement l'un de nos terrains, dont nous proposerons ici une vignette clinique.

Il s'agit d'un pôle de psychiatrie rattaché à un hôpital général, qui compte dans ses locaux deux services d'hospitalisation temps plein et un hôpital de jour. Les services ont chacun leur particularité : le premier est connu pour accueillir des patients « au long cours » - que l'on entend encore qualifier, de façon moins politiquement correcte, de « sédimentés » voire de « chroniques » -, tandis que le second accueille des patients en moyenne plus jeunes, mais présentant par conséquent des pathologies plus aiguës, parfois plus difficiles à canaliser en début d'hospitalisation. A notre arrivée, le contexte dans les deux services est le même : les professionnels rapportent tous des difficultés liées à un « sous-effectif » soignant et à un « sur-effectif » patients car toutes les chambres, y compris les chambres d'isolement, sont occupées à plein temps ; les équipes se sentent sous tension. Les deux principaux avatars de leurs difficultés sont bien connus des services de soins : premièrement, la lourdeur de l'ambiance fait éclore des émergences de violence de la part des patients. Une soignante a pris la veille de notre arrivée un coup de poing d'une patiente du second service, et au milieu de notre semaine de terrain, les équipes apprennent qu'une agression plus violente a eu lieu de nuit, durant laquelle une aide-soignante et un agent de sécurité ont été frappés volontairement par un patient du second service également. Les revers successifs des tentatives de juguler une angoisse montante impactent alors, dans un deuxième temps,

directement les soignants : plusieurs professionnelles se retrouvent, au cours de notre séjour, à déclencher des crises d'anxiété qui les conduiront aux urgences.

Le pôle souffrait au moment de notre venue d'un clivage que de nombreux professionnels indépendamment de leur formation avaient clairement identifié, entre un groupe constitué des médecins, psychologues et assistantes sociales, qui ne voyaient les patients que de façon ponctuelle même si leurs bureaux se trouvaient à l'intérieur des mêmes locaux que les unités d'hospitalisation, et un deuxième groupe constitué des infirmiers, des aides-soignants et des agents de service hospitalier (ASH), qui par leur présence en continu recueillaient tout au long de la journée des informations cliniques sur l'état des patients d'une autre nature que celles récupérées en entretien par leurs collègues.

Le clivage et la tension particulière ont des conséquences, nous disent les professionnels, sur ce qu'ils appellent le « cadre de soins », qui condense l'ensemble des modalités d'hospitalisation et d'accueil des patients ; or ce cadre est normalement défini pour chacun en réunion pluridisciplinaire : son élaboration dépend donc des relations de pouvoir entre les différents corps présents à ces réunions. Conformément à notre hypothèse exposée plus haut selon laquelle c'est la réunion qui fait l'équipe et non l'inverse, les services semblent traverser une crise dans laquelle les réunions, précisément, échouent à travailler le sentiment de « faire ensemble ». La possibilité de prendre une décision collective manquait cruellement aux yeux de nombre des professionnels de ces services. Ce motif devait se découper en deux : l'aspect collectif concernait la mauvaise qualité d'écoute que les professionnels du quotidien percevaient de la part des médecins, et l'aspect décisionnel concernait le cadre de soins, qui n'était ni clairement élaboré, ni clairement transmis, ce qui conduisait à des discontinuités dans les traitements réservés à certains patients dont la prise en charge faisait débat. Dans l'un des bureaux infirmiers, une professionnelle ulcérée avait eu ces mots : « C'est l'institution qui est *borderline*, il n'y a plus de limites ! ». Les discours des professionnels qui ont accepté de s'entretenir avec nous étaient très proches les uns des autres, car tous faisaient, peut-être sans se le dire, le même diagnostic sur la situation :

« c'est rigolo parce que c'est quelque chose qui nous a toujours été reproché dans cette institution, ce qui pêche c'est la prise de décision. C'est-à-dire que de l'analyse

que nous faisons de la situation, quelles décisions sont prises ? Et je ne sais pas si vous l'avez perçu au cours de ces journées que vous avez passées avec nous, en tout cas ça a toujours été pointé dans notre institution moi depuis que je suis là on a énormément de temps d'échange, de temps de réflexion mais concrètement...on pêche au niveau de la décision et de actions qui sont décidées derrière. » (25C50)

« je pense qu'on peut s'y perdre un peu parfois, quand, y perdre en efficacité en tout cas parfois j'ai l'impression parce que forcément ce qui est très riche aussi c'est les débats, les trucs sur lesquels on n'est pas d'accord, mais tout ça ça prend un temps fou, ça prend un temps fou de ne pas être d'accord puis de discuter de pourquoi on n'est pas d'accord, de prendre une décision puis de faire avec et de faire ces concessions » (25I23)

« je pense que ces réunions pluridisciplinaires font que, ou sont censées faire qu'on aille tous dans le même sens, ce qui n'est pas forcément le cas en réalité, parce qu'il y a des gens qui ne sont pas forcément d'accord et qui après vont essayer de faire autrement mais normalement le but c'est ça, d'être dans la cohérence pour le patient, d'aller tous dans le même sens. c'est-à-dire que ce qu'on décide dans ces réunions-là, donc on le décide à un certain nombre de personnes, certain nombre de métiers et on devrait après tous aller dans le même sens. » (25S42)

« tu as aussi des fois un laxisme on va dire de certains médecins, tu as une décision qui a été prise un autre dit non, je ne te donne pas des exemples parce que tu dois un petit peu te douter, tu vois des fois c'est dur tout ça ! » (25ASH52)

Le sentiment de « faire équipe », souvent présenté dans cet établissement comme le fait au quotidien « d'aller dans le même sens », devait ainsi faire l'objet d'un acte performatif : celui d'une décision commune. Si la question de la responsabilité médicale était bien sûr engagée, il nous semble qu'il s'agissait plutôt, pour les soignants, d'une tentative de protection par la réappropriation de leur outil de soin. Nous nous référons ici aux propos que nous avait tenu un psychiatre sur un autre terrain lorsque nous lui avons posé la dernière question de notre grille d'entretien consacrée à « ce qui manquait » ou « ce qui pouvait être amélioré » dans la façon qu'avait son équipe d'accompagner les patients :

« Qu'est-ce qui pourrait être amélioré... (soupire) il manque encore de la parole, il manque encore du temps d'échange [...] il faut aussi se sentir pas abandonné des siens, c'est-à-dire pas abandonné des collègues, mais pas abandonné non plus de l'institution [...] je pense que là il nous manque cette dimension à laquelle on n'a jamais eu accès, c'est cette dimension, mais là je vais te paraître vraiment dans la politique... que l'outil de soins c'est l'ensemble des professionnels qui l'avons en main, et quand même on ne donne pas le droit aux gens de l'utiliser comme il leur semblerait adapté, on ne dit pas d'utiliser n'importe comment les choses mais on ne leur donne pas la voix [...] puisqu'on n'est pas très nombreux, rassemblons-nous et mettons-nous ensemble autour de la table pour voir comment on veut utiliser l'outil de soins. Et puisque maintenant on regroupe les secteurs en pôles, on pourrait peut-être justement profiter de cette occasion pour donner la parole plus facilement aux gens. » (59PH54)

Dans le médico-social, si les organigrammes étaient quelque peu différents, la question de la décision et de la responsabilité se posait sensiblement de la même manière, avec des réponses elles aussi très diversifiées, allant d'une fonction de direction et de décision collectivisée à un travail de coordination – souvent référé à des métaphores sportives ou maritimes -, jusqu'à une conception de la direction comme fonction de contrôle. Sans surprise, les directeurs et cadres proches du courant de la P.I. avaient dans leurs discours un rapport plus décalé à leur statut, qu'ils situaient du côté de l'incarnation ponctuelle. Nous citerons ci-dessous spécifiquement les discours des cadres et directeurs de structure que nous avons rencontrés afin de laisser entendre la variété des conceptualisations du métier de chef de service ou de directeur :

« Coordination, interrogation de l'équipe par rapport à des choses, d'être interpellée, donc c'est vrai qu'à la fin d'une journée quand tu me dis « qu'est-ce que tu as fait ? », il y a des fois je me dis... qu'est-ce que j'ai fait... mais c'est beaucoup de choses comme ça, d'être interpellée ou d'interpeler les gens par rapport, que ça

soit au niveau des projets personnalisés mais aussi des activités, de ce qui est proposé, de toujours interroger, « est-ce qu'on est bien dans notre philosophie d'approche ou nos valeurs, est-ce qu'on est bien là-dedans, est ce que c'est ça ? » et puis toute cette coordination de l'équipe... » (85C57)

« C'est l'histoire de la promotion sociale, de passer de salarié, d'une personne de l'équipe au statut de cadre, de chef, puisque dans chef de service il y a chef... c'était aussi la question de la légitimité, alors connaissant bien l'institution j'avais une certaine légitimité mais la légitimité on la retire, on l'acquiert, ce sont les autres qui nous la donnent [...] Vous voyez, comme dans une équipe de rugby ou de football, il y a un milieu de terrain au foot, il y a un pivot au rugby ». (14C60)

« on part tout de même de cette idée que la perspective pour travailler ensemble c'est de déhiérarchiser le pouvoir en l'institutionnalisant, c'est-à-dire que le directeur n'a pas la direction, le directeur est le garant que la fonction de direction est une place vide qui peut être occupée par tout un chacun dans le cadre de la réunion institutionnelle. C'est-à-dire c'est la réunion institutionnelle qui fait direction, et le directeur lui est garant que ce qui a été décidé fait direction. » (C60DXX)

« C'était difficile au niveau des salariés au début de ma prise de fonction d'être sécurisés sur cette idée que le directeur pouvait garder une activité de psychiatre. Ils avaient l'impression qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas être possible dans l'articulation, alors que je leur disais « mais vous-mêmes dans vos fonctions vous êtes dans des doubles articulations comme ça » et que c'est la richesse justement du travail institutionnel, c'est de pouvoir jouer sur des registres qu'on n'a pas forcément dans un établissement lambda » (14D52)

« il faut bien que quelqu'un contrôle. [...] Moi je suis... je contrôle, j'ai une fonction de contrôle, j'ai une fonction de planification, j'ai une fonction de projet, et j'ai une fonction de faire cohabiter tout ça. [...] bon moi on ne me la racontait pas. Moi je suis éducatrice [de formation], donc on ne me la raconte pas, on ne peut pas me la raconter, et sur la question du sens je laisse venir : « ah oui c'est du sens que tu me

parles là ? Eh bien on y va, on va parler du sens ». Donc on ne me la chante pas trop non plus à cet endroit-là » (73DXX)

A la question de savoir en quoi consistait leur travail, l'utilisation des verbes chez les professionnels en place de diriger était particulièrement intéressante à étudier. Contrairement au secteur sanitaire qui était toujours, dans nos terrains, travaillé par la décision, la responsabilité et la démocratie interne, il nous a semblé significatif que le seul établissement médico-social dans lequel les professionnels semblaient eux aussi en pleine bataille pour la reconnaissance de la légitimité de leur parole et une collectivisation de la décision soit précisément celui dans lequel la personne chargée de la direction conçoit sa fonction comme l'exercice d'un contrôle sur ses collaborateurs. Seule cette dernière professionnelle parlait de son travail en termes d'avoir et d'être, rappelant les registres identificatoires qui peuvent être convoqués par tout sujet pour s'approprier un objet et le conserver fantasmatiquement. Une hypothèse serait ainsi à investiguer plus avant qui concernerait, comme l'avaient noté les auteurs de la P.I. en leur temps, le rapport entre exercice plus ou moins solitaire et possessif de la direction et intensité des identifications entre la personne en charge de cet exercice et sa fonction.

G. Difficultés actuelles du travail d'équipe.

D'autres obstacles, cependant, venaient s'ajouter au domaine des rapports interpersonnels (qui étaient eux-mêmes, nous l'avons montré, toujours compliqués par les processus identificatoires plus ou moins conscients des sujets en présence) en matière de travail d'équipe. Nous avons jugé important, afin de ne pas proposer une vision idéalisée de réunions au secours d'équipes en mal de sentiment de cohésion, de rapporter ce que les professionnels identifiaient eux-mêmes de l'impact des contraintes extérieures sur leur travail collectif. Plusieurs terrains sur lesquels nous nous sommes rendue avaient dû annuler leurs réunions ou les espacer pour cause d'absences des personnels, de sous-effectif, de manque de temps (fortement lié à la question du nombre de professionnels présents) ou encore d'une utilisation de l'informatique comme moyen de remplacer plutôt que de compléter les canaux communicationnels existants. Les professionnels relataient ces évolutions avec réticence,

parfois avec douleur, tant ils savaient qu'ils s'éloignaient là d'un outil fondamental de leur métier :

« les difficultés c'est surtout pour faire les réunions, que tout le monde soit là et que personne ne soit oublié, qu'on arrive à écouter tout le monde... après bien sûr il peut y avoir des conflits entre guillemets ou des désaccords, mais enfin en général on y arrive assez bien parce qu'à partir du moment où on reconnaît le travail de chacun et on le respecte... les difficultés c'est surtout de l'organisation parce que c'est vrai que plus on est nombreux plus il faut du temps pour réunir tout le monde et écouter tout le monde. » (47PH39)

« quand vous avez des infirmières qui changent tous les deux ans et demi, quand vous avez des cadres qui changent tous les deux ans et demi trois ans, au bout d'un moment ça fait un peu fouillis, et ça ne permet pas aux équipes d'avoir, pas une quiétude, mais une certaine tranquillité d'esprit pour pouvoir se poser, réfléchir à des sujets, voilà, on ne leur donne pas ce temps pour qu'elles puissent effectivement intégrer les informations, voir comment elles vont les mettre en application, et voir comment elles peuvent améliorer certains fonctionnements. Donc professionnellement on perd » (03C58)

*« l'autre fois on était en réunion et on entend dire « oui on vous a demandé le résultat de cette enquête, on l'a mis sur [le logiciel] ». Sauf que les infirmiers n'ont pas le temps d'y aller pour voir les nouvelles procédures, les nouveaux trucs donc il y aussi ça que j'ai noté l'autre fois, que ça n'est pas la meilleure communication. »
« (69P53)*

« Nous ne pouvons plus comme ça pouvait arriver proposer une réunion clinique pour ci, pour parler de ci, on nous dit "on n'est pas assez nombreux, on n'a pas le temps" ou si on le fait il y a deux personnes qui sont là, donc le travail en fait, enfin au moins en ce qui me concerne, vraiment devient très ciblé par rapport à la prise en charge individuelle des patients. [...] je m'y retrouve, mais j'ai dû faire le deuil sur le travail clinique en réflexion avec l'équipe pluridisciplinaire. » (67P58)

Le sentiment de perte était patent dans le vocabulaire employé par les professionnels, plus particulièrement dans les structures sanitaires qui souffraient des pressions actuelles imposées aux hôpitaux publics. Nos interviewés traversaient parfois des moments dépressifs en entretien lorsqu'il s'agissait d'exprimer la restriction progressive des temps de parole collégiaux, mais trouvaient souvent des ressources pour contrecarrer leur sentiment d'impuissance en nous racontant par exemple les stratégies qu'ils avaient trouvées afin de restaurer des canaux de communication institutionnels, quitte à ce que ceux-ci passent par l'informel et les interstices :

« tu as la secrétaire qui te passe les infos. Bon, moi ce n'est pas ma conception du travail, maintenant je suis obligée de m'adapter, si c'est comme ça que ça se passe avec le toubib on s'adapte. De temps en temps j'apprends ça entre deux portes, si elle est bien lunée, mais si elle est mal lunée elle m'engueule, elle m'envoie chier, alors j'attends le lendemain et je recommence. En général j'arrive à avoir ce que je veux, enfin ou à me faire entendre un minimum (rit), il faut savoir ruser aussi hein ! » (47153)

La dimension de la subversion des contraintes établisementales et organisationnelles par l'inventivité individuelle était valorisée comme une qualité du professionnel travaillant en équipe, dont le savoir-faire relationnel refaisait alors surface au cœur d'un espace institutionnel redevenu, le temps d'une ruse, un espace potentiel (Pinel, 1995). Il n'est à ce titre pas étonnant que l'espace potentiel, initialement théorisé par D. W. Winnicott dans *Jeu et Réalité* comme une aire entre l'enfant et l'objet qui permette de jouer entre le moi et le non-moi, ait été utilisé par des praticiens se référant à la psychanalyse dans le cadre de leurs développements au sujet des organisations. Ainsi Michael A. Diamond proposait-il récemment (Bowker & Buzby, 2017) d'utiliser ce concept pour comprendre les sentiments naissant chez les professionnels lors de leurs interactions avec l'organisation (ou, avec notre terminologie, leur institution) dont ils dépendent :

« Quand les travailleurs disent avoir un espace adéquat pour la créativité, l'innovation et l'invention, ou qu'ils sont libres de jouer au travail, ils signifient quelque chose de profond au sujet de la culture et de l'identité de leur organisation. Ils disent essentiellement : « Je suis respecté et on me fait confiance ». Dans le contexte des organisations, cela signifie que les professionnels sont respectés et considérés comme dignes de confiance par le management pour mener à bien leurs tâches de façon compétente »¹²³. (p. 293, traduction libre)

L'intérêt d'une pensée organisationnelle nourrie des apports winnicottiens n'est pas tant à trouver dans une amélioration potentiellement pernicieuse du management mais bien dans l'accent qui est mis sur les ressentis des professionnels au travail. Si le traitement réservé à la question de la décision et de la réunion semble si différent entre les écrits des promoteurs de la psychothérapie institutionnelle et les discours des professionnels du système actuel, c'est ainsi non pas parce que leurs opinions seraient divergentes, mais bien parce qu'en l'absence d'une théorie à même d'éclairer le savoir empirique et l'expérience pratique des soignants d'aujourd'hui, ceux-ci ont été amenés à réfléchir de façon presque phénoménologique sur les *préalables* à toute clinique du travail en équipe.

Par conséquent, si les sous-thèmes répertoriés dans le tableau ci-dessous ne se répondent pas directement, nous pensons que le matériel dégagé de nos entretiens et observations vient plutôt préciser le matériel de la psychothérapie institutionnelle que le contredire.

¹²³ « When workers say they have adequate space for creativity, innovation, and invention, or that they are free to play at work, they are signifying something profound about the culture and identity of their organization. They are essentially saying : « I'm respected and trusted ». In the context of organizations, this means that individual members are trusted and respected by management to carry out tasks effectively and competently”.

En effet, la justification clinique que nous avons trouvé dans le corpus de la P.I. était toujours présente dans la réalité psychique de nos participants : il est en tout temps nécessaire de se réunir afin de contrecarrer les obstacles communicationnels d'une pratique à plusieurs avec des personnes dont les investissements sont parfois très disparates – ceci inclut certes le morcellement mais aussi les occurrences plus classiques du clivage, mécanisme de défense que de nombreux patients en difficulté peuvent être amenés à utiliser de façon plus ou moins prononcée. Mais cette justification clinique empirique ne semblait plus suffire, et c'était alors sur la base de leur conception de la complémentarité des actions que les professionnels justifiaient leur besoin de se rassembler. Cette opinion n'était pas sans rappeler notre premier opérateur, qui permet de penser que la complémentarité des actions n'est une réalité que si les professionnels en position de pouvoir acceptent de partager ce pouvoir statutaire avec d'autres praticiens, qui de subordonnés deviennent alors pleinement leurs collègues. Nos interviewés semblaient d'ailleurs utiliser le circuit des échanges d'informations comme indicateur de l'état clinique des patients, mais aussi plus discrètement comme indicateur de leur propre positionnement dans la hiérarchie de l'équipe.

De la même façon que l'avaient repéré les promoteurs de la psychothérapie institutionnelle, les informations valaient donc certes pour elles-mêmes mais aussi en tant qu'elles devenaient le terrain sur lequel se jouaient des rapports collégiaux emprunts moins du transfert des patients que de problématiques narcissiques liées à la place de chacun dans l'équipe. Instiller un sentiment d'équipe devenait alors un véritable travail psychique, qui n'était pensable qu'à partir du moment où l'on pouvait concevoir que les espaces de discussion réunissaient tant les éléments de transfert portés par les professionnels que leurs propres identifications à leur métier et à leur champ d'action, et que toute réunion pouvait de ce fait voir le processus de transmission des informations concrètes et d'association sur les ressentis générés chez eux par les patients se bloquer. Alors que les psychiatres convaincus par la psychothérapie institutionnelle soulignaient dans leurs écrits la dimension partagée de la fonction de décision, les professionnels d'aujourd'hui semblaient vivre comme une épreuve supplémentaire le fait de constater que leur chef ne souhaitait pas particulièrement, dans les faits, que cette fonction soit partagée. Cette difficulté à rendre la réunion réellement efficace en fonction de la façon dont était conçue la décision dans l'institution où ils travaillaient était redoublée par le manque de temps et le passage à l'informatisation qui, s'il leur avait permis

de mettre plus de choses par écrit, avait également contribué à l'automatisation des réunions et à une relative perte du sens qui leur était conféré.

La description de ces difficultés ainsi que la disparition progressive de la référence au transfert dans les structures sanitaires et médico-sociales françaises explique à notre sens pourquoi le dispositif de la constellation n'apparaissait plus que dans les discours des professionnels travaillant dans des lieux estampillés P.I. : son absence dans les autres institutions n'était pas particulièrement surprenante, mais dénotait un usage des réunions de plus en plus axé sur le « faire ensemble » d'équipe, au léger détriment de la discussion clinique.

Tableau récapitulatif

Opérateur 4 : Fonction de décision partagée et agie en réunion	
Sous-thèmes du corpus P.I.	Sous-thèmes du corpus actuel
Justification de la réunion par la clinique du patient et le morcellement de son transfert	Nécessité d'une pluralité des présences pour répondre à la pluralité des investissements des patients
/	Un préalable à la réunion : la conception de la complémentarité des actions
Réunion comme lieu d'échanges d'informations	Participation à l'échange d'informations conçue comme signe d'appartenance à l'équipe
Réunion comme lieu d'échanges affectifs et fantasmatiques sur la base du transfert	Le sentiment de collégialité comme travail psychique d'équipe sur la base des identifications de chacun
Réunion comme lieu d'action de la fonction de décision partagée	Du rôle de la fonction de direction dans la capacité d'une équipe à prendre des décisions
La constellation comme réunion paradigmatique	/
/	Difficultés du travail d'équipe : manque de temps et informatisation

Révision de l'opérateur 5 : Liberté et contrainte(s)

Sans grande surprise, la liberté de circulation, bien plus que les autres opérateurs présentés jusqu'ici, fait l'objet d'un traitement fortement différencié entre le secteur sanitaire et le médico-social. Certaines structures dans lesquelles nous nous sommes rendue se trouvaient au moment de notre venue dans des questionnements très aigus vis-à-vis de la liberté d'aller et venir des patients. Les trois services d'hospitalisation à temps plein que nous avons visités étaient plus touchés que les autres : l'un avait ouvert ses portes depuis un récent changement de bâtiment, le deuxième était fermé à clé mais devait s'ouvrir dans la perspective d'un déménagement, le troisième fonctionnait habituellement portes ouvertes mais les avait refermées au moment de notre présence du fait de la tentative de fugue d'un patient. Ces trois services étaient tous en plein dilemme entre une conception clinique de la dialectique ouvert/fermé, raisonnant sur l'ouverture ou la fermeture des portes à partir des symptômes psychopathologiques ou comportementaux des patients, et une conception juridique de cette même question, entre difficulté ressentie face à des contraintes législatives nouvelles, et conscience d'une évolution et d'une avancée en faveur d'un plus grand respect des droits du citoyen. Les professionnels avaient un rapport ambivalent à cette liberté de circulation, qu'elle soit pour eux basée sur la clinique ou sur les droits de l'homme. Plus que les autres thématiques que nous avons ici traitées, nous avons vu à travers leurs discours se dégager deux visages du travail en psychiatrie qui ressemblent beaucoup à la bataille que se livrent aujourd'hui santé mentale dans la communauté et approches psychodynamiques et institutionnelles du soin, entre impératif de l'accès au droit commun et nécessités cliniques.

Préambule : brefs rappels juridiques

La liberté d'aller et de venir (terme que nous préférons pour l'instant à la « liberté de circulation » pour des raisons d'équivoque avec le lexique du trafic routier) est un principe de valeur constitutionnelle, comme l'a rappelé le Conseil Constitutionnel dans sa décision du 12 juillet 1979 au sujet de la Loi relative à certains ouvrages reliant les voies nationales ou

départementales¹²⁴. De l'avis du Conseil Constitutionnel lui-même, cette liberté d'aller et venir peut toutefois être limitée au nom de la sauvegarde de l'ordre public, qui a quant à elle le statut d'« objectif de constitutionnalité »¹²⁵.

Il nous faut à présent situer brièvement l'état du dilemme pesant sur les professionnels au quotidien lorsqu'il s'agit de jongler entre régime judiciaire et régime clinique dans le cadre des rapports entre contrainte aux soins et liberté d'aller et venir. Eric Péchillon, professeur de droit spécialisé dans ce domaine, écrivait ceci dans un dossier du magazine Santé Mentale (2015) consacré à la question :

« Si l'autorité administrative a la plus lourde tâche en matière de respect et de contrôle de la liberté d'aller et de venir du patient, il n'en demeure pas moins que ce dernier est présent à l'hôpital dans le but de recevoir des soins. Dans ce cadre il est parfois difficile de déterminer si sa liberté doit primer sa sécurité et celle des tiers ou non. L'objet de la loi de 2011 et son organisation permettent de résoudre ce qui peut paraître parfois un dilemme. » (Péchillon & Jonas, 2015, p. 33)

Notre analyse des discours des professionnels rejoindra son point de vue, au sens où il nous est également apparu que la référence au paramètre législatif s'insérait précisément à l'intérieur de l'écart entre les valeurs des professionnels, leurs pratiques cliniques quotidiennes et l'état du droit français.

En 2016, deux documents importants sont parus au sujet des restrictions de liberté des personnes en soins psychiatriques : le rapport de la Contrôleuse Générale des Lieux de détention et de Privation des Libertés (CGLPL) étudiant les pratiques de soins sous contrainte,

¹²⁴ Le texte de cette décision est disponible en ligne à l'adresse suivante : <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/les-decisions/acces-par-date/decisions-depuis-1959/1979/79-107-dc/decision-n-79-107-dc-du-12-juillet-1979.7726.html>. Consulté le 26 juillet 2018.

¹²⁵ <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/nouveaux-cahiers-du-conseil/cahier-n-20/les-objectifs-de-valeur-constitutionnelle.50643.html>. Consulté le 26 juillet 2018.

et notamment l'isolement et la contention dans l'ensemble des services d'hospitalisation français, et la thèse de droit du psychiatre Cyril Hazif-Thomas. Celui-ci écrivait :

« l'institution psychiatrique est de l'avis général aujourd'hui moins « contenante » et plus contraignante et que l'usage de dispositifs paternalistes en psychiatrie n'est pas rare. Le confinement et l'absence de formation des personnels sont habituellement les principales sources du moindre investissement de l'aspect psychothérapeutique de l'encouragement à aller et venir librement, comme de non-écoute et/ou de maltraitance dans les établissements. » (Hazif-Thomas, 2016, p. 339)

Le rapport de la CGLPL, Adeline Hazan, confirmait et partageait largement ce constat :

« Il a été partout constaté que lorsque des patients, considérés comme ne pouvant circuler librement hors de l'unité, sont hébergés avec des personnes qui ne relèvent pas de ce degré de surveillance, l'unité est en pratique fermée : impossible d'en sortir sans l'intervention d'un soignant [...] À chaque fois qu'un patient interdit de sortie y est hospitalisé, c'est-à-dire en pratique tout le temps, l'unité est fermée pour tous, verrouillée par l'obsession de prévenir le risque de fugue. L'atteinte au droit de circulation n'est pas contestée mais admise comme une conséquence, fâcheuse, malheureuse, regrettable mais inévitable. [...] La prééminence du malade comme sujet, qui peut se prévaloir de droits, plus qu'objet de soins, portée entre autres, par la thérapie institutionnelle a fait long feu. Cette approche a disparu des enseignements. » » (*Isolement et contention dans les établissements de santé mentale*, 2016)

Pour comprendre ce qui pousse les professionnels à procéder de façon quasi systématique selon le principe de précaution, il n'est en réalité pas nécessaire de connaître le détail des lois de 2011 et de 2013 sur les soins sans consentement, ni celui des différents modes d'hospitalisation et des procédures de maintien ou de levée des mesures de

contrainte. Le concept-clé de cette affaire est à la charnière du droit et de la clinique : il s'agit de la notion de responsabilité et de son corollaire, la faute professionnelle.

A. La faute professionnelle.

Comme le notait Eric Péchillon dans un article du *Cahier de la Recherche sur les droits Fondamentaux* (Péchillon, 2014), l'obligation de moyens des établissements de santé signifie que ce n'est en principe pas à l'usager de se plier aux contraintes matérielles des services – portes fermées pour patients en soins libres, sous-effectif soignant – mais aux chefs d'établissements d'adapter les règles locales, sous la forme de leur règlement intérieur, aux normes supérieures que sont la Convention Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) ou le « bloc de constitutionnalité » dont la liberté d'aller et venir fait partie. Pourquoi, pourrait-on se demander, est-il nécessaire de préciser que les règlements intérieurs des établissements, considérés comme des chartes juridiques et par rapport auxquels les hôpitaux sont relativement autonomes, ne doivent pas restreindre plus que de raison les libertés des patients ? La réponse est à trouver dans la façon dont le droit, pour reprendre l'expression d'Eric Péchillon, est venu se loger au cœur de la contradiction entre un patient sujet du droit et un patient objet de soins :

« En matière de psychiatrie, la décision d'hospitalisation est incontestablement attentatoire à la liberté d'aller et de venir. Il peut s'agir d'une décision volontaire dans le cadre d'une hospitalisation libre (art. L.3211-2 CSP) ou d'une contrainte dans le cadre d'une hospitalisation d'office (art. 32313-1 sq. CSP) et d'une hospitalisation à la demande d'un tiers (art. L. 3212-1 sq. CSP). A elle seule, l'hospitalisation ne suffit pas à présumer la faute du service en cas de suicide d'un patient même si elle est sous contrainte. Les juges vont certes partir du principe qu'il pèse sur le service une obligation de moyens visant en particulier à diagnostiquer les troubles de l'individu pris en charge et les risques de passage à l'acte. Par contre, la faute ne sera constituée que si le comportement des agents et / ou l'organisation du service étaient manifestement inadaptés à la situation. »
(Péchillon, 2014, p. 77)

Autrement dit, le fait de savoir que toute hospitalisation est attentatoire à la liberté d’aller et venir des patients place symboliquement les équipes, d’emblée, dans la dialectique de la responsabilité et de la faute. L’article L.1142-1 du Code de la Santé Publique stipule en effet :

« I.- Hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute. »¹²⁶

En ce qui concerne les services de psychiatrie, les « conséquences dommageables » les plus problématiques sont entre autres la fugue, le suicide ou le passage à l’acte hétéro-agressif d’un patient, notamment lorsque celui-ci est hospitalisé sans son consentement. Pour rappel, la faute peut être directement celle du médecin (notamment en cas d’erreur de diagnostic ou de mauvais choix de la mise en œuvre du traitement, par exemple en ce qui concerne les permissions de sortie) ou dite imputable à l’organisation du service, par exemple du fait d’un défaut de surveillance ou de présence médicale. Pour les psychiatres – car comme le rappelait pertinemment l’une de nos interviewées, « *il faut quand même un responsable dans notre société, toujours un responsable, et le psychiatre est une figure assez pratique* » (69PH30) – et pour leurs équipes, c’est dans le but d’éviter tout soupçon de faute et de demande d’indemnisation de la part des familles ayant perdu un proche à la suite d’une fugue, d’un

¹²⁶ Cet article fait partie des « Principes généraux » du deuxième chapitre de la partie législative, intitulée « Chapitre II : Risques sanitaires résultant du fonctionnement du système de santé ». Le texte est disponible à l’adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000020628252&idSectionTA=LEGISCTA000006185260&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20180817>. Consulté le 17 août 2018.

suicide ou d'une agression, que les services et les établissements se prémunissent de plus en plus en réfléchissant à des argumentaires destinés aux autorités de tutelle telles que le Préfet ou l'Agence Régionale de Santé :

« il y a cet enjeu autour de la responsabilité... l'équipe infirmière et médicale est responsable des soins qu'on engage et la sécurité des soins qu'on met en œuvre, et donc si un patient se fait la malle comme c'est arrivé ce week-end alors qu'il sortait d'isolement en péril imminent... il y a quand même une responsabilité médicale, c'est-à-dire que l'administration voire plus haut l'ARS, voire le préfet, va demander des comptes, à savoir : pourquoi ce patient a eu accès à une cour ouverte ? Donc là la communication dira « effectivement c'est quelqu'un qui est en péril imminent mais qui a été évalué capable de gérer cette petite liberté qu'on lui a mise, il n'y a pas eu un défaut de surveillance, on n'a pas laissé comme ça la cour ouverte par inattention, c'était évalué » » (67C45)

Dans nos entretiens, l'ambivalence des professionnels nous semblait porter, au départ, sur la conscience qu'ils avaient du fait qu'ouvrir les portes ou être libre de circuler était le meilleur moyen vers l'extérieur. L'idée que les usagers puissent continuer leur parcours vers une intégration de plus en plus forte dans la Cité amenait les professionnels à se poser de nombreuses questions sur le rapport de ces usagers libérés à la prise en charge qu'ils pouvaient proposer. Soins et accompagnements étaient certes les garants d'une certaine stabilité clinique des usagers, mais ils étaient aussi un indicateur de la stabilité des rôles professionnels de ceux qui les accompagnaient : un patient dont il n'est pas certain qu'il puisse se débrouiller à l'extérieur est un sujet dont les difficultés légitiment les inquiétudes des professionnels et donc l'utilité de leurs actions :

« bon ça peut être bien on va dire pour certains patients d'être en centre-ville pour faire des démarches administratives, même de sortir boire un café ce genre de choses, l'ouverture des portes c'est bien aussi, enfin... ça permet de voir plein de choses hein, si le patient... voilà comment il se... comment il arrive tout seul à gérer

à l'extérieur, est-ce qu'il y a une adhésion thérapeutique, est-ce qu'il va revenir, il y a plein de choses comme ça qui peuvent être évaluables... » (67I30-2)

On pourrait d'emblée interpréter les questions et la réticence de cet infirmier comme des réflexes corporatistes de maintien des patients en institution. Nous les voyons toutefois plutôt comme une inquiétude justifiée devant une politique de santé mentale qui prône l'allègement des prises en charge en même temps que de nombreux patients finissent à la rue, dans les prisons¹²⁷, à la charge des familles ou aux urgences du fait de la tendance à la fermeture des lits. Ce mouvement de retrait progressif des forces hospitalières publiques a d'ailleurs petit à petit infiltré le secteur médico-social, dans lequel de moins en moins de budgets sont alloués à des Foyers d'Accueil Médicalisés au profit d'appartements relais, plus économes en personnel interne :

« dans une structure comme ça [une maison relais] il aura sa liberté de circuler, il ne nous aura plus sur le dos, il aura la liberté... [...] Mais à quel prix ? C'est-à-dire, ça sera qui les gens qui vont s'occuper de ses médicaments ? Est-ce qu'il aura un médecin ? Est-ce qu'il aura du collectif autour de lui ? Et est-ce que ça conviendra à tout le monde, est-ce que ce n'est pas du sous-soin ? » (14E43)

Le point commun entre les deux derniers extraits que nous venons de citer est toutefois de soulever une première question clinique relativement absente du débat juridique tel que nous l'avons bien trop rapidement esquissé : celle de l'adaptabilité d'une politique publique visant l'allègement des prises en charge à la diversité clinique des personnes accompagnées. Liberté de circulation certes, mais pourquoi et pour qui ?

¹²⁷ L'étude de Falissard et al. (2006) chiffrait à 17% le nombre de personnes diagnostiquées psychotiques dans les prisons françaises pour hommes, pour un taux général de 8,5% dans la population générale selon les données 2015 de l'Assurance Maladie.

B. La clinique à l'air libre.

Dans un bureau dont la fenêtre donnait sur des allées et des pelouses verdoyantes vides de monde malgré l'été indien – nous étions en septembre -, une psychologue exerçant dans un grand CHS nous racontait ce qu'elle avait vu en commençant sa carrière :

« Tu vois ce parc, il est très beau avec les grands arbres centenaires, on est à la campagne. Quand je suis arrivée, il y avait des patients. C'était surtout de notre secteur parce que les autres secteurs avaient moins de pavillons ouverts : tous nos patients étaient sur les pelouses, dans les allées, il y en avait qui travaillaient un peu, je te disais, qui étaient sur la remorque du tracteur avec d'autres jardiniers, avec des chapeaux de paille, des trucs comme ça, c'était assez inouï comme ambiance. Mais les gens étaient dehors et passaient... on essayait de restituer déjà à l'époque, la réhabilitation elle travaillait là-dessus mais on reprend des choses de cette époque-là : la question du plaisir, retrouver du plaisir, des capacités à vivre, à retrouver ce qui peut nous animer, nous, chacun au fond de nous. Il y avait des centres d'activités et les patients allaient du pavillon à la cafétéria, ils allaient au centre d'activités, faire ci, rencontrer telle personne qui y travaillait, il se passait des choses, c'était les liens transférentiels » (67P58)

Ce récit mérite qu'on y relève plusieurs éléments qui sont venus enrichir la conception d'un « avant » idéalisé parfois entretenue par certaines associations ou groupes de praticiens expérimentés bataillant pour le secteur et la P.I.

Cette psychologue précisait en effet que tous les pavillons de l'hôpital n'étaient pas ouverts : celui dans lequel elle travaillait avait eu, disait-elle, un médecin-chef dont l'orientation psychodynamique et antipsychiatrique avait transformé l'histoire de son service. La réhabilitation nous disait-elle, contrairement à l'impression que l'on pourrait avoir aujourd'hui, n'était pas réservée à des praticiens d'une orientation donnée et se concentrait non pas sur un réapprentissage des capacités de vivre au dehors, mais sur l'expérience d'une

vie en dedans. Le « travail » à l'intérieur des murs était payé au pécule¹²⁸, système dont nous avons effectivement retrouvé des traces à quelques endroits où nous sommes passée. L'hôpital était à ce moment-là un système global, mais dont la cohésion était centrée sur son intérieur. Il nous semble dans l'époque actuelle qu'outre les restrictions budgétaires, c'est la recherche d'un nouvel équilibre plus en lien avec l'extérieur qui rend les reconfigurations successives difficiles à intégrer, car la santé mentale est à certains égards un tout trop large pour bénéficier d'une véritable cohérence interne – ce qui pourrait d'ailleurs expliquer que la priorité des politiques publiques soit de rétablir une cohérence au niveau du patient lui-même à travers la notion de parcours de soins. De façon intéressante, l'idée même du parcours implique la marche et le cheminement, même si de l'avis de bon nombre de professionnels les problèmes cliniques et les nouvelles politiques de santé mentale ne se rencontrent aujourd'hui que par coïncidence :

« Quand on est dans une école de management, les schizophrènes... On n'a pas forcément notion de comment ils fonctionnent, comment ils vivent, comment ils circulent, de l'importance de la circulation... » (14D52)

Rares sont ceux, à l'exception des professionnels d'orientation psychodynamique et affiliés à la psychothérapie institutionnelle, chez qui revenait le lien que nous avons repéré dans notre troisième chapitre entre espace et langage, ou a minima entre circulation dans l'espace et multiplication des possibilités relationnelles :

« c'est ce que l'on cherche par l'organisation spatiale, l'organisation des soins où on est effectivement sur une liberté de circulation, sur des temps d'activités, sur

¹²⁸ Le pécule était un dispositif de rémunération journalière des malades travaillant dans les asiles puis les hôpitaux psychiatriques. Les « aliénés travailleurs » participaient à l'entretien des locaux – jardinage, cuisine...- (Nachin, 2011) mais aussi à la production des ateliers d'ergothérapie. Le montant souvent bas du pécule était indexé par la circulaire du 4 février 1958 sur l'organisation et le travail thérapeutique sur le prix du timbre-poste (Majastre, 1972).

des temps d'échanges collectifs, voilà il y a une multiplicité d'occasions données aux uns et aux autres, professionnels, d'entrer en communication avec le patient, donc on a tout loisir de pouvoir recueillir, de pouvoir capter des éléments, d'avoir matière comme je le disais. » (25C50)

Si la possibilité d'être plus libre apparaissait comme un gain du patient (sans toujours être conçue par les professionnels comme un gain pour eux-mêmes), les services dans lesquels nous sommes passée interrogeaient bien plus souvent cette liberté de circulation qu'ils ne la plébiscitaient. Ainsi avons-nous découvert une thématique que ne laissait pas présager la lecture des textes de la P.I., à savoir la question de la contre-indication de la liberté de circulation pour certains patients :

« on a des gens qui viennent en SDRE ou en SDT qui sont capables de gérer la contrainte, de respecter l'hospitalisation sans pour autant que la porte soit fermée, on leur dit "vous êtes en SDT vous devez rester là" et ils vont rester là parce qu'il y a un contrat moral et un contrat de soins qui s'est instauré, soit parce qu'ils veulent bien, soit parce qu'il y a une longue confiance avec l'équipe de soins. Et puis il y a des gens qui n'arrivent pas psychiquement à respecter ce contrat, ces règles, et qui vont avoir tendance à suivre une partie de leur délire ou de leurs idées noires et foutre le camp pour aller voir si c'est plus beau ailleurs. » (67C45)

Alors même qu'une étude longitudinale menée sur 15 ans (Huber et al., 2016) a récemment prouvé que la politique des portes ouvertes dans les services d'hospitalisation psychiatrique avait un impact positif sur les types de « conséquences dommageables » les plus courants, à savoir le nombre de tentatives de suicide et de tentatives de fugue avec ou sans retour dans le service, les soignants que nous avons interviewé dans des unités d'hospitalisation voire des institutions médico-sociales semblaient pour certains craindre d'ouvrir les portes, ou a minima considérer que la question de l'ouverture devait faire l'objet d'une réflexion approfondie du fait d'une incompatibilité de l'état clinique de certains patients avec une trop grande liberté.

C. Libre-circulation pour tous ?

La liberté de circulation était, pour reprendre les termes d'une jeune infirmière que nous avons rencontré en service d'hospitalisation temps plein, une question qui faisait « *gueuler dans les équipes* » (25I23). Souvent les professionnels tendaient, probablement du fait de leur expérience avec des pathologies différentes, à lister les contre-indications de la liberté plutôt que les indications de sa restriction, car plus que d'une véritable fermeture les patients dont ils parlaient avaient besoin d'une certaine contenance que n'arrivaient pas toujours à offrir, selon eux, des portes ouvertes. Les patients concernés par ces contre-indications répondaient souvent à trois types de troubles que les équipes de psychiatrie générale trouvent toujours plus difficiles à accueillir que les autres : les sujets souffrant d'addictions, les personnes présentant des « troubles du comportement » et celles à risque suicidaire :

« les troubles de l'addictologie, hein, des toxiques etc. On ne sait pas faire, on a essayé mais comme on est une institution très ouverte où les gens circulent librement, ça a été un échec à chaque fois. » (14C60)

« un patient qui vient avec une dépression, avec des idées noires et un possible passage à l'acte qui est détecté, il vient parce qu'on arrive à l'accrocher au niveau infirmier et médical donc dans cette relation de confiance, mais l'aspect psychique est tellement déséquilibré qu'on se dit qu'il ne faut pas qu'on le laisse sortir, ce n'est pas le moment, il faut qu'on l'aie à l'œil tout le temps parce qu'il a vraiment des idées noires. » (67C45)

« au début c'était des services fermés [...] tu avais tant d'alcool ou tu avais consommé autre chose c'était hop, dehors ! Donc tu vois c'était un petit peu plus strict, au fur et à mesure on est venus ici service ouvert, bon hé bien le fonctionnement n'est plus le même... et puis on a des cas lourds donc c'est sûr, ça se ressent surtout autant sur les patients que sur le personnel... parce que des fois tu as des choses qu'en temps normal tu aurais pu dire stop ou tu as aussi des fois un laxisme » (25ASH52)

« qu'est-ce qui pourrait être amélioré... concrètement moi au quotidien je ne sais plus, parce que je me rends compte que les temps de fermeture ça peut être aussi bénéfique, c'est quelque chose qui au départ me choquait d'enfermer le patient dans sa chambre, aujourd'hui je me rends compte que pour un patient qui clache à un moment donné c'est quelque chose qui peut lui permettre de se retrouver, mais ça vient un peu heurter mes valeurs » (25C41)

Face à des patients qui mettaient les équipes en difficulté, la libre-circulation passait parfois pour du laxisme, qui était compris comme l'expression d'une conception idéaliste du dispositif de soins engendrant une faillite de l'institution à maintenir un cadre. Cet échec venait amplifier le manque de cadre interne du patient, avec des conséquences immédiates sur l'ambiance du service et la qualité des soins prodigués aux autres personnes accueillies :

« c'est justement quelque chose sur lequel les soignants reviennent où ils voudraient que les portes soient fermées car le va et vient crée ces difficultés c'est-à-dire que les patients sortent sur l'extérieur, ils ont tout le loisir d'aller chercher ce qu'ils veulent en ville, de s'alcooliser, de consommer des toxiques et de ramener ce qu'ils veulent ici [...] il y a un gros clivage aussi, ça je n'en ai pas parlé, entre les soignants ici, c'est-à-dire qu'on a une partie des soignants qui est en demande de davantage de rigidité et de cadre, et on a une partie des soignants qui justement sont plutôt pour conserver cette ouverture » (25C41)

Ainsi, il nous semble que bien souvent l'arbre de l'ouverture des portes cache la forêt du cadre institutionnel et de l'ordre psychiatrique négocié, puisque comme le soulignait Cyril Hazif-Thomas dans sa thèse, « le rapport bénéfices/risques doit commander le raisonnement » (2016, p. 147). En ce sens, rappelons avec Dujardin et Péchillon (2015) que ce que les juristes nomment « règles collectives de bonne conduite », qui s'apparentent à la part informelle du cadre institutionnelle, sont considérées comme des « règles de vie » et non comme le « règlement intérieur » de l'établissement. S'appuyant sur l'arrêt n°545 du 29 mai 2013 de la Cour de Cassation stipulant qu'il n'était pas possible de porter atteinte à la liberté

d'aller et venir par voie de protocolisation des règles de sortie de l'établissement¹²⁹, les auteurs rappellent que l'utilisation du règlement intérieur est préférée à celle des protocoles, conférant donc à ce document une importance toute particulière dans la négociation qui s'opère entre normes juridiques, normes de vie collective et sentiment de sécurité des soignants, dont le résultat est le « cadre de soins » dont nous ont parlé certains professionnels.

Comment, cependant, négocier voire contractualiser l'hospitalisation avec des patients dont la pathologie peut rendre difficile d'accéder à un plaisir de la liberté plutôt qu'à un sentiment d'explosion des barrières et de jouissance illimitée ? La question est épineuse, car proposer de travailler sur les représentations archaïques convoquées par des portes de services ouvertes (ce qui peut rentrer et sortir, le deuil de la maîtrise des clés, la peur de se faire envahir ou au contraire de se faire vider...) n'est pas suffisant compte tenu des problématiques de co-morbidité addictives sérieuses en psychiatrie (Corbobesse, 2005; Guelfi & Rouillon, 2017). Il nous semble que c'est cette nécessaire réflexion entre réalité matérielle des échanges et réalité psychique des équipes que le droit est venu bousculer, dans le sens à la fois d'un retour paradoxal de l'arbitraire et d'un effet analytique sur les représentations portées par les professionnels :

« après là on s'ouvre aussi en vue du nouveau pavillon qui va ouvrir qui là sera complètement ouvert, donc c'est une transition un peu. Puis peut-être pour se rendre compte un peu des difficultés que peuvent amener le pavillon ouvert, mais bon là ça va, ça se passe plutôt bien. Parce que ça devenait un peu restrictif pour la plupart des patients qui sont en soins libres ici les clés : on leur ouvre la porte, on leur ferme la porte, les pauses clope c'est à telle heure, au niveau de la liberté ce n'est pas top. Et puis même, au niveau légal tu es en en soins libres, et tu es dans un pavillon qui est fermé, déjà tu n'es pas dans les clous au niveau de la légalité.

¹²⁹ Disponible en ligne à l'adresse suivante : https://www.courdecassation.fr/jurisprudence_2/premiere_chambre_civile_568/545_29_26596.html. Consulté le 26 juillet 2018.

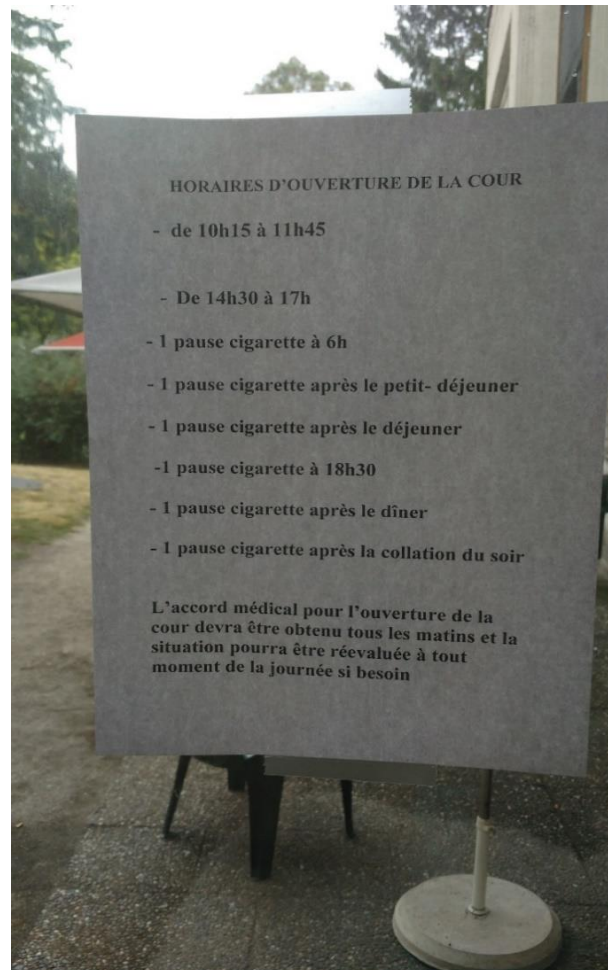
Ca pose des questions quand même. Même si chacun va avoir des consignes particulières par rapport à son état clinique et par rapport à la raison de son hospitalisation, sa pathologie entre guillemets, toutes ces choses-là » (67C45)

D. La liberté de circulation, une nouvelle contrainte juridique ?

Le cadre de pôle que nous venons de citer travaillait dans un service dont le déménagement imminent dans des bâtiments neufs et ouverts avait poussé l'équipe à tenter tant bien que mal de s'habituer à fonctionner de façon ouverte. Comme il le relatait lui-même au moment de notre venue, le pavillon était encore fermé et même l'accès à la cour était réglementé (nous reproduisons ci-dessous une photographie prise dans ce pavillon). Ce cadre nous expliquait le rôle prépondérant qu'avait pris le droit dans la gestion de l'ouverture et de la fermeture du service et les contradictions que cela pouvait générer entre la clinique et le paramètre juridique - particulièrement de sa place, puisqu'il était lui-même dans une fonction mélangeant les registres administratif et clinique :

« C'est la loi. [...] En admission on a vécu... certains pôles ont déjà vécu des unités ouvertes, c'est-à-dire où l'équilibre psychique du patient et la méthode de placement judiciaire permet d'avoir une libre circulation des personnes. La nouvelle loi, qui nous impose de respecter la liberté d'aller et venir, cette loi maintenant nous impose le fait qu'un patient qui n'est plus reconnu ... juridiquement incapable d'avoir accès à cette liberté d'aller et venir, c'est-à-dire il faut qu'il soit en SDT, sur demande d'un tiers ou en SDRE sur demande d'un représentant de l'état, les anciennes HO, hé bien quand il est en SL il a de fait accès à cette liberté d'aller et venir, il peut sortir, rentrer comme il veut, et le problème, ce qui est compliqué en psychiatrie, c'est qu'il y a un certain nombre de nos patients qui viennent en SL, mais des fois de leur propre chef ou en négociation avec les médecins ou des fois sur avis infirmier ou médical parce qu'ils acceptent ce parcours de soins, ils acceptent d'être hospitalisés mais néanmoins nécessitent une surveillance qui nécessiterait une fermeture pour avoir une surveillance [...] les infirmiers sont un

peu confrontés à ce problème parce qu'ils maîtrisent tout depuis des années, ils ont la clé, ils savent qui est là, qui n'est pas là, qui est sorti qui n'est pas sorti, et là d'un seul coup ils ne maîtrisent plus rien, c'est-à-dire que le patient dit : "je vais à la cafétéria", « bon, ok », voilà. Donc il y a cette perte de pouvoir du soignant et il y a cet enjeu autour de la responsabilité puisque d'un autre côté on est quand même, l'équipe infirmière et médicale, responsable des soins qu'on engage et la sécurité des soins qu'on met en œuvre [...] (67C45)



Photographie prise au cours du terrain 67

Un infirmier de ce même service, dans lequel nous avons questionné tous les professionnels sur la question de l'ouverture des portes à venir, nous avait semblé confirmer et compléter les propos de son cadre :

« c'est pour ça qu'il y a tout ce remue-ménage et ces changements, parce que les projets ont dû évoluer par la force des choses au fur et à mesure, donc ils ont été obligés de revoir les choses et de ne faire que des pavillons ouverts avec un intersectoriel fermé, pour les gens qui ne peuvent vraiment pas être en service ouvert. C'est pour ça que nous du coup on est en train de revoir notre fonctionnement, parce qu'on a toujours travaillé en service fermé, c'est-à-dire cour fermée, portes fermées. Donc là la première étape c'est d'ouvrir la cour. Ça demande une restructuration à tous les niveaux, en sachant qu'il y a des mouvements d'équipe... » (67130-2)

« La force des choses » : ainsi les équipes voyaient-elles venir ce changement qu'elles n'avaient pas d'elles-mêmes souhaité. Il serait cependant trop simple de tomber dans l'impératif moral en constatant que les infirmiers avaient du mal à abandonner leur position de pouvoir. En effet, il serait plus intéressant de faire l'hypothèse que les soignants s'appuyaient inconsciemment sur la maîtrise des clés afin de dompter des fantasmes archaïques d'intrusion ou de vide de leurs services dans la mesure, comme nous l'avons montré dans notre deuxième opérateur, où ceux-ci étaient perçus comme vivants, conviviaux et parfois presque familiaux. Notons ici que la qualification de ces vécus comme étant fantasmatiques n'a pas vocation à décrédibiliser les mouvements psychiques ressentis par les équipes, mais bien à leur conférer une qualité de réalité psychique agissante au quotidien. L'influence de cette réalité psychique s'avère d'ailleurs cruciale dans l'explication des moments de désorganisation du moi de chacun, mais aussi dans les moments de désorganisation du « faire équipe » dont nous avons parlé à l'occasion de la révision de notre quatrième opérateur.

Prendre en compte les fantasmes d'intrusion contre lesquels les soignants souhaitent être protégés par le dispositif institutionnel permet aussi de comprendre pourquoi le droit pouvait parfois être mis en place de persécuteur au détriment de la vérité des textes de lois, tant il empêchait les professionnels de mener à bien un soin basé sur des restrictions qu'ils jugeaient cliniquement nécessaires, et donc de combiner « prendre soin » du patient et protection d'eux-mêmes :

« effectivement il y a maintenant le juge des libertés qui intervient sans arrêt et tout, des fois ce n'est pas toujours adapté je pense parce que quand un patient, alors ce n'est pas le cas sur l'Unité d'Admission, même que des fois on a des patients qui fuguent, mais un patient qui est dément il peut vite sortir, se perdre et alors que si on ferme les portes ça permet d'être plus vigilant, mais le juge des libertés n'autorise plus à fermer les services. » (03P44)

Cyril Hazif-Thomas posait explicitement dans sa thèse la question qui nous semble résumer la difficulté des soignants à accepter les évolutions législatives :

« Le « nouveau droit » de la psychiatrie [...] aide assurément à donner corps à ce milieu libre, en rétablissant de la liberté d'aller et venir et en promettant de la rendre effective sur fond d'alliance thérapeutique recherchée à défaut d'être retrouvée. Mais aide-t-il à mieux prendre en compte le psychisme à la fois comme support du consentement (avec parfois déni des troubles psychiatriques, manque de lucidité...) et support du soin (dans la perspective du développement de l'alliance thérapeutique)? » (2016, p. 263)

Ne faire mention que de l'arbitrage entre normes juridiques risquerait de passer sous silence le fait que le conflit le plus difficile pour les professionnels n'est pas celui des normes entre elles, dans la mesure où ceux-ci ne connaissent pas directement les textes, mais plutôt celui que génère en eux l'interprétation qu'en font directeurs d'hôpitaux et ARS lorsqu'ils leur demandent de rendre des comptes au sujet de leur pratique quotidienne. En réalité, le dilemme portait pour les professionnels sur un triptyque d'éléments à prendre en compte : les évolutions juridiques bien sûr, leurs propres valeurs, ensuite, mais aussi et surtout l'épaisseur des fantasmes d'agression, d'intrusion dans le service voire de persécution par les patients. Si ce ressenti persécutoire reposait souvent sur de véritables faits de violence, il nous paraît tout aussi important de souligner que les soignants étaient aux prises avec des patients introjectés devenus des objets de leur monde interne et ayant ainsi subi un traitement psychique

inconscient partiellement déterminé par l'état plus ou moins prononcé de déliquescence des limites institutionnelles. Du point de vue conscient, la question de la responsabilité de chacun se muait alors en une négociation malaisée entre liberté des patients et perte de sécurité corporelle et psychique des soignants.

E. Prise de risque et responsabilisation, un choix professionnel cornélien.

Dans le champ de la santé mentale, l'esprit et les capacités d'adaptation des professionnels sont en effet constamment mobilisés face à des sujets aux possibilités imprévisibles :

« ne pas les laisser trop libres, voir leurs capacités et me dire : bon, ils ont quand même des difficultés... En maison relais on va on vient, on fait sa vie plus ou moins, ici c'est de se dire enfin la responsabilité qu'on a vis-à-vis d'eux au vu de leurs difficultés qu'ils rencontrent » (15CESF21)

Plus profondément, l'impératif de s'adapter à la capacité du patient de supporter ou non la liberté qui lui est laissée cache une question qui devra dans les années à venir faire l'objet d'un traitement juridique et psychique important : celle de la responsabilisation des soignants quant à la liberté qu'ils ont le pouvoir de donner ou non aux personnes qu'ils accompagnent – cette responsabilisation dérivant de l'interprétation par les équipes de soins du règlement intérieur de chaque établissement. Les discours des personnes que nous avons interviewés laissaient entendre qu'ils avaient conscience de leur embarras à faire se rejoindre garantie des droits du patient et protection professionnelle. Face à ce paradoxe des soins en psychiatrie où le consentement côtoie toujours la contrainte, il nous a semblé que c'était le danger de la responsabilisation individuelle qui pouvait expliquer que les soignants soient parfois rassurés que les portes se ferment ou réticents, lorsqu'elles étaient effectivement fermées, à l'idée de leur réouverture :

« en addictologie c'était hospitalisation libre pendant 15 ans, par contre quand j'ai quitté ça commençait à changer par rapport à la prise en charge des patients, les chambres d'isolement, ouvrir à deux, fermer à deux, et au début ça nous faisait un peu drôle, mais après alors il y avait du bon dans le sens où finalement des fois on prenait des risques ou on n'était pas entendus, on était en sous-effectifs dans des situations difficiles, ce qui là maintenant est différent [...] Alors c'est bien et pas bien : c'est plus confortable pour tout le monde » (13159)

« ils sont confrontés à ça entre l'effort qu'on leur demande de respecter cette loi, la responsabilité à laquelle ils s'engagent, parce que ça veut dire qu'on va quand même chercher si dimanche ils ont bien avant de laisser la cour ouverte, ils ont bien observé si l'état du patient était encore compatible avec l'évaluation qui avait été faite le samedi comme quoi il avait accès à cette cour ouverte. [...] C'est pareil qu'en cardio, si le médecin se goure et met trois fois le traitement, l'infirmier s'il administre trois fois le traitement et qu'il met en danger le patient il lui sera reproché de ne pas avoir vérifié la prescription médicale qui n'était pas adéquate. » (67C45)

« la porte d'entrée quand elle se ferme des fois elle se ferme pour une semaine. On croit que ça va se fermer pour quelques heures le temps que le patient, on règle son problème, soit on le met en iso, soit on le sédate un peu plus, enfin peu importe la solution pour essayer qu'il ne parte pas mais... une fois que la solution est trouvée la porte reste fermée, ou on la rouvre mais on la referme pour quelqu'un d'autre, enfin parce que je pense que c'est plus simple pour les soignants, une porte fermée il y a moins besoin de surveiller » (25S42)

Ce qu'on épingle trop souvent à notre sens comme un besoin pour les soignants de maîtriser leur environnement par plaisir de posséder le pouvoir nous paraît risquer le procès d'intention, car il est impératif de prendre en compte l'intensité des mouvements psychiques qui peuvent traverser des services d'hospitalisation en crise et souvent contraints dans leurs moyens temporels, économiques et humains. Le travail sur l'ouverture des portes n'est pas réellement un travail de décalage du soignant à sa propre position de pouvoir, mais un travail

de détricotage du sentiment diffus de danger et de menace qui peut planer sur toute institution lorsque les professionnels se sentent, pour reprendre les mots d'une psychiatre précédemment citée, « *abandonnés* » des leurs (59PH54). Ce thème est abordé par les cliniciens engagés dans des mouvements d'ouverture des portes lorsqu'ils proposent des retours d'expériences de leur pratique. Patrick Bantman, ancien chef de pôle aux Hôpitaux de Saint-Maurice, nommait le problème avec prudence et pudeur dans un article sur le sujet :

« Dans le service, la fermeture/ouverture des deux unités fait l'objet d'une concertation de l'ensemble des équipes des deux unités d'hospitalisation lors de la réunion quotidienne. Ce point est essentiel car il est indispensable d'avoir un consensus d'équipe *pour que la décision appliquée n'élève pas les tensions au sein de l'équipe soignante. Dans ce domaine en effet, il est important de tenir compte des inquiétudes des uns et des autres*, en particulier des problèmes de responsabilité vis-à-vis des patients. » (Bantman, 2010, p. 296, nous soulignons)

Un moindre besoin de surveillance, un plus grand sentiment de sécurité et un apaisement momentané des fantasmes d'intrusion et d'agression : voilà le système qui, quoiqu'intrinsèquement précaire, se trouve aujourd'hui bousculé par les injonctions de liberté d'aller et venir des patients. Si ce besoin de réassurance des portes fermées est souvent critiqué comme la conséquence d'une mentalité asilaire intégrée aux formations soignantes, il nous semble important, dans le débat public, de comprendre la posture des professionnels face aux injonctions paradoxales que génère l'actuel système de gestion de la liberté et de la contrainte et que le récent film de Raymond Depardon, *12 jours*¹³⁰, a contribué à dévoiler au grand public.

¹³⁰ Le film est sorti le 29 novembre 2017. Il avait à l'occasion été diffusé dans de nombreux Centres Hospitaliers Spécialisés en France.

F. La liberté de circulation, un droit civique dans l'air du temps.

Dans ce système, et compte tenu d'une tendance globale au mélange entre psychiatrie et justice¹³¹, il n'est pas évident de comprendre quels pourraient être les motifs de réjouissance pour les soignants à la perspective d'une évolution du droit en faveur d'une politique de soins pour eux plus contraignante, vectrice d'instabilité et de fantasmes qu'il faut savoir traiter en équipe. Nous développerons ci-dessous l'hypothèse que c'est parce qu'elle correspond aux valeurs du temps et aussi aux leurs propres que certains soignants ont pu percevoir l'évolution du droit en faveur de la liberté d'aller et venir comme une donnée positive de leur pratique, véritable travail psychique de secondarisation du traitement des fantasmes par une meilleure contenance des objets « patients » internalisés :

« Moi qui ai eu l'expérience aussi de services fermés, ici tu te sens beaucoup plus souple, tu te permets d'être là ou d'être présent pour les patients, c'est-à-dire tu peux très bien aller t'asseoir avec un patient sur le canapé, rester 10 minutes un quart d'heure, travailler des choses. En tant que psycho dans un service fermé tu es dans ton entretien et tu enchaînes les entretiens les uns derrière les autres, les passations de tests et ça s'arrête là » (25PXX)

« il y a dix ans j'ai travaillé avec des gens qui étaient là depuis très longtemps, et ils ont mis plus d'un an à ouvrir une porte entre deux étages parce qu'il y avait des résistances à cause de la peur ou de plein de choses [...] Et moi on m'a toujours dit « c'est très facile de fermer une porte, c'est beaucoup plus compliqué de la rouvrir », donc j'ai retenu ça » (25S42)

¹³¹ Dont procèdent tant la création des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA) afin de soigner des détenus dans des établissements de santé mentale (Eyraud et al., 2015) que la récente initiative de l'ARS Provence Alpes Côtes d'Azur, début 2018, demandant aux établissements psychiatriques de coopérer à la procédure d'expulsion visant des patients sans-papiers. Source : https://www.francetvinfo.fr/monde/europe/migrants/paca-les-autorites-sanitaires-renoncent-a-demander-aux-hopitaux-psychiatriques-de-controler-les-sans-papiers_2545139.html. Consulté le 31 août 2018.

« il y avait l'ouverture de cour mais avec une surveillance infirmière, avec une prescription médicale, donc voilà moi je suis pour, je suis pour parce que je pense que ça va avec l'évolution du temps aussi » (67C45)

« j'ai compris ce qu'était avant la définition de l'asile, de ces choses-là : des grilles aux fenêtres, des fenêtres verrouillées où seuls les soignants avaient une clé spéciale pour ouvrir, voilà j'ai connu les services fermés moi, les patients qui ont le droit de sortir il faut qu'un infirmier se détache, aille ouvrir... et du coup j'ai vu ce qu'a été un service ouvert... donc ça c'est plutôt positif, et puis ça rentre dans tout ce qui est la charte du patient hospitalisé, la liberté d'aller et venir parce qu'il y a les soins sous contrainte oui mais jusqu'à quel point peut-on interdire à un patient d'aller et venir ? » (69I29)

Un dernier aspect nous semblait toutefois négligé par la seule question de la bataille entre normes juridiques, normes éthiques et travail d'élaboration des fantasmes individuels et collectifs. Outre le travail d'homogénéisation des pratiques de restrictions des libertés individuelles préconisé par les tutelles des établissements et entériné par la loi, le dispositif de santé mentale pêche exactement là où il trouve pourtant sa force : la diversité d'implantation des structures, la variété des contextes et les situations éclectiques des départements français ont abouti à une inégalité territoriale dans la prise en charge que la seule transformation du travail d'équipe ne permet pas d'atteindre. Comment peut-on affirmer que des patients accueillis dans un hôpital-village, dans une famille d'accueil thérapeutique vivant dans un corps de ferme, dans un hôpital excentré d'une ville moyenne, dans un appartement thérapeutique requérant une voiture pour se déplacer ou dans une unité intra-muros à un quart d'heure de marche du métro parisien bénéficieront du même exercice de leur liberté d'aller et venir sous le seul prétexte que les portes des lieux qui les accueillent resteront ouvertes ? En somme, la liberté d'aller et venir a-t-elle la même signification en tous points du territoire français ?

G. Ruralité, éloignement géographique et locaux exigus : une liberté sous conditions.

Les professionnels nous ont souvent parlé de cet éloignement qui nous-même en tant que chercheuse dépourvue de permis et de voiture nous avait parfois frappée, tant il engendrait une profonde dépendance de la liberté constitutionnelle d'aller et venir à l'environnement immédiat des usagers désirant l'exercer. Ces limites de leur liberté semblaient au-delà de toute possibilité d'action des professionnels, qui étaient alors contraints d'adapter leurs propositions mais aussi de demander, contrevenant ainsi à l'obligation de moyens stipulée dans la loi, aux usagers de s'adapter aux contraintes diverses et variées des établissements. Plusieurs mouvements concomitants mériteraient actuellement attention et inquiétude pour le respect non pas de la politique de secteur, qui se trouve écartée de la réflexion sur les unités spécialisées dites « intersectorielles », mais plus profondément sur sa doctrine. Si l'application du secteur a en effet donné lieu à de nombreuses inégalités territoriales, sa doctrine était quant à elle d'une clarté qui ne semblait pas pouvoir donner lieu à interprétation : tout patient doit être soigné à l'intérieur de sa zone géographique de rattachement par une même équipe médico-sociale qui s'assure que la prévention, les soins et la post-cure auquel l'utilisateur a droit se font au plus près de sa communauté et de son lieu de vie. De nombreux projets architecturaux portés par des CHS partout en France contredisent aujourd'hui clairement ce principe.

Plusieurs structures pâtissaient, il est vrai, de locaux trop exigus qui ne permettaient ni la circulation des patients ni même parfois la vie collégiale dont nous avons montré qu'elle était un ciment de toute équipe. Afin de mettre ces espaces publics (dans le cas des services sanitaires) ou d'utilité publique (dans le cas des associations médico-sociales) en conformité avec les besoins d'accessibilité aux handicapés, ou simplement pour réaliser des économies d'échelle, les locaux biscornus mais bien intégrés dans la ville étaient petit à petit abandonnés au profit de constructions plus récentes :

« On travaille très bien dans les temps informels, par exemple, aussi, enfin moi je trouve que ça, c'est très fluide. La structure ici architecturalement s'y prête bien aussi parce que voilà on se balade, on croise l'un on croise l'autre, on s'arrête, voilà

à [l'autre CMP] ce n'est pas du tout comme ça on est les uns sur les autres, il y en a qui sont délocalisés, enfin il manque quelque chose, c'est aussi compliqué » (59P52)

Sur plusieurs de nos terrains, des bâtiments neufs étaient en effet achevés ou en fin de construction. Ces équipements architecturaux avaient cependant toujours été payés du même prix : celui de la réunion dans un même endroit des structures extra-hospitalières du secteur. Ainsi un établissement du Sud de la France dans lequel nous nous étions rendue avait-il notifié ses personnels d'une fusion architecturale au cours de laquelle CMP, CATTP et hôpital de jour allaient intégrer un même bâtiment dans lequel - détail absurde et en apparence seulement sans importance - l'accueil avait été implanté non pas au rez-de-chaussée mais dans les étages. Sur d'autres de nos terrains, les pavillons d'hospitalisation dont les lits étaient supprimés créaient un appel d'air que les directions se chargeaient de combler en rapatriant des unités jadis implantées dans la ville à l'intérieur d'enceintes hospitalières excentrées et difficiles d'accès :

« on oblige les gens à revenir à l'hôpital, tu vois on est quand même à 100m de ça [le pavillon d'hospitalisation]. Oui, c'est là quoi. Donc ce n'est pas très facile, avant on était en plein centre-ville, enfin à 100m du centre-ville donc c'était facile pour eux, ils sortaient, ils rentraient. Ils rentraient hop ils sortaient ils allaient au marché ils allaient acheter des clopes, ils revenaient ils allaient sur le banc ils revenaient » (94IXX)

« il y a encore 4 ans on était sur la ville, géographiquement les locaux étaient à l'extérieur, et je pense que le fait que spatialement maintenant ils se trouvent dans l'hôpital a encore alourdi ça et renforcé du coup cette lourdeur médicale, qui... moi je trouve que ça avait quand même un intérêt d'être moins stigmatisants puisqu'on était sortis des appellations habituelles dans ce projet [...] je pense que ça avait quelque chose d'un peu, d'un nouvel élan, d'une nouvelle dynamique quand les patients arrivaient et que le fait de se retrouver à nouveau spatialement dans

l'hôpital avec toutes les lourdeurs protocolaires, avec la chappe médicale etc., ça aide moins » (94PM42)

Dans les départements les plus ruraux, c'était toutefois le territoire lui-même qui apparaissait comme le plus gros obstacle à l'utilisation d'une pleine liberté d'aller et venir comme tremplin vers la réinsertion :

« les GEM distribués sur un grand département rural ce n'est pas évident [...] les gens qui résident à 80km de l'autre côté du volcan ce n'est pas très simple de se rendre au GEM, parce qu'il n'y a pas de transports sanitaires, de transports individuels [...] la SNCF se retire tranquillement, il y a bien quelques services d'autocars qui se promènent mais qui ne sont pas forcément très souples. » (15PH57)

« dans la Creuse je ne suis pas sûr que les gens soient aussi avantagés. [...] tout ça dépend aussi de l'implantation géographique, politique donc là ça va être vraiment très disparate » (67C45)

« on a pu louer des appartements et se rapprocher de la ville [...] les résidents disaient "oui on est super bien là-bas, c'est la campagne c'est rassurant mais on n'a pas accès à tout ce qui est culturel, les infrastructures sportives"... enfin on y avait accès mais c'était quand même assez compliqué parce que même sur le village qui est le plus proche, on était à 20 minutes de route ne serait-ce que pour aller faire les courses donc l'hiver etc. c'était compliqué dans les petites routes de campagne... » (15COR42)

Ainsi trouvait-on en pratique toujours du jeu entre ce que dit la loi, ce que pensent les professionnels et ce que permet le territoire. Il n'est pas ici question d'un jeu au sens ludique du terme, mais bien d'une inadéquation entre les termes de la négociation que nous avons listés (juridique – éthique et fantasmatique – territorial, pour les schématiser brièvement) et qui nous semble de structure. Au premier échelon de cette liberté d'aller et venir, caractéristique des services hospitaliers qui découvraient petit à petit la nécessité de se

« *mettre à l'équerre* » (67C45) avec la loi, nous avons retrouvé la question de l'ouverture des portes, cristallisant le décalage et parfois l'antagonisme entre exercice de la privation de liberté permis ou pas par le droit, valeurs morales conscientes et fantasmes archaïques :

« ça va être toujours un jeu qui est : il y a une règle de base, c'est ouvert, quand l'état clinique du patient le permet ça veut dire que je dois m'assurer que je suis capable de dire que je l'ai observé... donc voilà ça va être un jeu comme ça [...] c'est tout nouveau ça va se mettre en œuvre dans... 2-3 ans, enfin, non je n'espère pas vraiment, on va dire dans un an quand on aura déménagé, on fonctionnera sur beaucoup d'unités ouvertes » (67C45)

La liberté de circulation prenait parfois, malgré ses implications et les controverses qui l'entourent, une connotation ludique lorsque les soignants constataient que si l'enfermement devenait pour eux une habitude, les patients y répondraient invariablement par la ruse :

« nous c'est ouvert, donc les gens sans consentement on leur explique qu'ils n'ont pas le droit de sortir, et que s'ils y vont on va aller les rechercher, et je crois qu'on n'a pas plus de fugue que dans les autres services, fermés. Après il y en a qui tentent quand même mais même dans une unité fermée il y en a qui arrivent à sortir quand même enfin celui qui veut il peut, et souvent d'ailleurs quand ils fuguent ce n'est pas forcément par la porte d'entrée qui est ouverte, ils sortent des fois par la fenêtre de leur chambre ou... oui non mais ce n'est pas toujours par la porte d'entrée (rit) c'est ça qui est rigolo. » (25S42)

Là encore, la dimension de la ruse et de l'intelligence pratique était centrale : dans l'état actuel des choses, il semble impossible pour les professionnels de respecter en même temps l'état du droit, leurs valeurs professionnelles, le recueil du consentement du patient et la gestion des risques liés à l'exercice de leur travail. Nous convoquons cette notion de risque en tant qu'elle traduit leur ressenti, car s'il est effectivement possible d'objectiver ledit risque en recensant entre autres l'évolution du nombre de procès intentés à des psychiatres dans les

dernières décennies, nous n'avons pas procédé à cette analyse et ne pouvons donc établir des faits généralisables. Face à des injonctions qui paraissent parfois paradoxales : garantir la sécurité de la société mais aussi celle de l'institution, hospitaliser les patients sans leur consentement mais leur donner le même droit de circulation qu'à leurs concitoyens... Il semble en tout cas, sans surprise, que les professionnels bricolent, tâtonnent plus qu'ils ne maîtrisent la liberté de circulation. Plutôt que de leur jeter la pierre, il faut alors reconnaître que l'environnement économique, social et juridique dans lequel ils évoluent ne rend plus leur situation comparable à celle de l'époque qui avait vu émerger la psychothérapie institutionnelle. C'est en grande partie cette disparité des contextes qui rend notre tableau comparatif des sous-thèmes aussi déséquilibré, même si les outils théoriques permettant de penser les bienfaits cliniques de la liberté de circulation sont, nous semble-t-il, toujours utiles quoiqu'à réinsérer dans un paysage institutionnel plus large.

Pour conclure, la restriction d'aller et venir propre à la psychiatrie, si elle prend toujours racine dans la gêne produite par l'idée que des patients puissent circuler en ville, est aujourd'hui, nous l'avons montré, beaucoup plus encadrée par le droit. Pourtant, de nombreux professionnels, effrayés par la perspective de fautes imputables à leur services et de la mise en cause de leur responsabilité, appliquent encore largement le principe de précaution, fermant à clé les services d'hospitalisation même quand la majorité des patients s'y trouvent sous le régime des soins libres. S'ils reconnaissent que la liberté de circulation permet les rencontres et crée de la vie, ils sont bien moins nombreux à avoir cette réflexion dans les services hospitaliers que dans les structures extra-hospitalières ou médico-sociales, à moins que leur service de rattachement ait initié une démarche de réflexion sur la question de l'ouverture des portes. La justification de la libre-circulation au nom de l'analogie entre espace et langage a en revanche très largement disparu¹³², et nos entretiens en sont un reflet

¹³² L'un des seuls praticiens contemporains ayant explicitement repris cette analogie sans toutefois accepter son rattachement au mouvement de psychothérapie institutionnelle était Guy Dana, qui développait l'idée d'une

fidèle. Dans les structures qui étaient concernées de près par la question de la contrainte aux soins, l'élément central repérable dans les discours des professionnels était leur propre rapport, souvent très ambivalent, à la liberté d'aller et venir des patients qui se trouvaient sous leur responsabilité. Entre amélioration de leur accès aux droits constitutionnels fondamentaux et contrainte supplémentaire dans les services, la liberté de circulation prenait la forme, pour reprendre les termes de Marques, Saetta et Tartour (2016), d'une injonction à « contraindre tout en respectant les droits des patients ». Ce qui concernait en revanche bien plus de structures, c'était les difficultés proprement cliniques ou territoriales qui faisaient de la liberté de circulation un idéal qui n'était, *de fait*, pas pour tous. Cette donnée du système de santé mentale actuel pose des problèmes qui dépassent largement le seul point de vue clinique. Elle touche ainsi à la question de l'organisation de filières de soins spécialisées par pathologies, ce qui reviendrait soit à remettre en cause le principe du secteur - voire à l'abolir -, soit a minima de lui créer des exceptions officielles dont nous pouvons déjà observer les prémices avec l'éclosion ces dernières années de nombreux centres ressources sur l'autisme, la schizophrénie et la « bipolarité ». Les inégalités territoriales de santé mentale (Roelandt, 2010) touchent cependant également à la question des inégalités territoriales entre zones rurales et zones urbaines et surtout, nous l'avons dit plus haut, à l'accès aux transports publics.

Ainsi, par ricochet et élargissement du terrain d'action de la santé mentale, l'ouverture des portes des services, lorsqu'elle était effective, amenait inévitablement à interroger l'ouverture des échelons organisationnels du dessus comme ceux des établissements et plus largement de la cité elle-même. C'est en ce sens que nous avons retrouvé notre sixième opérateur, la fonction d'accueil, caché dans les méandres de la question de la circulation et de l'ouverture. L'ouverture des portes, par force juridique, est en effet déjà la règle ; il ne manque aujourd'hui que du temps afin qu'elle ne soit plus l'exception en pratique, même à l'hôpital. Dans ce mouvement d'accroissement de la liberté de circulation en cercles concentriques de plus en plus vastes vers la ville, n'est-ce pas alors la capacité de chacun, soignant ou citoyen, à s'ouvrir à la maladie mentale qui est là interrogée ?

organisation du secteur psychiatrique comme chaîne signifiante dans son livre *Quelle politique pour la folie ?* (Dana, 2010)

Tableau récapitulatif

Opérateur 5 : Liberté de circulation	
Sous-thèmes du corpus P.I.	Sous-thèmes du corpus actuel
Constat : confinement des patients dans les hôpitaux psychiatriques et restriction de leurs libertés	Restriction de liberté beaucoup plus encadrée par le droit, mais emploi du principe de précaution
Justification 1 : Espace traité comme un langage et restauration de la chaîne signifiante	/
Justification 2 : Liberté de circulation permet les rencontres	Liberté de circulation permet les rencontres
/	Versant négatif : une contrainte juridique du fait de la responsabilité professionnelle
/	Versant positif : un droit civique mieux respecté
/	Repérage de pathologies dans lesquelles la liberté de circulation est sinon contre-indiquée, en tout cas difficile
/	Repérage de territoires dans lesquels la liberté de circulation est empêchée

Révision de l'opérateur 6 : L'accueil entre disponibilité, adaptation et castration professionnelle

Notre sixième opérateur nous a au départ posé le même problème que la question du Collectif : comment s'attendre à ce que les professionnels d'aujourd'hui se réfèrent à des notions presque exclusives à la P.I. comme la fonction d'accueil, la fonction phorique ou l'idée de paysage ?

Il nous a donc fallu repartir de la distinction principale qu'avait fait la P.I., qui découlait de sa partition fondamentale de l'institution et de l'établissement : l'accueil n'est pas l'admission. L'admission est à considérer comme la procédure administrative d'enregistrement de l'entrée d'un patient dans une structure donnée : elle appartient à l'établissement. Cette procédure peut faire l'objet d'un protocole décidé en commun, mais son trait distinctif est avant tout de concerner l'adéquation entre l'offre de la structure et la « demande » (plus souvent le besoin) de l'utilisateur, adéquation qui est mesurée à l'aune de nombreux papiers et certificats. L'accueil, lui, relève d'un processus au temps long, reposant sur la capacité de l'équipe accueillante à se faire le contenant d'un nouveau sujet accueilli ; il met donc, à l'inverse de l'admission, l'accent sur la dimension relationnelle de la rencontre entre un sujet singulier et un milieu. Si ce processus d'accueil commence au moment de l'entrée dans l'établissement – quoique dans le cas d'une arrivée programmée, il puisse tout à fait être envisageable de parler d'un accueil avant l'admission car passant par le pré-transfert –, l'accueil a pour but non pas la distinction des droits et des devoirs de chacun dans un processus de coexistence d'un individu avec la structure où il est reçu, mais au contraire la jonction de deux paysages dans un espace institutionnel devenu aire transitionnelle où la rencontre peut se faire sans risque. Nous avons exposé dans notre troisième chapitre comment la conception de l'accueil comme une fonction institutionnelle nécessairement partagée était venue de la prise de conscience d'une sollicitude et d'une solidarité entre patients, confirmant que les statuts ne définissaient pas totalement les rôles et que chacun pouvait porter des bouts de fonction d'accueil, tant ce processus était important mais aussi énergivore et chronophage. Nous avons terminé notre présentation de la fonction d'accueil

telle que conceptualisée dans le corpus de la P.I. en expliquant qu'elle était avant tout tolérance à la folie conçue comme le plus haut respect de la singularité de l'autre. Elle s'appuyait ainsi sur l'hospitalité comme rencontre entre paysages, et sur la convivialité et le collectif afin que l'institution trouve toujours des ressources nouvelles pour maintenir le travail d'accueil.

Cette fonction d'accueil, au sens de la responsabilité de chacun de se faire disponible et contenant afin de pleinement respecter la singularité de l'autre, nous semblait tout à fait au travail dans les institutions que nous avons visitées. Tel Janus, nous faisons l'hypothèse qu'elle possède deux faces complémentaires : un pôle réceptif, axé autour de la disponibilité des professionnels à contenir ce que le sujet vient déposer et un pôle plus actif, soutenu par un travail psychique conscient d'adaptation aux demandes et besoins ainsi exprimées par le patient ou l'utilisateur.

Le premier signe de ce travail de la fonction d'accueil a toutefois – et paradoxalement – été un élément du réel : le nombre de professionnels qui nous parlaient de l'accueil des nouvelles « demandes », autrement dit de leurs processus d'admission des patients dans leur structure. Le contexte durant nos terrains de thèse était en effet celui d'une forte tension entre offre et demande de soins, notamment en CMP. Dans le cadre de la fermeture de nombreux lits, les CMP sont plus que jamais vus comme le dispositif pivot des secteurs, dont la mission est certes de recevoir mais aussi de se mobiliser sur le territoire afin d'aller à la rencontre des patients. Concomitamment, la notion de santé mentale et plus spécifiquement la déstigmatisation relative des dispositifs de soins psychiatriques publics qu'elle a engendré a permis aux CMP de se connecter à la forte demande de parole et de bien-être et à la popularité grandissante du champ « psy » au sens large. Cette augmentation de la demande n'a toutefois pas été suivie d'une augmentation proportionnelle de l'offre, car si de nombreux centres hospitaliers utilisent les équivalents-temps-plein (ETP)¹³³ récupérés en fermant des lits pour les redéployer dans des dispositifs extra-hospitaliers, les gels de poste sont le lot

¹³³ L'ETP, parce qu'il désigne un rapport temps professionnel/coût du personnel, est devenu la principale unité de calcul lorsque les établissements se livrent à des péréquations dans l'attribution de personnels entre services d'un même secteur, entre secteurs d'un même pôle ou entre pôles d'un même établissement.

commun des secteurs de psychiatrie qui n'ont donc pas vu leurs moyens suffisamment augmenter¹³⁴. La question de l'accueil nous a ainsi souvent été présentée comme le résultat d'une négociation et d'une réflexion clinique afin d'aboutir à la décision la plus juste possible, même lorsque cette décision revenait précisément à rediriger les patients dans le privé sous prétexte qu'ils avaient la possibilité de payer pour des thérapies libérales, ou plus pernicieusement parce qu'ils n'étaient pas jugés suffisamment malades pour relever des missions d'une psychiatrie qui avait alors, dans sa stratégie de survie, perdu le contact avec la maxime bonnaféenne du service public¹³⁵. Dans la mesure où derrière l'accueil des nouvelles demandes se dévoilaient plutôt les modalités d'admission des patients, plus particulièrement dans les CMP dont les listes d'attente étaient parfois longues de plusieurs mois, nous ne détaillerons pas les protocoles complexes élaborés par les équipes pour déterminer si oui ou non les patients relevaient bien de la psychiatrie publique. Les organisations de traitement des nouvelles demandes semblaient bien rodées mais notre travail de clinicienne, lui, commençait précisément là où la rationalité clinico-organisationnelle cédait la place à un certain étonnement :

« les nouvelles demandes c'est un petit peu au hasard. [...] quelques fois ça m'est déjà arrivé de dire « ah non pas ce médecin là parce qu'il ne parle pas assez » et maintenant pour finir je me dis non, parce que ça m'est déjà arrivé dans l'urgence de dire « mais non ce sera ce médecin là parce qu'il faut ce médecin urgemment », et ça se passe bien finalement... pourquoi je mettrais ce filtre-là qui est le mien ? Après tout. Et ça marche aussi, donc voilà. » (59155)

¹³⁴ Cette tendance au niveau local est confirmée par les chiffres que nous avons donnés dans notre premier chapitre au sujet de l'évolution de la dotation des établissements ayant une activité de psychiatrie par rapport à l'ONDAM.

¹³⁵ « Le désaliéniste est celui qui, ayant jeté aux orties le froc de l'aliéniste, se présente sur la place publique en disant : « Qu'y a-t-il pour votre service ? » » (Bonnafé, 1991, p. 202).

Bien souvent cependant, le premier filtre dans les CMP - ou dans quelque structure que ce soit - n'est pas celui des infirmiers qui, il est vrai, reçoivent de plus en plus souvent les « premières demandes » dans le sanitaire afin de raccourcir la liste d'attente avant le premier rendez-vous et d'effectuer une orientation plus rapide. Il nous est donc apparu important d'aller interroger les professionnels chargés de cet accueil invisible qu'est le secrétariat : rapporter leurs paroles est une façon de reconnaître ce qui fait aujourd'hui la véritable amorce de la rencontre d'un patient avec une structure de soins ou d'accompagnement.

A. Le « premier contact » : petit éloge du secrétariat.

Si l'accueil est une fonction et que l'exercice de toute fonction est par définition réparti sur un ensemble de personnes, il nous semble évident d'affirmer que la secrétaire – car la profession est à 98% féminine (DARES, 2013) - porte dans toute structure une partie de la fonction d'accueil. Qu'elles soient dans le sanitaire ou dans le médico-social, les secrétaires que nous avons rencontrées avaient toujours le bureau le plus près de l'entrée ou de la salle d'accueil, dans lequel elles exerçaient seules, souvent un peu à l'écart, en conséquence, des bureaux de consultation. Le secrétariat était – notamment dans les bâtiments anciens, exigus ou aux plans architecturaux complexes – un lieu de passage mais aussi de confidences, première étape vers le fait de livrer quelque chose d'intime pour les patients et espace de répit loin des consultations à la chaîne pour les professionnels. Pour reprendre l'expression d'une secrétaire que nous avons déjà citée, le métier était celui du « *secret-taire* » (69S56), aidé en cela par la situation des bureaux, mais que chaque équipe utilisait à sa manière – espace de confession, quartier général du collectif, sas de décompression... Si un emplacement ne garantit bien sûr en rien cette portance de l'accueil, il nous a semblé que la conscience de l'incarnation, même ponctuelle, de cette fonction d'accueil était partagée entre toutes les secrétaires, et que la variable déterminante dans l'exercice de leur activité était plutôt la facilité qu'elles avaient à se réapproprier ce travail d'incarnation :

« un accueil, c'est l'accueil... téléphonique et physique avec la première impression, disons le premier contact, j'essaye dans la mesure du possible d'être disponible

pour les gens donc... moi je suis la personne qui reçoit en première intention quand il y a une première démarche, un premier contact » (13S45)

« le travail de l'accueil, ça prend du temps [...] il y a des gens, je sais qu'ils appellent pour un oui ou pour un non, mais je pense que toutes ces petites choses-là, [la directrice] ne le sait pas, je pense qu'elle ne se rend pas compte de tout le lien qui est fait de cette manière-là en fait » (73S42)

« je ne cherche pas personnellement à les attirer non plus, c'est eux [les patients] qui viennent quoi... et puis un secrétariat moi je ne conçois pas l'accueil sans ça » (69S56)

« il y a toujours peut-être un petit trac quand on arrive ici, je ne vais pas dire angoisse mais ça tombe avec mon accueil, enfin je ne sais pas, non ? Peut-être. Je ne sais pas ! » (85S59)

Outre la reconnaissance du travail relationnel important que font des secrétaires sans aucune formation autre que technique, il nous paraissait important de commencer par ce premier contact du patient avec la structure afin de montrer qu'aujourd'hui encore, l'accueil n'est pas tout à fait conçu comme un équivalent de l'admission. En effet, si les secrétaires avaient leur rôle à jouer dans le processus d'enregistrement administratif de l'entrée du patient dans la structure, l'intérêt des patients et des soignants pour leur présence allait bien au-delà du simple intérêt de garantir un fonctionnement fluide du circuit de prise en charge. Le secrétariat était le lieu qui, par son existence même, indiquait que tout processus d'admission peut être, sous réserve d'être habilement manié, un prétexte pour le démarrage d'une fonction d'accueil institutionnelle.

B. Accueil et admission, une différence qui se maintient... Différemment.

De façon assez prévisible, accueil et admission n'étaient toutefois pas toujours bien distingués et définis chez les professionnels que nous avons interviewés. Lorsque les termes coexistaient dans leurs discours, le sens de l'admission écrasait toujours celui de l'accueil, le tout prenant alors une connotation quelque peu procédurière :

« il y a une chose qui serait importante, c'est de faire attention sur l'admission, voilà, c'est vraiment dans les critères d'admission des patients... on n'est pas là pour faire du chiffre, on n'est pas là pour avoir des lignes, du chiffre etc., on est là pour que les patients puissent trouver en nous aide réconfort et orientation adaptée [...] C'est ce qui manquait probablement avant que le Dr P. arrive, il a réintroduit dans cet hôpital cette notion de l'accueil de patients adapté à leurs spécificités, c'est pour ça que ça marche bien actuellement et ça il faut qu'on le perpétue au-delà des médecins, au-delà des psychiatres » (03Med48)

Ce collage à la procédure n'est cependant plus vraiment considéré comme le propre de l'admission ni utilisé pour circonscrire en creux le périmètre d'un accueil déployé au fur et à mesure du temps. Il apparaît que les professionnels d'aujourd'hui utilisent en réalité un autre critère que la distinction entre procédure et processus, celui de la « demande » des patients/usagers. L'admission, conceptualisée comme un moment par définition non-souhaité - étant entendu qu'elle n'a lieu que dans le cadre des troubles ou handicaps présentés par les sujets et dont ils se seraient bien passés -, devient un processus lors duquel l'utilisateur édicte des attendus vis-à-vis de l'institution : ses « demandes » ou ses « besoins »¹³⁶ ; l'accueil se retrouve alors un peu en décalage par rapport à ces demandes liées aux difficultés de la personne. Il s'entrevient en effet plutôt dans la disponibilité et la capacité d'adaptation mobilisées par les professionnels pour répondre au champ très large et flou dans sa définition qu'est celui des « demandes » qui leur sont faites :

« déjà d'entrée de jeu il y a ce prérequis à voir avec eux, on a un métré de retard c'est-à-dire qu'on les oblige à être dans un endroit où ils ne voudraient pas être. [...] l'admission en institution c'est comme ça, donc on est partis de ce postulat très simple : comme l'institution est la première des violences, comment on fait pour

¹³⁶ Nous utilisons ici les termes des professionnels et non la distinction lacanienne entre besoin, désir et demande.

regagner de la confiance par rapport à ça et justement qu'ils puissent progresser en nous voyant comme une béquille et pas des barrières partout [...] c'est important de se saisir de l'institution, de savoir qu'elle bosse pour eux et pas contre, surtout dans le champ du handicap psychique où c'est assez compliqué. » (15COR42)

« on essaie que les choses se fassent progressivement, c'est-à-dire il y a une première visite, entretien d'accueil avec le toubib, on lui présente les locaux machin tout ça, en général l'infirmière qui est là ou l'infirmier qui est là qui présente les locaux va être l'infirmier référent [...] et après on essaye que la venue se fasse progressivement, c'est-à-dire une journée, elle retourne à l'hôpital, elle vient deux jours elle retourne à l'hôpital, elle vient trois jours... tu vois ça se fait sur un peu un long terme ce qui nous permet de passer le relais, que ça ne soit pas du jour au lendemain qu'on balance quelqu'un comme ça » (47I53)

« une personne qui arrive « oui moi j'ai besoin qu'on vienne à mon domicile, qu'on vienne faire mes courses avec moi », en gros « j'ai besoin d'un taxi », ça ce n'est pas une mission du service, ça peut-être un prétexte, un support à l'accompagnement pour rentrer en relation etc., mais ce n'est pas une fin en soi. » (73E40)

Si l'idée, nous l'avons dit, est bien de partir du patient et des besoins qu'il doit formuler et adresser à l'institution dans le cadre du processus d'admission – ou, plus précisément, des multiples dossiers à compléter et entretiens à passer afin d'être admis -, les professionnels ont conscience que la demande ou la difficulté à l'origine de la rencontre avec le sujet malade n'est qu'un point de départ pour une relation qui doit, par respect pour la configuration psychique de celui-ci, se préparer et se déplier sur un temps long. Dans ce processus les professionnels se font désirants : ils doivent accepter la dimension de manque dans laquelle ils se trouvent puisqu'ils ignorent ce dont l'usager, derrière ses « demandes », a véritablement besoin. Le dévoilement de ces besoins ne peut se faire qu'à condition de laisser le sujet guider son propre accompagnement.

C. Le pôle réceptif de l'accueil : « Partir du patient » et se faire disponible.

Le moment de démarrage de la fonction d'accueil nous semblait être assez précisément repéré par les professionnels, bien plus que dans le corpus de la psychothérapie institutionnelle. L'idée selon laquelle il fallait « partir du patient » revenait souvent dans nos entretiens :

« ma vision des choses, du soin, c'est vraiment qu'on doit partir de ce que la personne a comme ressources en elle, comme compétences et comme ressources et qu'elle va mettre en place pour se sortir de là. » (25AS55)

« on part du patient, et puis à partir de là on pense le travail. » (67P58)

Il nous a semblé que cette expression-valise, probablement utilisée pour signifier la position d'ignorance du professionnel face au savoir expérientiel de l'usager, recouvrait en réalité tout un champ d'actions et tout un lexique qui allait de l'écoute à la rencontre, mais dont le caractère commun était toujours une forme de respect de la singularité du sujet accueilli :

« moi ce qui oriente ma pratique c'est, oui, l'écoute du discours. Et donc essayer de... donc je reçois une demande, je fais en sorte qu'elle soit formulée et je leur demande pourquoi ils viennent là, voir un psychologue et qu'est-ce qu'ils en attendent. Et à partir de là on essaye de mettre en place quelque chose qui n'est pas forcément, enfin moi je vous ai dit mon référentiel théorique c'est la psychanalyse mais voilà après on ne fait pas forcément des psychanalyses, enfin moi j'écoute les gens, je les reçois » (13P59)

« Moi je ne sais pas si un gamin est psychotique ou est autiste, moi je le sais après. [...] le principe de notre métier c'est d'abord la rencontre avec la personne, avec l'enfant quoi, et après on voit, on évalue. On parle d'évaluation, mais ça ce serait une vraie évaluation, c'est d'abord : la rencontre, l'accueil, accueillir la personne, la rencontre et puis après on voit ce qui se passe entre les gens » (C60E46)

Cette ouverture à la rencontre, que nous avons plus souvent trouvée conceptualisée chez des professionnels d'orientation analytique, requérait toutefois une disponibilité psychique que de nombreux interviewés nous ont décrite, indépendamment du référentiel de leur établissement. Cette disponibilité correspondait au pôle réceptif de l'accueil, que Pierre Delion a théorisé comme étant une fonction « phorique », équivalent institutionnel du holding winnicottien. Nos interviewés soulignaient fort à propos à quel point leur disponibilité n'était pas passive, mais avait pour but de laisser entendre aux patients et aux usagers que l'institution irait à leur rythme, sans les brusquer, autrement dit était prête à les rencontrer et à les recevoir :

« je pense à un patient qui était là pendant des mois quand je suis arrivée et à chaque relève on se disait « avec ce monsieur là on ne sait pas ce qu'on fait, on ne fait rien du tout, il est là et puis on ne sait pas », et puis un jour je me mettais à penser aussi comme tout le monde que peut-être on ne faisait rien pour lui, et j'en ai parlé au médecin, qui était étonné puis qui m'a dit « avec ce monsieur, on l'accueille ». Et je me suis dit... oh, oui en fait on l'accueille et puis c'est trop important. » (25I23)

« vous savez, il ne faut pas non plus faire de l'inquisition quand on fait du relationnel » (15ISP63)

« prendre le temps. Respecter le rythme de la personne, et puis parfois il y a des déclics et ce qui est bien aussi dans ce métier là c'est qu'il faut se laisser surprendre enfin, parfois on se dit "oh je vais proposer ça" et en fait il n'y a aucune accroche et ça ne marche pas du tout, et puis parfois la personne nous emmène vers quelque chose on se dit « bon, oui, on y va, mais vraiment je n'y crois pas trop » et en fait on se laisse... enfin on est surpris » (85I32)

« je suis avec la personne et je donne des fois des compléments d'information, je reformule ou je redonne des exemples mais je ne me substitue pas, je l'accompagne » (03I43)

« je reviendrais beaucoup sur l'accueil quand même, enfin sur l'accueil dans le sens de la capacité à écouter et à générer un lien et une relation qui va évoluer. »
(14PH61)

Le champ lexical des professionnels lorsqu'ils décrivaient ce que nous avons repéré comme le pôle réceptif de l'accueil était très peu axé sur l'action et le faire. Plus encore, ils reliaient souvent, comme c'est le cas dans certains des extraits que nous venons de citer, leur apprentissage du rythme singulier du patient à un affect de surprise face à l'impuissance d'une action pourtant réfléchie. Les infirmières que nous citons avaient toutes accumulé des expériences au cours desquelles elles avaient appris qu'un mouvement d'aller vers – pourtant caractéristique du travail de l'infirmier en psychiatrie –, même de bonne volonté, pouvait brusquer le sujet accueilli. C'était en laissant tomber « *l'inquisition* », c'est-à-dire la tentative de maîtrise du processus thérapeutique au nom de la légitimité professionnelle, et en acceptant de se laisser guider par le rythme ou, pour reprendre les mots d'Oury et de Roulot (2008), d'entrer dans le « paysage » du patient, que ces professionnelles avaient pu être authentiquement surprises, signe d'une rencontre à l'œuvre avec un autre reconnu dans sa radicale altérité. On ne peut ici qu'être frappé par la proximité de cette découverte avec le mouvement auquel Freud lui-même avait dû se laisser convaincre par ses patientes hystériques : celui d'un dégagement d'une position de maîtrise de la cure au profit d'un cheminement guidé par des patientes qui accédaient alors, concomitamment, à la reconnaissance par le thérapeute de leur savoir inconscient.

Seule cette rencontre de l'autre permet en effet au professionnel d'accepter d'être utilisé par le patient pour aller dans une direction qu'il ne peut pas connaître d'avance mais dont il tentera de garantir, chemin faisant, qu'elle soit toujours bénéfique au sujet qu'il accompagne. Laisser toute la place à un usager dont il est reconnu, comme le disait Platon, qu'il détient la véritable science de l'usage de l'instrument – instrument qui est ici l'institution elle-même avec son tissu relationnel et son réseau de partenaires – met les professionnels en demeure de modifier leur position de maîtrise, au profit du deuxième pôle de la fonction d'accueil que nous souhaitons à présent développer : celui de la capacité d'adaptation.

D. Le pôle actif de l'accueil : « accueillir les gens comme ils sont » ou l'adaptation.

Basée sur un travail de disponibilité et de réceptivité préalable, la capacité d'adaptation décrite par les professionnels était résolument plus active que sa contrepartie « phorique ». Cette adaptation était à comprendre comme un ajustement du professionnel au sujet accueilli, sous deux formes : une plasticité psychique et une souplesse plus concrète et ancrée dans le réel. La plasticité psychique pourrait au premier abord ressembler à la disponibilité que nous avons évoquée, mais il nous apparaît possible de les distinguer au motif que ce mouvement du professionnel vers l'utilisateur était conçu comme un travail pour lequel celui-ci devait consciemment mobiliser ses ressources et son énergie. Ce pôle actif ressemble assez à ce que Delion a isolé du côté de la fonction « sémaphorique », au sens où « des signes [...] qui émergent du sujet qui souffre sont comme aspirés par un appareil psychique qui est en disposition de les recevoir » (Delion, 2018b, p. 46). On entend chez Delion comment *cette disponibilité-là est déjà le fruit d'un travail qui permet l'aspiration d'éléments jetés dans le champ institutionnel par le patient*, comment elle a donc déjà fait intervenir la fonction « phorique » de contenance institutionnelle. L'usage de leur plasticité psychique permettait aux professionnels de se mouler momentanément à l'endroit de la demande exprimée par l'utilisateur sans toutefois en être dupes. Chacun dans son métier pouvait alors, à partir de sa position contenante, procéder à l'« alphabétisation » des contenus mentaux que le patient peinait à maîtriser seul. Dans la théorie bionienne et surtout chez les analystes post-freudiens qui l'utilisent, tel Antonino Ferro, l'alphabétisation est le nom donné au processus permettant de transformer des éléments dits « bêta », dont font partie les émotions et les affects, en éléments dits « alpha », c'est-à-dire accessibles à la représentation, au travail de rêve et de fantasmatisation. Il nous faut ici citer Bion dans son ouvrage *Aux sources de l'expérience* afin de montrer de quelle façon les deux types d'éléments bêta et alpha sont reliés entre eux :

« La fonction-alpha opère sur toutes les impressions des sens et sur toutes les émotions dont le patient a conscience. Lorsque la fonction-alpha est opérante, des éléments-alpha sont produits qui sont susceptibles d'être emmagasinés et de remplir les conditions des pensées du rêve. Si la fonction-alpha est perturbée,

donc inopérante, les impressions des sens dont le patient a conscience et les émotions qu'il éprouve demeurent inchangées. Je les appellerai éléments-bêta. Contrairement aux éléments-alpha, les éléments-bêta ne sont pas ressentis comme des phénomènes mais comme des choses en soi » (Wilfred Ruprecht Bion, 2001, p. 24)

C'est grâce à la fonction alpha que s'opère l'alphabetisation : en tant que processus de transformation des contenus psychiques, l'alphabetisation représente donc dans le référentiel bionien l'équivalent de ce que Roussillon appellera le « deuxième modèle » de la perlaboration freudienne (Roussillon, 2008), désignant par là le travail de la « matière première psychique » nécessaire au devenir conscient. La mise en œuvre de cette capacité chez les professionnels était plus souvent relatée par ceux de nos interviewés qui travaillaient dans le secteur sanitaire, ou à tout le moins qui se trouvaient, peu importe leur lieu d'exercice, face à des patients très en difficulté :

« la disponibilité que tu as et le rapport que tu vas avoir avec le patient c'est quand même beaucoup à toi de le construire aussi [...] tu vois, est-ce que tu te montres comme disponible et que tu apparaisse comme disponible auprès des patients parce que moins tu vas apparaître comme disponible moins on va venir vers toi [...] ça c'est plus de ton propre chef, cette dimension-là où le fait d'aller le fait d'aller vers le patient tout ça, ça c'est plus toi qui va décider de ça, tu vois, en psy » (67I30)

« je suis un patient qui est très mal ces derniers temps, qui prend rendez-vous pour faire ses impôts [...] il était tellement persécuté qu'il pensait que les gens rentraient sur ses comptes, utilisaient ses codes donc dès qu'il voyait un chiffre qu'il devait déclarer sur ses impôts il disait que ce n'était pas lui, donc il a fallu prendre le temps, téléphoner à ses employeurs pour décortiquer avec lui pour quel nombre d'heures etc... ça a pris. Quatre. Séances. Et c'est une énergie, une contenance dingue quoi. » (69AS42)

« je ne suis pas toujours exactement dans la même position, et donc on offre, j'offre des possibilités très différentes en fonction des demandes des gens. » (13P59)

« il faut vraiment se réadapter au patient en premier plan [...] c'est vraiment être au plus près du patient au moment de la crise pour lui ouvrir l'idée d'espaces de consultations psychologiques » (13P32)

« mon travail c'est, je pense que c'est faire en sorte d'accueillir les gens comme ils sont le jour où ils arrivent comme ça : ce matin, dans une demi-heure, dans une heure, et d'avoir cette vigilance à... à la particularité de la personne qui délire ou qui a traversé un délire et qui du coup a tout un univers à reconstruire, c'est une énergie énorme » (14E43)

Pour autant, rares étaient les mentions explicites du désir qui soutenait ce travail psychique de l'accueillant, au profit de l'évocation plus secondarisée voire défensive de valeurs professionnelles et de connaissances cliniques impliquant de modifier sa position et ses propositions en fonction de ce qui était senti et perçu dans la situation de rencontre. Sans surprise, le décalage induit par le changement conscient de position vis-à-vis des demandes des patients ne se faisait pas, comme en psychanalyse, sur le principe que toute demande n'est finalement que demande d'amour et d'attention, mais à partir du constat empirique que les demandes des usagers pouvaient ne pas tenir dans le temps, et qu'il fallait alors se saisir de tout élan, même minime (en l'occurrence, le simple fait pour l'utilisateur de passer la porte) pour relancer le travail d'accueil.

La deuxième forme que prenait l'adaptation était alors plus ancrée dans le concret. Elle relevait d'une plasticité du quotidien portant sur les projets construits, dont il fallait accepter qu'ils puissent à tout moment être interrompus, tout en gardant la capacité de se projeter encore dans des futurs différents. Cette dimension de l'accueil de l'imprévisible échec matériel était plus souvent relevée par des travailleurs du médico-social, ou plus largement chez ceux de nos interviewés qui étaient confrontés à des sujets plus stabilisés et plus autonomes. Cette relative stabilisation n'empêchait cependant pas la prise en compte de l'influence de la maladie psychique dans les difficultés rencontrées, même par des professionnels de formation sociale :

« Avec les troubles psychiques qu'ils ont, il y a une certaine labilité du comportement et donc nous il faut qu'on soit réactifs tout de suite, c'est-à-dire que ce qu'on projette pour le lendemain ne sera pas forcément réalisable parce que la personne sera en phase anxieuse, parce que la personne sera déstabilisée par je ne sais quoi [...] il faut qu'on soit réactifs tout le temps, qu'on arrive à trouver à peu près la bonne solution au bon moment en faisant vraiment jouer l'équipe pluridisciplinaire » (15COR42)

« on a un patient qui est dans le déni de ses troubles et qui attend un gros héritage, et cet héritage ça faisait dix ans qu'il l'attendait et qu'il ne venait pas. Et donc il en avait ras le bol d'attendre donc il a été voir le service social, il a été voir le médecin psychiatre, il a dit « moi je veux aller en appartement thérapeutique, j'ai déjà eu l'occasion, je sais comment ça fonctionne donc je pense que je suis prêt ». Donc très bien nous l'avons écouté, c'était une éventualité après tout, on met en place le projet, on a un certain laps de temps donc si après la personne n'a plus envie, ne se sent plus capable on a le temps d'arrêter tout ça ce n'est pas un problème » (03I43)

« on ne va pas adapter leurs déficiences [...] Par exemple (rit), dans l'aliénation de certains qui ont des troubles un peu... Comment on dit, obsessionnels, hé bien en cuisine par exemple, faire pendant 2h la même chose il y en a qui sont ravis de faire ça... Ça ne bouge pas, et c'est toujours pareil : tu dis « tiens tu me fais ça, tu me fais ça », ça marche impeccable tu vois. Et d'autres pas du tout, donc il faut adapter.» (14CUI41)

« le concret c'est du concret quoi, et l'idée en fait ce n'est pas de réussir à tout prix : si la personne ne peut pas, on fait le constat qu'elle ne peut pas, mais au moins on pourra dire : voilà comment on a essayé, voilà comment on a fait, et on n'y arrive pas, et à partir de là, là on n'y arrive pas, qu'est-ce qu'on peut envisager d'autre. » (73DXX)

Cette capacité à penser la coopération entre usagers et professionnels de façon à toujours s'adapter aux usagers plutôt que l'inverse revenait probablement plus souvent dans

le médico-social du fait de la proximité de ces structures avec la « démarche projet », inhérente à toute entrée dans un dispositif d'accompagnement puisqu'il est demandé aux usagers de dire ce dont ils ont besoin et à quels fins.

Accepter d'être utilisé autrement, de défaire les programmes et remettre en question les projets signait à notre sens la capacité la plus pure d'adaptation aux usagers, puisqu'elle allait jusqu'à l'acceptation d'une remise en cause de chacun dans son métier au motif que certaines actions, du fait des particularités cliniques des personnes accueillies, pouvaient devenir inadéquates.

E. L'accueil et la tolérance : a-t-on encore le « droit d'être fou » ?

Concevoir l'accueil comme une disponibilité et une adaptation au patient requérait toutefois d'être convaincu que ces sujets, pour reprendre l'expression d'une interne que nous avons rencontrée, avaient « *le droit d'être fous* » (14IT29) là où ils se rendaient, autrement dit que l'institution avait elle-même pour mission d'accueillir la folie avec hospitalité afin de permettre à un véritable travail relationnel de s'amorcer. Le droit d'être fou n'était bien sûr pas littéralement un droit, mais plutôt une tolérance collective qui prenait la forme d'une levée momentanée des normes sociales prévalentes, au motif d'une singularité du sujet qui justifiait que ce soit la société qui s'adapte à lui et non l'inverse :

« on ne les changera pas, ils ont toujours vécu comme ça, comment dire [...] il y a un schizophrène qui la nuit se couche avec 3/4 polaires, il se couche dans le lit pour s'endormir, à 3h du matin il est déjà assis contre le radiateur, c'est comme ça on n'a jamais pu le faire déshabiller, on ne peut pas, ce n'est pas la peine : c'est son monde, c'est ses rituels » (15D53)

« si ce n'était pas des patients qui avaient des délires d'empoisonnement, il [le chef de service] acceptait que la famille vienne de temps en temps manger avec le patient en apportant à manger sur un côté de la salle de resto enfin du réfectoire, un autre qui ne voulait pas mettre de chaussures... voilà. Il y avait une adaptation à la pathologie mentale en fonction de la culture qui était intéressante en tant que soignant parce que ça ouvre un peu des horizons » (13I59)

« c'est assez rare : à quel point la particularité de chacun ici est acceptée : les fous ont le droit d'être fous, ce qui n'est quand même pas le cas partout. Et avec bienveillance. » (14IT29)

« dans une maison de retraite un grand-père qui range son armoire à longueur de journée parce qu'il est obsessionnel avec beaucoup d'angoisse, parce qu'il y a quelqu'un qui lui donne des ordres et lui dit de ranger son armoire... il était une époque le personnel, le voyant sans arrêt ranger son armoire, lui fermait l'armoire à clé parce que ça les énervait de le voir sans arrêt dans son armoire [...] donc tout ça c'est une des discussions avec l'équipe pour leur expliquer aussi [...] qu'ils auront un patient qui sera beaucoup plus calme et tranquille s'il a le temps de faire tout ça. » (59I55)

« un patient incurique, tu ne vas pas lui dire « il faut se laver parce qu'il faut se laver », ça n'a aucun sens si c'est sa protection » (94ER40)

Nous ferions toutefois l'impasse sur la diversité des pratiques françaises si nous affirmions que ce modèle de la tolérance relative (car toujours momentanée) à la folie avait cours dans tous les établissements où nous nous sommes rendue. La plupart des professionnels dont nous venons de rapporter les paroles étaient en effet d'orientation plutôt psychodynamique, ce qui explique en partie leur adhésion à ce mode relationnel d'hospitalité pour la folie très prisé du courant de la psychiatrie de secteur et de la psychothérapie institutionnelle. Un autre courant aux ramifications assez larges mais aux préceptes bien différents, la réhabilitation psychosociale (à l'intérieur de laquelle nous rangeons les techniques de remédiation cognitive), est cependant plus influent aujourd'hui dans le monde de la santé mentale, avec des conséquences, pensons-nous, sur la façon qu'ont certaines équipes de conceptualiser l'accueil.

F. La réhabilitation est-elle un anti-accueil ?

En effet, à partir de la notion de productivité pour la communauté contenue dans la définition actuelle donnée par l'OMS de la santé mentale, et de la connaissance des coûts

économiques liées à l'inactivité pour cause de maladie mentale, la réhabilitation psychosociale, appuyée par une conception des soins et de l'accompagnement basée sur l'accès aux dispositifs dits de « droit commun », propose aux patients de se réintégrer dans la société au moyen des trophées traditionnels de toute personne dite « bien insérée » : un travail et une vie sociale, voire une vie de famille. L'idéal de la réhabilitation psychosociale s'appuie sur une conception quelque peu dévoyée du rétablissement, qui assimile celui-ci à l'obtention d'une vie bonne selon les critères sociaux classiques et non les critères subjectifs de la personne. Dans les établissements où nous nous sommes rendue qui se référaient à ce courant de la santé mentale, la notion de tolérance à la folie était quasiment absente, au profit plutôt des notions de compensation des déficits et difficultés cognitives :

« L'objectif de la remédiation cognitive vise à améliorer les compétences cognitives (mémoire, attention, raisonnement...) et donc à favoriser une meilleure autonomie des patients. Les patients souffrant de schizophrénie ont la plupart du temps un déficit cognitif, avec un handicap souvent visible [...] » (brochure programme CRT - *Cognitive Remediation Therapy*, terrain 03).

« Le programme vise précisément à entraîner les fonctions cognitives altérées et a pour objectif d'améliorer la capacité des patients à interagir avec l'environnement et à retrouver une vie sociale et professionnelle plus satisfaisantes » (brochure programme RECOS – Remédiation cognitive pour patients présentant une schizophrénie ou un trouble associé, terrain 03)

Plus que de se laisser guider par les patients, les professionnels convaincus par cette approche admettaient avoir un angle d'attaque de l'accompagnement axé sur l'autonomie et remettaient globalement moins en cause leur propre savoir :

« créer avec eux un lien qui est le plus un lien d'alliance thérapeutique possible, en essayant de ne pas être trop paternaliste dans notre approche, mais de rester sur une approche qui allie à la fois un côté paternaliste et un côté plutôt consumériste qui est plutôt autonomiste quoi [...] tout en les orientant, surtout pour les plus

régressés ou les plus déficients d'entre eux, sur une prise en charge qui nous semble optimale [...] dans le cadre d'un hôpital qui est un hôpital de réhabilitation et de réadaptation psychosociale, et donc le but c'est vraiment d'essayer de ré-apporter aux patients qui sont les plus atteints sur le plan psychotique, les moyens cognitifs de pouvoir retrouver l'autonomie qu'ils ont perdue, et pour les patients les plus déficitaires, que ce soit en déficience mentale ou autre pathologie, de leur apporter les moyens de pouvoir garder, conserver l'autonomie qu'ils ont malgré leur défaut d'acquisition de base. » (03Med48)

Nous proposons ici de reproduire un extrait de journal de bord écrit lors de notre passage dans un centre de jour destiné à la réhabilitation de jeunes patients, notamment de schizophrènes stabilisés après un premier épisode délirant. Au cours de notre terrain dans cette structure, nous avons pu nous rendre à la dernière séance d'un groupe de psychoéducation, dont nous avons alors mesuré à quel point la méthode utilisée était loin de ce que la psychothérapie institutionnelle concevait comme étant de l'accueil :

« La psychologue m'a prévenue : c'est la dernière séance et il est question de diffuser des petits films de témoignages pour discuter et faire le point sur les éléments abordés pendant le groupe. Il y a trois soignantes, et quatre patients sont là. Nous nous installons dans un bureau informatique dont les chaises ont été bougées afin que nous fassions tous face... À l'ordinateur. La salle est assombrie ; les vidéos viennent du DVD Pact, élaboré par les laboratoires Jansen.

La psychologue guide beaucoup l'atelier : c'est surtout elle qui propose les vidéos à regarder, avec un assentiment relativement mou des participants : "pourquoi pas". L'un d'entre eux dit, au sujet d'un témoignage "elle a beaucoup de symptômes quand même..." et la psychologue répond "vous allez voir il y a une note d'espoir parce que ces symptômes...". [...] Dans une autre vidéo, un patient interviewé dit : "il faut continuer le traitement et ne pas l'arrêter, il y a toujours une solution". Un patient demande si on peut voir la vidéo intitulé "le rétablissement". Comble de l'ironie, cette vidéo est courte, il le remarque, et

surtout c'est la seule vidéo sans témoignage de patient : une vidéo d'un champ d'herbe avec la voix off expliquant le rétablissement fonctionnel.

Lorsqu'on parle des traitements, la psychologue dit : "on ne peut pas parler de guérison sinon vous ne seriez plus obligés de prendre vos traitements". [...] Dans l'une des dernières vidéos diffusées, on entend un patient dire : "ca m'a fait beaucoup de bien d'être comme tout le monde, de reprendre la vie active, professionnelle". La psychologue complète : "le travail en ESAT remplit les mêmes fonctions... Contribuer à la société" » (94JB-2)

Nous avons demandé un entretien à cette psychologue après le groupe, qu'elle avait pu nous accorder plus tard dans la semaine. Questionnée sur sa posture professionnelle, elle nous avait tenu le discours suivant :

« dans mes entretiens individuels je suis avant tout une psychologue clinicienne donc je suis à l'écoute, empathique, voilà, mais en... moi ce qui me semble très important, alors je suis quelqu'un de très, tu vas voir dynamique et voilà et avec mes patients aussi, très directive, donc les entretiens je ne suis pas... Dans l'attente de ce qu'ils vont me raconter, voilà c'est très interactif, avec des tâches et des objectifs bien précis » (94PXX)

Cette approche « directive » ou « paternaliste » de l'accompagnement telle que prônée par les praticiens affiliés à la remédiation cognitive et à la réhabilitation psychosociale ne trouvait cependant pas toujours un écho favorable auprès de leurs collègues moins convaincus. Certains mentionnaient le risque de normalisation des individus comme réponse à l'insupportable réel de la clinique avec des patients souffrant de troubles psychiques :

« quand tu rentres ici, très rapidement tu comprends que tu vas avoir un objectif, c'est la réhabilitation. Ici ce qu'on valorise c'est comme je te disais c'est l'homme sain, à la différence d'avant, l'accueil de la psychose, là maintenant, elle s'assoit la

psychose, mais cinq minutes et après si tu veux il faut vite que l'homme sain réapparaisse derrière ce visage-là » (94IXX)

« je me posais la question : là on veut tellement les réhabiliter qu'ils vont sortir, mais ne vont-ils pas re-décompenser plus tôt aussi ? Donc là j'ai eu le cheminement aussi inverse et je pense que je suis arrivée à un point d'équilibre où je me dis c'est bien la réhabilitation mais il faut toujours repenser selon la clinique de chaque patient » (03P26)

« Est-ce que c'est l'effet de l'âge mais j'ai perdu certaines de mes illusions... Je n'ai jamais rencontré de psychotique guéri par exemple [...] il y a des effets, et les effets c'est ceux du handicap... et dans les effets il y a des choses qui restent ou qui font qu'on est moins, je n'aime pas ce terme là mais : « performant » dans la vie quotidienne et dans sa vie de tous les jours. [...] c'est un truc délicat le handicap psychique. Il ne se voit pas comme ça d'emblée, il y a vraiment des effets de stigmatisation importants. Donc voilà, si l'environnement était plus compréhensif, si la société au travers des voix comme notre ancien président ne disait pas que tous les schizophrènes sont dangereux ou quelque chose comme ça, avec les médias et tout [...] elle ne me semble pas très ouverte en ce moment la société française » (14C60)

Le reproche le plus souvent fait à la réhabilitation psychosociale, qui pose légitimement la question de savoir si, du point de vue psychodynamique, la réhabilitation est un anti-accueil, était l'homogénéisation des protocoles de soins et des buts à atteindre : un même soin pour un même but, à savoir le retour au travail. Si des perspectives de rétablissement existent effectivement pour les patients souffrant de troubles psychiques, la constatation que le travail ne serait pas l'issue pour l'ensemble des personnes qu'ils avaient accueillies était vécue par les professionnels du courant de la réhabilitation psychosociale non comme une caractéristique momentanée de leur chemin de vie mais comme un échec. A travers le cas de cet hôpital de jour de réhabilitation mais aussi d'autres structures qui présentaient les mêmes difficultés à faire atteindre à leurs patients un idéal de la santé mentale cochant toutes les cases, nous avons été amenée à nous demander à qui appartenait réellement ce sentiment

d'échec. Était-il celui de patients stigmatisés et dénarcissés par leur pathologie, ou celui de professionnels se heurtant aux conséquences de la maladie cachées derrière un « handicap psychique » édulcoré ?

G. Le sens de l'accueil : la non-demande et l'échec.

Si nous avons évoqué la surprise de certains professionnels, qui les avait amenés à laisser les usagers guider leur façon de les accompagner, ou encore la prise en compte du caractère involontaire pour les usagers de leur admission dans un établissement, nous souhaitons approfondir les deux cas particuliers auxquels ces situations font référence et qui mettent a priori la fonction d'accueil elle-même en difficulté. Il s'agit du travail sur la non-demande ou sur l'échec d'un projet, que nous considérerons, en lien avec notre septième opérateur, comme les deux situations les plus à mêmes de remettre sur le métier les représentations personnelles des professionnels de ce qu'est une vie bonne et accomplie - et donc sur le type d'action qu'ils doivent mettre en pratique afin de permettre aux personnes qu'ils accompagnent d'atteindre cet idéal qui, en dernière analyse, est avant tout le leur. Entendre la non-demande et l'échec, c'est expérimenter cette altérité radicale de l'autre dont nous avons parlé : c'est réaliser que le travail de soin et d'accompagnement peut lui aussi, pour reprendre les mots de Lacan, consister à donner ce qu'on n'a pas à quelqu'un qui n'en veut pas. La non-demande et l'échec d'une prise en charge peuvent ainsi avoir un effet analytique, en tant qu'ils mettent les professionnels face aux projections et aux idéaux avec lesquels ils travaillent, grâce auxquels ils investissent leur activité mais desquels ils doivent aussi se détacher afin de ne pas suraliéner l'autre qui les sollicite :

« il était dans une phase où il stagnait. Je l'ai vu évoluer, on se posait la question des appartements. Il est venu me voir, il m'a dit "mais moi je ne t'ai rien demandé, je ne t'ai pas dit que je voulais un appartement"... il entendait un peu des bruits de couloir et puis il me dit « c'est quoi ces conneries ? », il a eu une montée d'angoisse, il m'a dit "j'ai fait quelque chose qui ne va pas ?". Je lui dis "mais pourquoi tu dis ça ?", "j'ai entendu dire que je n'évolue pas si mal que ça, tu veux me mettre en

appartement mais moi je ne veux pas y aller, je ne veux pas y aller" [...] il m'a tout expliqué, il m'a dit « moi je suis bien là, je ne bouge pas », et il m'a dit texto « qu'est-ce que tu me prends la tête ? », je lui ai dit « ok, tu ne bougeras pas, il n'y a pas de problème ». [...] à une époque... je lui aurais dit « tu pourrais en faire plus », mais ma conception a évolué au sens où maintenant quand le résident me dit « je suis bien, je n'ai pas envie de bouger », je ne vais pas chercher à monter d'autres projets. Quand il viendra me le demander ou quand je l'aborderai en entretien il me le dira, c'est tout. » (15COR34)

« Dans la plupart des services somatiques, même si on est amenés à prendre en charge des patients psychotiques ou qui présentent des pathologies psychiatriques, la plupart du temps quand on demande quelque chose à un patient on va avoir une réponse rationnelle en face, ou relativement rationnelle. Ici la réponse est pathologique en fait, et moi qui ai l'esprit justement assez rationnel c'est compliqué pour moi parce que j'aimerais la réponse adaptée, parce que... parce que je me rends compte qu'il faut du temps, qu'il y a la pathologie aussi qui est là qui fait que la réponse n'est pas toujours celle qu'on attend et ça moi dans le contact c'est... compliqué quoi. Ca pour moi c'est très compliqué à gérer » (25C41)

« quand on accompagne quelqu'un ce n'est pas, on dit par exemple quand il y a une hospitalisation souvent on dit "c'est un échec de la prise en charge, on n'a pas su faire, on a mal fait, on n'a pas compris". Non. A un moment donné c'est une trajectoire de la personne [...] il faut accepter que la personne puisse aller en soin, revenir, et reprendre là où on en était, là où elle arrive ou quand elle est arrivée là, dans quel état elle est pour repartir » (15C52)

Ces aveux d'impuissance face au décalage entre les idéaux professionnels d'un côté et la réalité d'une clinique qui prime toujours sur les efforts institutionnels – allant parfois dans leur sens et nageant souvent à contre-courant – nous ont semblé être des avatars de ce que l'on pourrait appeler une castration professionnelle : des moments où les praticiens prenaient pleinement conscience du fait que les motivations de leurs actes étaient portées par leur histoire, mais que la clinique était un roc face auquel ces motivations allaient dans une

certaine mesure nécessairement s'écraser. Paradoxalement, accepter cette castration professionnelle - autrement dit que les formes sublimées de leurs tentatives de réparation des patients étaient vouées à échouer tant que celles-ci ne s'appuyaient pas sur une conscience profonde de l'altérité de ces sujets - constituait alors une ouverture vers l'autre et vers l'extérieur considérable, tant elle démontrait qu'avancer ne peut se faire ni sans le patient ni sans un travail d'équipe interinstitutionnel.

En somme, de la même façon qu'au cours de la révision de notre quatrième opérateur, les discours de nos interviewés nous ont semblé préciser la notion de fonction d'accueil plutôt que la contredire.

La distinction entre accueil et admission travaille toutes les structures, du sanitaire au médico-social, selon la formule que nous a livrée l'un de nos participants : l'admission dans une structure ou un programme de soins est par définition un moment non-souhaité, car elle n'est qu'une conséquence de la maladie ou du handicap dont les sujets sont porteurs. Elle consiste alors simplement en un recueil des besoins et des demandes afin d'entamer le processus d'accueil, à savoir de transformation d'une situation non-souhaitée en une relation de confiance avec l'institution qui permette à l'usager de s'appuyer et d'utiliser les ressources qui sont mises à sa disposition.

Plus encore que dans le corpus de la psychothérapie institutionnelle, les professionnels d'aujourd'hui nous semblaient décrire de façon très fine leurs ressentis et leurs positions subjectives dans l'accueil, qui nous ont amenée - à l'instar d'autres auteurs comme Pierre Delion - à tenter de diviser la fonction d'accueil en deux pôles. Nous avons tout d'abord dégagé celui, plus réceptif, d'une disponibilité préalable, d'une façon spécifique d'être-là qui indique au patient ou à l'usager qu'une adresse est possible. Cette position de disponibilité dans l'attente de l'émergence de la demande pourrait être comprise comme une simple passivité - que l'on a d'ailleurs souvent reproché à la psychothérapie institutionnelle - si elle n'était pas complétée du pôle actif de l'accueil, à savoir un travail psychique d'adaptation aux nécessités du patient qui ressemble fort, même s'il n'emprunte pas les mêmes termes, à l'idée d'une

rencontre des paysages. Il nous faut encore ici souligner à quel point cette fluidité relationnelle relève d'une intelligence pratique et clinique qui est au cœur du travail avec des personnes souffrant de troubles psychiques et dans laquelle les professionnels, tel le bébé winnicottien, gardent une grande qualité d'attention aux mouvements psychiques du sujet qui se trouve face à eux « tout comme nous scrutons le ciel pour deviner le temps qu'il va faire » (Donald Woods Winnicott, 1999, p. 156). Si nous avons cru bon, dans notre tableau récapitulatif, de comparer la reconnaissance du rôle des pairs dans l'accueil et celle de l'échec et de la non-demande, c'est en tant que toutes deux viennent signifier une forme de castration aux professionnels impliqués. La première, caractéristique de la P.I., leur montrait en effet qu'ils ne pouvaient entretenir avec les soignés tous les modes relationnels, et que l'action d'un pair était parfois plus directe et plus thérapeutique que la leur car elle touchait à une forme d'entraide qu'ils ne pouvaient pas fournir. La deuxième, plus propre à notre corpus de données, leur dévoilait, plus brutalement peut-être, que leur action professionnelle ne pouvait pas tout et que la modestie était là encore de mise. L'échec et la non-demande interrogent cependant, en plus de l'investissement narcissique mis dans l'action de réparation de la maladie, la position du professionnel vis-à-vis de la folie elle-même. Si comme nous l'avons souligné plus haut, le pôle de l'accueil comme tolérance à la folie était encore bien présent dans les structures d'orientation psychothérapie institutionnelle ou psychodynamique, un autre courant fort présent dans le paysage de la santé mentale nous a paru traiter la tolérance à la folie de façon radicalement autre. La réhabilitation, dont nous avons isolé le principe actif dans la révision de notre deuxième opérateur - sous la forme d'une relation utilitariste au quotidien destinée à entraîner le patient à survivre au milieu des normes sociales extérieures - postule que le patient peut et doit, puisqu'il le peut, revenir dans le monde social « normal » afin d'y mener une vie épanouie. Si nous pouvons comprendre cette logique de normalisation comme une conséquence de la désinstitutionnalisation – idée que nous avons soutenue dans notre premier chapitre -, l'idéal d'autonomie alors imposé à ces personnes paraît n'avoir fait, de la part des professionnels qui le portent, l'objet d'aucun travail d'introspection ou de remise en question. La réhabilitation relève, au sens strict de la psychothérapie institutionnelle, d'un anti-accueil lorsqu'elle est pratiquée comme un entraînement à des habiletés sociales prêtes-à-porter, puisqu'elle consiste à réinsérer au

forceps le patient dans le moule social des soignants, au lieu de travailler ce moule social afin de le rendre plus flexible et tolérant à d'autres modes de rapport au monde.

C'est à travers ce fil de la tolérance et de l'interrogation des idéaux sous-tendant les pratiques professionnelles que nous entrerons dans la révision de notre septième opérateur : l'impératif de désaliénation ou, plus précisément, l'idée hippocratique dans son principe de ne pas suraliéner les patients/usagers.

Tableau récapitulatif

Opérateur 6 : La fonction d'accueil	
Sous-thèmes du corpus P.I.	Sous-thèmes du corpus actuel
/	Prélude : le rôle du secrétariat
Accueil distingué de l'admission	Accueil distingué de l'admission. Admission = recueil des demandes des usagers, accueil = capacité d'adaptation de l'institution et des professionnels
/	Pôle réceptif de l'accueil : la disponibilité
/	Pôle actif de l'accueil : l'adaptation
Reconnaissance du rôle des pairs dans l'accueil	Reconnaissance du rôle de l'échec et de la non-demande dans l'accueil
L'accueil comme tolérance à la folie	Pôle accueil comme tolérance : le « droit d'être fou »
/	Pôle réhabilitation comme un anti-accueil

Révision de l'opérateur 7 : L'aliénation protéiforme. Circulation des affects et des représentations entre usagers et professionnels

« L'organisation idéale d'un établissement, avec tout son système pour essayer de bien réguler les choses, ce serait d'appliquer une règle fondamentale, la plus traditionnelle qui soit en médecin (au sens noble) : la formule hippocratique qui est d'organiser tout ce que tu veux à condition de « ne pas nuire » (J. Oury & Roulot, 1996, p. 5)

*« Est-ce que c'est l'effet de l'âge mais j'ai perdu certaines de mes illusions... »
(14C60)*

Réviser notre septième opérateur ne s'annonçait pas chose aisée. D'une part, la référence à l'aliénation telle que conceptualisée par le marxisme et certaines théories sociologiques – à savoir la privation pour un sujet de la maîtrise de certains champs de sa vie, et par extension un sentiment de dépossession qui le rend étranger à lui-même (Coulangeon in Paugam, 2010) - est un référentiel théorique bien moins présent chez les professionnels d'aujourd'hui, sinon, comme le soulignait Elie Poullaude dans sa thèse de doctorat (2014), quasiment disparu. Si les phénomènes de violence sont parfois nombreux dans les services de soins, ceux-ci sont souvent interprétés comme relevant de la clinique individuelle des patients ou attribués aux difficultés en termes de personnels dans lesquelles se trouvent les équipes. Ce n'est qu'en de rares occurrences que l'explication en termes de personnels manquants cède la place à une réflexion sur les affects d'insécurité qui, nous l'avons déjà dit, peuvent infiltrer les structures de soins, extra-hospitalières comme intra-hospitalières. D'autre part, ce septième opérateur était le seul à être formulé de façon négative : ne pas suraliéner. Outre le vocabulaire un peu daté que nous ne retrouverions donc probablement pas, l'idée complexe qu'il nous fallait dénicher dans les discours de nos interviewés était celle d'une somme d'actions à ne pas faire, impliquant pour les professionnels concernés une reconnaissance

préalable des écueils qu'ils avaient traversés et des erreurs qu'ils avaient parfois commises. Finalement, le recours à l'analyse comme rempart contre l'aliénation paraissait, dans un champ de la santé mentale toujours influencé par ce courant mais de façon plus marginale, assez peu probable comme tel, et ce d'autant qu'aucune de nos questions ne portait spécifiquement sur les thématiques que nous venons d'énumérer. Contrairement à presque tous nos opérateurs qui impliquaient un impact et un appui sur la réalité matérielle, notre septième opérateur ne pouvait que compter sur la réalité psychique de nos interviewés, dont la réflexion professionnelle a parfois été fortement stimulée au moment même de notre venue par des passages à l'acte commis par des patients sur des soignants. Espérer retrouver des occurrences de cet impératif éthique et clinique de ne pas suraliéner impliquait donc tout d'abord d'entendre ce qui se passait lorsque, du point de vue des professionnels eux-mêmes, leur pratique était sinon aliénée, en tout cas sensiblement embourbée dans les tracas de leur quotidien.

A. Chronicité et fonctionnement opératoire : quand le vocabulaire psychopathologique permet de décrire l'expérience institutionnelle.

Nombreux étaient les professionnels à admettre d'emblée la nécessité de questionner leur travail, mais bien moins nombreux étaient ceux qui liaient directement, dans nos entretiens, la nécessaire variabilité de leur façon de travailler avec les caractéristiques cliniques des patients :

« une des difficultés avec le public avec lequel on travaille, qui peut se chroniciser facilement, je pense qu'on peut même vite être très ritualisés nous-mêmes, comme eux » (14E38)

« les patients qui sont pépère, qui ne bougent pas... ça ne pose pas problème, ça ne demande même pas à s'en occuper presque [...] Il y en a qui aiment bien les petits trucs pépère et puis je te dis, ça fait des années que ça marche comme ça, il y en a, même les soignants il y en a qui sont là depuis des années, tu ne renouvelles

pas, tu ne changes pas, c'est important de changer de travail, de temps en temps ou de vision... » (22ERG30)

Pourtant, de nombreux mots d'ordre circulaient dans les institutions où nous nous sommes rendue : ne pas céder au sentiment d'urgence véhiculé par certains patients, prendre conscience du morcellement et du clivage induit par la pathologie psychique et qui peut influencer les équipes – ce dont nous avons parlé dans notre quatrième opérateur au sujet de la nécessité de se réunir. Ces éléments que nous livraient les professionnels confirmaient que de façon purement empirique, ceux-ci avaient conscience de l'effet que produisait, chez eux, la proximité avec des personnes souffrant de troubles psychiques importants. Sur l'un de nos terrains en particulier, cette collusion entre la clinique individuelle des patients et la clinique institutionnelle était particulièrement forte : elle avait pris, de façon très transparente, le nom de « chronicité » :

« l'idée de simplement se remettre en question tous ensemble c'est quand même assez compliqué il faut vraiment ramer, on parlait de chronicité ce matin... de fait je pense qu'on a tous aussi notre responsabilité... qu'est-ce qu'on fait, qu'est-ce qu'on ne fait pas, qu'est-ce qu'on en met pas en place qui justement vient favoriser ou alimenter cette chronicité-là ? Et puis là c'est vraiment complètement institutionnel, c'est les mouvances qu'il y a eu [...] On doit aussi se remettre nous un minimum en question » (22P45)

Cette structure était un hôpital de jour situé dans un territoire rural, mais qui se trouvait à l'intérieur d'une petite ville d'un peu plus de 9000 habitants au moment de notre venue. La région, nourrie par l'activité agricole, connaissait de grandes difficultés économiques dont les patients soignés n'étaient pas exempts, et l'un des seuls prospectus scotchés au mur concernait un repas de charité organisé par l'association « Familles rurales » : plusieurs patients de cette structure étaient en effet agriculteurs ou fils d'agriculteurs de la région. Cet hôpital de jour, monté en 1991 – comme dans nombre de territoires reculés qui ne bénéficiaient des avancées du secteur et de la déshospitalisation que plusieurs années voire

décennies après les grandes villes – dans les locaux d’une ancienne clinique, était particulièrement vieux. L’ESPIC¹³⁷ dont il dépendait avait d’ailleurs décidé de transformer radicalement ses structures extra-hospitalières en les regroupant dans un bâtiment neuf : patients et soignants devaient déménager du lieu dans les six mois suivant notre venue. Nous nous étions donc retrouvée dans des locaux dont certains bureaux étaient encore – signe de leur vétusté – recouverts de moquette, et dont les murs étaient tapissés de papier peint déteint ou de crépis. Surprise par l’aspect vieillot de l’endroit et nous demandant quelles conclusions nous pouvions en tirer quant aux pratiques qui y avaient cours, nous n’en avons pourtant rien dit, d’autant que les professionnels semblaient s’être emparés, à notre place, des légitimes interrogations sur le rapport au temps de cet hôpital de jour :

« Lorsque j’arrive dans la grande salle le premier jour, les soignants se mettent tous à la même table pour boire le café. C’est à ce moment-là, qui ressemble à une mini-réunion, que j’explique à tout le monde ce que je fais là : ils savaient que je venais, mais ne savaient pas quand. La table est ronde, et pas assez grande pour que soignants et patients soient ensemble. Les patients sont donc parsemés à d’autres tables, buvant eux aussi leur café avec leurs médicaments. Le lundi matin n’a pas d’activités mais est destiné à la constitution du pilulier ; les patients s’occupent chacun du leur, et les infirmières préparent injections et traitements à donner au déjeuner depuis la porte du bureau de soins fermée par un petit meuble roulant avec les traitements. Les patients feront la queue pour avoir leurs cachets. [...] On me montre la feuille des patients, celle où sont notées les dates auxquelles ils sont arrivés dans la structure. La majorité des patients est arrivée avant 2010, certains même avant 2000. Une infirmière est d’accord : faire sortir les patients pose un vrai problème à la structure.

La chronicité est d’ailleurs un problème que la psychologue de cet hôpital de jour a mentionné dès mon arrivée : chronicité des patients peut-être, mais dans ses propos chronicité du lieu surtout. Tout comme cette infirmière qui me dit à mon

¹³⁷ Pour Etablissement de Santé Privé d’Intérêt Collectif. Ceux-ci sont souvent tenus par des associations loi 1901.

arrivée que « ça va être bien que [je] puisse donner des idées selon comment ça se passe ailleurs », ou une autre infirmière qui me dit que cet hôpital de jour n'est pas très ouvert sur l'extérieur. Sachant qu'il n'y a pas d'intervenant extérieur pour les ateliers et que nombre d'entre eux se font dans les murs... » (22JB-1)

S'il n'était pas de notre ressort de dégager les raisons qui sous-tendaient l'inertie relative régnant dans cette structure, nous avons en revanche été saisie par l'homogénéité des diagnostics de ces professionnels sur leur situation, alors même que leurs pratiques quotidiennes étaient rongées de désaccords et de non-dits. La confusion entre patients accueillis et pathologie institutionnelle était frappante : la moyenne des patients était là depuis plus de dix ans, et les professionnels se plaignaient de l'immobilité du lieu, se sentant impuissants face aux routines si bien ancrées. Un pacte dénégatif (René Kaës, 2014), sorte d'alliance inconsciente pour-ne-pas-dire, semblait pourtant avoir été noué entre plusieurs des professionnelles présentes, visant à nier le besoin d'aide au profit d'une tentative de maîtrise de la vie quotidienne qui les laissait parfois avec un fort sentiment d'impuissance à rester désirantes :

« Ce matin, je discute avec une infirmière de son activité mémoire : cela fait plus de 10 ans qu'elle en est en charge, et elle me dit qu'elle manque de motivation [...] Lors de l'entretien que je fais avec la Conseillère en Education Sociale et Familiale, celle-ci n'est pas très optimiste : elle me dit qu'au contact de cette structure elle s'éteint petit à petit. [...] Elle aussi dit que les résistances au changement sont fortes à cet endroit. » (22JB-3)

Ce pacte sur le négatif, éminemment défensif et destiné à maintenir un lien très fragile dans une équipe aux opinions et aux façons de faire divergentes, avait amené les professionnelles de cette structure, au moment de notre présence, à délibérément cacher à l'une de leurs patientes le suicide d'un jeune homme avec qui elle s'était liée et dont elle avait demandé des nouvelles, étonnée qu'il ne réponde pas à ses messages. La difficulté à dire dans cette institution, qui n'était pas sans lien avec les « zones de silence » créées par le pacte

dénégatif (René Kaës, 2013) témoignait en réalité d'une difficulté plus globale de la pensée, qui faisait écho tant à celle des patients accueillis qu'à celle repérée par d'autres de nos interviewés dans leur pratique quotidienne :

« une pensée aussi. Non mais c'est ça aussi qui peut se perdre, c'est que pris dans la pratique et tout ça... ça va vite dans le « qu'est-ce qu'on fait ? » quoi, enfin on a un côté opératoire en fait » (69PH30)

« l'objectif c'est ça, ce n'est pas de faire à notre sauce et de les emmener là où on connaît parce qu'on se dit "tiens, là c'est bien". Oui, c'est peut-être bien, sauf que si le patient ne veut pas ça hé bien ce n'est pas ça » (03AS26)

Si comme le disait Pierre Delion « la chronicité est une dimension basale de la maladie mentale » (Delion, 2004, p. 8), la notion de chronicité est extensible à toute structure dans laquelle peut se développer de la pathologie psychique et des symptômes, notamment lorsque ladite structure travaille avec des patients souffrant de troubles mentaux. L'isomorphisme entre problématiques des patients et vécu institutionnel, que nous avons souligné à plusieurs endroits de ce chapitre à travers le vocabulaire psychopathologique employé par les professionnels pour parler de leurs propres situations, est ici palpable en tant que l'institution est amenée à alphabétiser les contenus projetés sur elle par les patients, autrement dit en tant qu'elle récupère l'impensé de ceux qu'elle accueille et qu'elle tentera de transformer en contenus psychiques tolérables. L'échec plus ou moins partiel de ce processus d'alphabétisation peut résulter, comme dans l'hôpital de jour où nous nous trouvons, en un ressenti brut, par les professionnels, de ce qui traversait les patients en présence. Comme nous l'avons souligné dans notre quatrième opérateur, la solidité de l'équipe est un facteur déterminant pour attraper dans le filet institutionnel les morceaux de transfert déposés par les patients/usagers, mais surtout pour les traiter.

Pour transformer plus largement tous les types d'éléments réceptionnés afin qu'ils puissent être restitués aux personnes accueillies et servir de « petites briques » à leur pensée (Ferro, 2012), la solidité du lien interprofessionnel et de l'élaboration des canaux de communications de l'équipe est tout aussi déterminante : il s'agit à notre sens d'une forme de

fonction alpha collective. Tout défaut d'élaboration à ce niveau risque en revanche de laisser les professionnels seuls face aux mouvements d'identification projective des patients, du fait desquels ils se trouvent inconsciemment porteurs de ces contenus « non-digérés » que sont les éléments-bêta (Bion, 2001, p. 25). Leur fonctionnement opératoire (Smadja, 1998) est alors à comprendre non comme le symptôme d'un désintérêt progressif des professionnels pour leur travail au profit de leur vie privée, mais plutôt d'une défense majeure consistant à se déconnecter des éprouvés reçus des patients et des leurs propres afin d'arriver à travailler malgré tout.

L'expression qui semblait caractériser une solution pour se tirer du fonctionnement opératoire rappellera notre sixième opérateur : il s'agit de la mise en branle de la capacité d'*adaptation de leur appareil psychique* face aux nouvelles exigences de la réalité (Freud, 1911b/2009, p. 15), adaptation qui suppose chez chaque professionnel une certaine labilité qui ne soit pas empêchée par des alliances inconscientes institutionnelles :

« On a finalement pas tant de souplesse que ça, pas tant de capacité d'adaptation que ça. [...] je ne suis pas sûre qu'on soit capables de dire "on va bouleverser notre heure de réunion de synthèse parce que tous les patients sont disponibles le mardi matin pour faire tel groupe qui pourrait les aider". Je ne suis pas sûre qu'on soit capables... de modifier finalement nos habitudes. Facilement. De bousculer les fonctionnements. » (94PM42)

« quelques fois leur expliquer que s'il y a des troubles du comportement c'est peut-être lié aussi à une façon d'être de leur part qui n'est peut-être pas adaptée à la personne... c'est aussi un travail de diplomatie hein, parce que ce n'est pas toujours facile » (59I55)

Cette dimension opératoire du travail vient également cacher le bénéfice secondaire important de pratiques répétitives et presque apathiques, en tant qu'elles rassurent et ne mettent pas narcissiquement en danger les sujets pris dans leur environnement professionnel. La proximité avec les élaborations freudiennes autour de la bataille entre Eros et Thanatos est là flagrante et transparente : elle confirme que comme tout organisme vivant, l'institution

elle-même est sujette à des mouvements pulsionnels mortifères qui, plus que l'attirer dans l'autodestruction, la font tendre vers une inertie maximum.

Si ces pratiques opératoires peuvent être considérées comme l'envers des explosions de violences auxquelles les professionnels ont parfois été confrontés lors de notre présence auprès d'eux, il nous semble qu'elles cachent une double aliénation potentielle par leurs contenus psychiques. Il s'agit d'une forme d'aliénation passant par les affects, compris avec W.R. Bion comme des contenus bruts sans filtre représentationnel, et de l'autre côté une aliénation passant par les représentations et notamment l'idéal : idéal du bon usager tout d'abord, idéal de soi-même en tant que professionnel ensuite, auxquels correspondent par moments la désidéalisations de l'un comme de l'autre, des usagers autant que du système. User de la théorie bionienne nous permettra de faire nôtre cette hypothèse de Fernando Riolo au sujet du cadre analytique, et de proposer son application au cadre institutionnel :

« En résumé, le processus de transformation naît des interactions entre *toutes* les dimensions et *tous* les objets présents dans le champ analytique. Toutes les fois que l'une de ces composantes usurpe la place des autres en raison de sa densité – qu'elle soit sensorielle, émotionnelle ou rationnelle – l'un des niveaux du champ à observer en est obscurci et exclu : *le sujet obscurcit l'objet, le conscient l'inconscient, l'action la pensée, l'intersubjectif l'intrapsychique, l'externe l'interne, et vice versa* » (2008, p. 185)

Cette hypothèse vaut également pour l'interprétation de notre matériel : ainsi, si nous sommes amenée pour les besoins de la démonstration à dissocier plusieurs types de mouvements psychiques que nous avons retrouvés dans nos entretiens et qui nous paraissent caractéristiques de la conscience que peuvent avoir les professionnels de leur façon d'aliéner les patients dans des affects ou idéaux qui ne sont pas les leurs, rappelons que cette distinction est didactique et que dans l'analyse aucune de ces composantes ne doit écraser les autres, sous peine de méconnaître les racines de certains symptômes institutionnels et d'obscurcir ce que nous souhaitons au contraire éclairer.

B. Une aliénation par les affects ? Effets de la circulation d'éléments-bêta sur l'ambiance.

Il nous a semblé nécessaire de dissocier affects et représentations dans les mouvements psychiques des professionnels car ceux-ci évoquaient deux thèmes d'égale importance dans leur positionnement vis-à-vis des patients ou usagers : leur humeur du jour et leurs soucis quotidiens, champ assez flou dans la description mais très précis dans la localisation car consciemment lié à leur vie personnelle (et inconsciemment influencé par leurs interactions avec les patients), qui entretient avec l'ambiance des services une relation de corrélation à double sens ; leurs projets pour les patients, de l'ordre de mécanismes de projection de représentations qui peuvent contribuer à masquer les envies véritables des sujets en face d'eux. Nous nous concentrerons dans les lignes qui vont suivre sur la relation entre ambiance dans le milieu et humeur des professionnels. Nous nous référerons à la fonction-alpha mais irons plus loin en prenant appui sur la théorie tardive élaborée par Bion des cycles de transformation. Ces élaborations nous semblent en effet particulièrement éclairantes lorsque l'on s'attaque à des phénomènes institutionnels en prise avec le Réel et une fragmentation des lieux de parole (par opposition aux dispositifs de psychanalyse groupaux, par exemple, dans lesquels les dimensions fantasmatique et thérapeutique du groupe sont plus prégnantes).

C'est une psychologue exerçant dans l'établissement où nous nous étions rendue pour faire nos entretiens de cadrage qui nous a mise sur la piste bionienne en parlant de transformation :

« transformer l'agressivité qu'on peut ressentir vis-à-vis de tel collègue, le truc qui nous a énervé, le remettre à un niveau clinique, le séparer de la personne qui parle et le travailler à un niveau clinique » (C60P33)

Nous l'avons dit plus haut, les émotions ou affects éprouvés¹³⁸ qui ne font pas l'objet d'un travail de pensée conscients peuvent être classés parmi les éléments-bêta. Rappelons, pour aller plus loin, que Bion appuie bien sûr sa théorie des rapports entre les éléments-bêta et alpha sur le processus de liaison/déliaison entre affects et représentations conceptualisé par Freud, selon lequel les premiers peuvent atteindre la conscience et faire l'objet d'une élaboration psychique destinée à en dompter la force si et seulement si ils trouvent à se lier à une représentation visuelle ou verbale¹³⁹.

Pierre Delion et René Roussillon, notamment, ont développé leurs conceptions de certaines fonctions institutionnelles ou liées au dispositif analytique grâce à ces lectures bioniennes. Ainsi en va-t-il des rapports entre fonction phorique, fonction sémaphorique et fonction métaphorique : chez Delion, la fonction phorique est l'équivalent institutionnel du holding winnicottien, la fonction sémaphorique consiste à « mettre son appareil psychique de soignant à la disposition de cette souffrance » qui s'exprime dans l'institution notamment par la projection d'éléments-bêta dans l'espace potentiel institutionnel, donnant naissance aux mouvements contre-transférentiels et aux contre-attitudes qui indiquent le processus de portance à l'œuvre, tandis que la fonction métaphorique est à comprendre comme la fonction alpha institutionnelle, c'est-à-dire le « travail de transformation » des éléments-bêta (Delion, 2011). Roussillon, qui utilise lui aussi l'idée du sémaphore, explique que l'espace « sémaphorisant » est producteur de signes, « producteur de transformation » (Roussillon, 2001). C'est bien la fonction sémaphorique qui retient toute l'attention des théoriciens lorsqu'il s'agit de l'ambiance :

« Cette fonction, décrite par Delion, Balat et Roussillon comme « sémaphorique », doit être l'objet de la plus grande attention dans la mesure où elle est tout particulièrement la condition la plus importante de l'élaboration du contre-

¹³⁸ L'affect étant, selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, une « disposition affective élémentaire ». Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/definition/affect>. Consulté le 17 août 2018.

¹³⁹ Bion se réfère explicitement aux *Formulations sur les deux principes de l'advenir psychique* (Freud, 2009b).

transfert institutionnel et des phénomènes de résonances dont certains effets ont été décrits par Stanton et Schwartz » (Robin, 2013, pp. 189–190)

Au regard de la récurrence du concept de transformation pour décrire le processus sous-jacent à la fonction « sémaphorisante », il est étonnant de constater que les auteurs cités ci-dessus ne se réfèrent qu'à une partie de l'œuvre bionienne (celle d'*Aux sources de l'expérience*) et pas à son ouvrage pourtant éponyme, *Transformations*. Le dernier apport majeur de Bion est certes ardu à la lecture voire opaque, mais il recèle à notre sens le concept nécessaire pour faire réellement le pont entre la fonction-alpha et la fonction sémaphorique. Dire que la fonction sémaphorique est la condition d'une transformation possible ne permet en effet pas de donner un modèle de ce qui se passe *au cours* de l'élaboration. Ainsi, partant du principe que la fonction alpha transforme les éléments-bêta en éléments-alpha moins bruts et plus élaborables, Bion imagine des *cycles* de transformations d'éléments-bêta en éléments-alpha psychiquement plus digests dans lesquels, à partir d'éléments subissant une première transformation, se stabilise un état qui deviendra lui-même la base d'un deuxième cycle de transformations en fonction du résultat du premier. Cette notion de cycles de transformation nous paraît pertinente pour décrire l'associativité dans les groupes et par extension pour penser la contenance et la fonction sémaphorisante déployée par toute institution en prise avec des personnes en souffrance psychique. Bion en donne dans *Transformations* une illustration au moyen de la représentation de plateaux de billes. Précisons ici que O, dans la théorie des transformations, est la chose en soi, l'expérience singulière et inconnaissable du patient :

« Imaginons qu'un plateau contienne un certain nombre de billes de couleurs et de tailles différentes (1, 1 1/2 et 2cm de diamètre). Ces couleurs et ces tailles sont des « dimensions ». Posons comme règle que doivent être placées dans un autre plateau autant de billes de 2cm de diamètre qu'il y a de billes vertes dans le premier plateau. Lorsque cette opération aura été complétée, les billes du second plateau représenteront une transformation de l' « espace » représenté par les billes de couleurs et de tailles différentes contenues dans le premier plateau. [...]

La collection du premier plateau représente l' « espace » que j'ai désigné par O. La règle présidant à la disposition des billes dans le second plateau représente l'activité mentale que j'ai désignée par $T\alpha$ [...] Les billes du second plateau représentant la transformation que j'ai désignée par $T\beta$ (ou $Ta\beta$ si elle est opérée par l'analyste). Je peux à présent utiliser les billes du second plateau comme le O d'une nouvelle transformation. Ce que je désignerai de la manière suivante : O (2e cycle) = $Ta\beta$ (1er cycle). [...] une fois l'opération complétée, les billes du troisième plateau représentent un état que je désigne par $Ta\beta$ (2e cycle). Celui-ci peut à son tour constituer le point de départ d'une nouvelle opération similaire aux deux précédentes mais formant à présent le troisième cycle de transformation » (1982, p. 145)

La logique des cycles de transformation permet de penser la fonction alpha non tant dans le cas d'une situation donnée qui par l'élaboration se trouve résolue, mais comme un processus dont le résultat est en réalité toujours le point de départ d'un nouveau travail d'élaboration.

Grâce à l'appui de l'analyse des mouvements inconscients qui traversent les professionnels, les échecs de la fonction sémaphorisante ou de transformation se conçoivent moins en termes de responsabilité individuelle qu'en termes de fonction alpha institutionnelle empêchée. Si le fonctionnement opératoire des professionnels est un symptôme, qu'ils détectent eux-mêmes, de l'impossibilité d'opérer des cycles de transformation, quelles raisons repèrent-ils à cela ? Citons tout d'abord les mots qu'avaient séparément mis une jeune infirmière et sa cadre sur le contexte tendu du service dans lequel elles exerçaient :

« comme une réaction en chaîne une autre comme on a une ambiance de service un peu pourrie tous les patients qui sont très sensibles à ça ils explosent et puis nous ça nous fait exploser enfin ça nous met mal donc les autres sentent qu'on est mal et puis ce sont les réactions en chaîne qui font qu'on a du mal à enrayer tout ça mais... c'est fou, quand on vient travailler, on arrive dans le couloir on sait

comment ça va être dans le service enfin ça peut parfois, de sentir cette ambiance super lourde et qui... qui est présente quoi. » (25I23)

« je me rends compte que l'environnement est aussi instable de par le mal-être des soignants, de par ce qu'ils vivent et de par ce manque de positionnement de l'institution » (25C41)

L'ambiance de service semble fortement connectée au « mal-être » des soignants, mal-être dont il est évident qu'il est plurifactoriel et lié, comme le notait Oury, au travail de la fonction sémaphorique (Delion, 2006). Il nous semble toutefois que de ces facteurs du mal-être des soignants qui composent l'ambiance, il faut éclairer le plus endogène et le plus immédiat : celui de la vie personnelle des professionnels. Nombre d'entre eux avaient en effet conscience qu'ils étaient leur principal outil de travail, et que leur propre santé psychique ou plus simplement leur humeur influençait nécessairement l'outil qu'ils mettaient à la disposition des usagers :

« On accompagne des personnes en grande souffrance, et la souffrance il faut pouvoir l'accueillir aussi. Des fois ce n'est pas simple. Il y a des périodes, quand on est en forme ça va, on arrive à prendre de la distance, à accueillir, à mettre des mots dessus, et des fois c'est plus difficile, les moments où on est plus fragile dans sa vie, on voit que c'est... C'est compliqué. » (14E38)

« Puis même s'il y a des moments où tout va bien c'est vrai qu'il y a des moments aussi où nous dans notre vie personnelle on n'a pas forcément la tolérance aussi quoi, donc on travaille avec ce qu'on est automatiquement. Ce n'est pas toujours facile. » (22I56)

« ça demande du, de l'énergie (rit), ça demande du temps et de l'énergie et l'énergie tu ne l'as pas tous les jours, des fois tu es moins disponible, tu es moins patient enfin tu as pu observer il y en a qui te... ce sont des patients qui te demandent beaucoup de patience, dans leurs demandes, dans leurs attitudes [...] Donc là c'est bien de peut-être passer le relais, ou... ça c'est important de savoir un

peu... oui, passer le relais aussi. Il y a des jours où tu vas être plus disponible que d'autres, clairement, parce que tu vas être plus fatigué, plus agacé. » (67I30)

« je crois que si on arrive au boulot angoissé ou avec quelques soucis, on en a toujours, ils transpirent ces soucis et on ne peut pas être disponible pour l'écoute des résidents » (15ISP63)

« dès qu'il y a des clashes... nous on ne connaît pas ça ici, mais je sais que dans d'autres services il y a des conflits et forcément ça se ressent aussi sur le soin auprès du patient tu vois. » (67I30-2)

Si l'on a souvent à l'esprit que le travail avec des patients souffrant de maladies mentales affecte nécessairement celui qui l'effectue, il est important de rappeler que la dialectique de l'instrument offert à l'usager par le professionnel suppose de pouvoir se mettre au service de, et que cette disponibilité ne va pas de soi sous le seul prétexte de son statut et de son métier. Là encore, il s'avère que les professionnels ont à faire un véritable travail psychique d'élaboration de leurs propres tracas afin de laisser une place pour accueillir ceux des autres : ainsi prend-on la mesure de la fragilité d'une chaîne de transformations dans un groupe ou dans une réunion tant chacun, selon son humeur du jour, peut malgré lui faire obstacle au processus d'alphabétisation visant à élaborer les contenus déposés au quotidien par les patients. La solidarité et l'entraide souvent évoquées par les professionnels permettaient à ceux qui le pouvaient de venir au secours de ceux dont les capacités psychiques d'adaptation étaient déjà mises sous tension par leurs propres vies. Cette solidarité et cette entraide s'étaient parfois matérialisées sur nos terrains, notamment dans une unité d'hospitalisation que nous avons visitée à une époque où elle se trouvait en difficulté du fait du manque de personnel et dans laquelle, en une journée, une patiente s'était écroulée au petit-déjeuner avec 18 de tension – l'équipe avait d'ailleurs donné sens à ce malaise en disant que cette patiente avait été atteinte par l'ambiance du service – et une infirmière avait dû être transportée aux urgences après une crise d'angoisse.

Si la capacité de traiter les contenus psychiques déposés par les patients et plus globalement d'assainir l'ambiance est un élément essentiel du travail en santé mentale et tout particulièrement dans les services de psychiatrie, le fait de pouvoir ne pas aliéner les patients

dans les tensions internes des professionnels – c'est-à-dire, en tant que soignant, de ne pas laisser des problématiques personnelles infiltrer son activité – nous paraît être un travail tout aussi important car préalable à la disponibilité caractéristique de la fonction d'accueil. La reconnaissance de la faillibilité de leur outil de travail permet également aux professionnels de se montrer sensibles à la sollicitude des patients, et ainsi de reconnaître que la relation soignant-soigné est à double sens et ne se soucie pas des statuts ni des semblants :

« ici tu ne me verras jamais fâchée, j'ai toujours le sourire, toujours un petit mot pour un patient même si dans ma tête ça peut bouillonner à 200 à l'heure je me dis non ici c'est mon travail, voilà, je suis là pour être avec eux, je dis : mes soucis, je les récupère quand je repars. Tu vois personne ne saura même si tu as envie de pleurer, non ce sont des choses que je me dis... ils ont leurs soucis, ils n'ont encore pas besoin de voir qu'un soignant n'est pas bien ou ci ou ça. Parce qu'ils sont très perspicaces, ils les sentent les choses ! Tu arrives, "ah vous n'avez pas dormi ?", "Si si...", "ah non parce qu'aujourd'hui vous n'êtes pas maquillée comme d'habitude", tu sais, des petits trucs comme ça » (25ASH52)

L'extrait de cet entretien avec une Agente de Service Hospitalier nous paraît résumer ce qui se joue là pour les acteurs en présence : souhaitant bien faire et protéger les patients de mouvements psychiques dont ils savent qu'ils sont strictement les leurs, les professionnels sont régulièrement amenés à vouloir laisser leurs problèmes à la porte, précisément pensons-nous pour ne pas rajouter leur aliénation psychopathologique plus ou moins forte à celle que subissent les patients de plein fouet. Si l'intention est louable, elle est toutefois mise en échec de façon intéressante par la particularité du travail avec des patients souffrant de pathologies au long cours, et a fortiori de troubles psychiques, qui les rendent particulièrement sensibles aux éléments bêta non-représentés. Les tactiques conscientes se heurtent au roc de l'Inconscient, de l'insu et de ce qui transpire, pour reprendre les termes d'un de nos interviewés, au profit de rapports plus équilibrés dans lesquels le rôle de soignant et le rôle de soigné se complexifient du fait de la promiscuité dans une vie quotidienne même limitée dans le temps.

Cet avatar de notre septième opérateur, axé sur les éprouvés et les choses en soi - pour reprendre un terme de Bion - circulant dans l'institution, trouve son pendant et son complément dans un type d'aliénation qui touche plutôt aux représentations et notamment à l'idéal.

C. L'aliénation à l'idéal et la vie réussie.

Comme nous l'avait confié une interne de psychiatrie, *« forcément une institution attend quelque chose de ses malades »* (14IT29). Nous ne traiterons ici volontairement pas de ce que les malades peuvent attendre de l'institution, car nous tenons à rester centrée sur l'aliénation dans laquelle les professionnels et les institutions peuvent, à leur insu, immerger les usagers. L'idée que toute institution attend quelque chose de ses malades se décortique en deux éléments complémentaires : d'une part, l'institution forme un idéal de ce que serait un bon patient, un bon pensionnaire, un bon bénéficiaire. Cette représentation du bon usager condense, telle un rêve, toute une somme de représentations qui s'agrègent et rendent parfois difficile le fait de savoir d'où précisément provient le modèle en fonction duquel les professionnels pratiquent :

« le gros défaut je crois qu'on a en début de carrière c'est partir dans un idéal : dans un idéal on a son appart, on a son ci, on a son ça. Et c'est notre idéal à nous ou de la société, ce n'est pas l'idéal de la personne » (59E34)

« c'était intéressant quand même de voir que finalement le patient on projette énormément de choses sur lui : qu'il risque de décompenser, qu'il a trouvé une stabilité en famille d'accueil, si on commence à remuer les questions ça ne va plus fonctionner...» (03P26)

En lien avec ces attentes institutionnelles, l'utilisateur lui-même peut se conformer plus ou moins fortement à ce que l'institution attend de lui.

« il y en a qui viennent avec des idées préconçues mais parce qu'aussi on le leur a dit, alors ils viennent aussi un peu se décaler de quelque chose qu'on leur a assigné.

Toi tu es bipolaire, toi tu es fils de bipolaire donc tu peux être bipolaire, ou toi ta

maman était Alzheimer tu vas être Alzheimer donc parfois si, si, ils viennent avec ces mots, ces étiquettes mais qui leur donnent plus d'angoisses, d'autres angoisses que celle de dire « qu'est-ce que j'ai docteur ? » « Qu'est-ce qui ne va pas ? » (59PH54)

« pour réintégrer quelqu'un et le stigmatiser le moins possible dans la société sans doute qu'avoir un travail c'est aussi extrêmement important, je ne dénigre pas [...] sans doute que c'est plus facile d'imaginer travailler, avoir un pavillon un chien et une femme que d'imaginer autre chose, on ne peut pas leur en vouloir non plus » (94PM42)

Ce versant critique de l'attention portée à ce que l'on projette sur les personnes que l'on accueille était, sans grande surprise, plus présent chez les professionnels qui utilisaient des référentiels psychodynamiques ou P.I. que chez des praticiens exerçant les TCC, dont le principe est au contraire de trouver chez le patient des ressources psychiques qui lui permettront de se conformer à un idéal social plus désirable et plus confortable. Il existait toutefois, nous semble-t-il, une face complémentaire de la figure idéalisée du bon usager, qui ne prenait pas la forme d'une critique mais celle, pourrions-nous dire, d'un crédit de compréhension du monde. Celui-ci était plus souvent, mais pas exclusivement, évoqué par des professionnels aux référentiels TCC, probablement du fait des mouvements du rétablissement et de la déstigmatisation des malades. La dimension des capacités cognitives était en effet bien plus présente chez eux, et en premier lieu la capacité de compréhension des enjeux de la maladie et des bénéfices des traitements, à laquelle étaient rattachées les possibilités d'auto-détermination de chacun :

« je te l'ai déjà dit mais je te le dis là, on me prend souvent pour une nana qui... on me dit " tu t'acharnes pour rien, il ne comprendra pas ou il n'y arrivera pas", on me dit souvent que je m'acharne pour rien mais j'y crois moi. J'y crois et ce n'est pas complètement décalé parce que je me rends compte qu'effectivement quand on pense qu'ils sont capables, ils sont capables de vachement de trucs en fait mais si

on part du principe d'avance qu'ils ne sont pas capables c'est sûr qu'ils n'y arriveront jamais » (03I34)

« je me souviens très bien on a fait une réunion en 1999 sur l'information du patient sur la schizophrénie. On a fait une communication avec une collègue qui s'intéressait aussi à ça, sur informer le patient de sa maladie. Il y avait des gens très bien dans la salle, des gens que je respecte beaucoup hein (silence), et on avait l'impression qu'on débarquait de Mars, donc 1999 c'est pas très vieux, ça fait 17 ans, ça ne fait pas... Enfin si vous prenez ça à l'échelle de l'histoire de la psychiatrie. En tout cas à l'époque c'était quand même très très révolutionnaire, et les gens disaient, y compris encore une fois des gens tout à fait respectables, "mais dire à un patient de toute façon il ne va pas comprendre, il ne va pas assimiler, il oubliera" » (03PH66)

« Donc moi je me donne, très jeune je me suis obligée à ne pas enfermer les usagers dans un hypothétique parcours qui serait éclairé par ma théorie à moi hein, j'ai fait le contraire, j'ai accompagné l'utilisateur, la personne, je lui ai donné des outils de compréhension, et en ça je pense que j'ai participé à sa transformation pour le coup [...] » (73DXX)

On constate ici que les professionnels se posent, par leur aide, leurs explications et leur combat contre la stigmatisation, comme des alliés des usagers face à un monde qui tend à les enfermer et les aliéner dans une conception réductrice de ce qu'est un malade mental ou un handicapé psychique. Les professionnels axés sur la réhabilitation évoquaient moins souvent le rapport entre leur propre idéal de vie et la vie que menaient les patients dont ils avaient la charge, et prenaient ainsi moins en compte l'aliénation par le langage, qui fait déjà de la définition d'un idéal un risque de placage des valeurs de l'un sur l'autre.

Se débarrasser d'un idéal, ou plutôt se défaire de son idéal personnel afin de laisser de la place à celui de l'autre, ne va pas de soi. Deux types d'éléments déclencheurs apparaissent à ce sujet dans le discours des professionnels, sous la forme de l'impossibilité – émergence très transparente de la prise de conscience d'une forme de castration qui touche également à la sphère et l'action professionnelle – et de l'écoute : celle des désirs de l'autre, l'utilisateur.

L'impossibilité venait souvent remettre en question ce qui pour les professionnels - vecteurs conscients mais parfois aussi malgré eux de normes sociales - constituait une vie réussie pour ceux dont ils prenaient soin, sous la forme d'une révision de leurs objectifs « *à la baisse* » (15COR34). La question de l'écoute du désir, quant à elle, pouvait quasiment donner lieu à des effets analytiques concernant directement ce que les professionnels considéraient comme une vie *bonne* et *satisfaisante* pour eux-mêmes et pour les autres.

Un certain continuum nous semble repérable entre l'idée assez normopathique et plaquée d'une vie réussie (forme la plus idéalisée et la moins vivante du projet de chacun) jusqu'à l'idée d'une vie bonne puis, encore plus loin, la conception d'une vie non pas « bonne », mais satisfaisante pour le sujet (et en cela, *suffisamment bonne*). Ce continuum que nous avons eu le sentiment de retrouver dans les discours des professionnels – qui sur cette ligne n'en étaient pas tous au même point – nous a semblé indiquer un chemin possible vers l'écoute des usagers qui passait toutefois, et cela est important, par une phase d'échec de l'application des représentations des professionnels dans le réel, échec qui n'est pas en lui-même celui de l'action professionnelle mais l'effet de la castration imposée par la clinique de certains sujets :

« A la base dans l'idée c'est qu'il y ait toujours un objectif professionnel derrière, on se rend compte dans la réalité que ce n'est pas vrai et qu'il y a des patients pour lesquels on n'arrivera pas tout de suite et peut-être jamais à ça » (94PXX)

« Je pense que la question c'est d'être en travail tout le temps, ça c'est vraiment important, mais après est-ce qu'il y a, est-ce que c'est une idéologie, est-ce que c'est une référence théorique qui doit nous guider, je n'en suis pas certain hein (rit). » (14PH61)

« Souvent on a cette idée quand même qu'on a réussi à partir du moment où on a fait en sorte que le patient accède à un travail... on sait très bien qu'il y a des patients qui n'accéderont jamais à cette réinsertion professionnelle mais par contre qu'on peut nous accompagner pour qu'ils arrivent à vivre tout simplement de manière autonome » (94ER40)

*« je pense qu'on va vers l'extérieur mais il y a des gens qui ne peuvent pas bouger »
(15ISP63)*

« ce n'est pas parce qu'on dit au patient "c'est vous qui décidez maintenant, vous êtes l'acteur de vos soins" qu'on lui dit démerdez-vous, parce que cette personne-là que vous avez en face de vous elle attend quand même de vous, soignant, que vous lui donniez des outils. Certes que vous ne lui dictiez pas les choses, que vous entendiez ce qu'elle souhaite mais que vous lui donniez des outils et que vous marquiez des limites aussi sur ce qui est possible, pas possible » (03PH66)

« si le résident se sent bien déjà sur l'unité où il est, il se sent heureux et il n'a pas envie d'aller ailleurs, je ne vois pas pourquoi j'irai le pousser parce que le travail c'est dit plus normal [...] quand un résident lors de son projet personnalisé ou une synthèse qu'on fait me dit ouvertement "moi je veux rester ici, je ne veux pas aller ailleurs", je me pose moins de questions » (15COR34)

« il faut qu'on soit très modestes dans nos propositions et dans nos projections, parce que malgré tout ça passe aussi par la projection des équipes pour un devenir pour le résident, au-delà de lui-même. » (15C52)

Nous pourrions ainsi formuler une hypothèse au sujet du mur d'incompréhension que nous avaient rapporté certains professionnels lorsqu'ils tentaient de convaincre leurs collègues du bien fondé de démarches appuyées avant tout sur une tentative de mise à l'écoute et de compréhension minimale des désirs des usagers. Tous les professionnels ont dû se confronter à ce qui, de la clinique des patients, inflige un revers à l'action soignante au sens large, confrontation dont nous avons déjà dit à quel point elle touchait profondément le narcissisme des personnes concernées. Le désinvestissement auquel les professionnels les plus convaincus s'étaient heurtés peut ainsi être compris comme une défense vis-à-vis d'un épais sentiment d'impuissance et de culpabilité lorsque leur action est mise en échec. La motivation pleine de convictions et soutenue par les outils de la remédiation cognitive et de la réhabilitation psychosociale ne serait, par rapport à cette castration que nous pensons première, que la face inversée d'un mouvement de désinvestissement, sorte de défense maniaque contre les éprouvés dépressifs traversés par les professionnels lors de crises dans

le processus d'accompagnement. Il ne s'agit pas là de dire que les praticiens ayant accepté cette forme de castration travaillent mieux que leurs collègues qui s'en défendent, mais bien de souligner l'importance cruciale de cette question tant pour les professionnels que les patients. Interroger ce que l'échec clinique fait aux soignants permettrait de travailler deux éléments dont nous avons tenté de montrer tout au long de nos développements à quel point ils étaient complémentaires, à savoir l'élaboration des investissements narcissiques de chacun dans son travail de soin ou d'accompagnement, charriant nécessairement avec elle des idéaux et des représentations qui doivent être autant que faire se peut séparés du travail clinique afin de protéger les professionnels de mouvement trop dépressifs en cas d'insuccès, et de l'autre côté la possibilité pour les patients et usagers de s'exprimer pleinement sans crainte de n'être pas réellement écoutés. Autrement dit, encore une fois, l'ambiance des services et leur capacité à accueillir les patients au sens fort du terme – c'est-à-dire à reconnaître le caractère singulier de leur désir et de leurs demandes –, parce qu'elle dépend de l'aptitude individuelle et collective des professionnels à accueillir les demandes, nécessite pour être travaillée que chacun puisse élaborer son propre désir de réparation et ses échecs potentiels.

Cette ébauche d'élaboration, qui tout comme à l'époque de la psychothérapie institutionnelle n'implique pas nécessairement d'envoyer tous les professionnels en analyse ni de faire de la psychanalyse le référentiel principal des pratiques, nous est apparue toujours présente chez nos interviewés, sous la forme d'un travail de vigilance à leurs mouvements internes et de réflexivité sur leur position. Là encore, ce travail d'élaboration n'était pas dans les faits à l'œuvre chez tous, mais semblait questionner suffisamment de praticiens différents pour que nous puissions le considérer comme un élément au travail comme en tâche de fond, autrement dit dont l'absence sur le plan conscient permet de supposer un mécanisme de déni ou de pacte dénégatif sous-jacent.

D. Au cœur de la désaliénation, la vigilance et la réflexivité.

Souvent, la conscience du hiatus entre pratique idéale et pratique réelle apparaissait dans nos entretiens à partir de récits de situations difficiles ou vécues comme absurdes par les professionnels :

« cette dame est en difficulté avec une façon de raisonner sa vie, mais le raisonnement est-ce qu'on va le trouver pathologique, on va mettre « troubles du jugement et du raisonnement » ?, là j'ai trouvé qu'il ne fallait pas exagérer, il n'y a pas de normes dans tout ça... je trouvais que c'était abrutissant ça [...] si on n'agit que sur l'angoisse, on lui met des traitements, qu'est-ce qu'on fait ? On lui dit « surtout ne soyez plus angoissée, allez-vous coucher tôt » ? » (59PH54)

« On a un travail... Où la banalité est dangereuse, je trouve... c'est « ça va de soi » quoi. [...] Et il faut se méfier de ça parce que nous-mêmes on pourrait s'habituer à des choses terribles. Je trouve que le questionnement de l'éducateur ici, comment on se questionne nous sur ce qu'on fait [...] Et je pense que les cadres, il faut qu'ils soient sensibles à ce travail-là qu'on fait nous tout le temps, et ça je pense que ça leur échappe, ils trouvent que ça devient comme une évidence, où genre même n'importe qui pourrait le faire... Enfin quelque chose comme ça, alors que ça ne va pas de soi. » (14CUI41)

« ici au départ il y avait une phrase, moi je n'ai pas connu, la légende dit que c'était écrit au-dessus de la porte du Foyer à l'intérieur : « ici vous trouverez tout, sauf de l'aide » et je pense que c'est vachement important, c'est-à-dire que ça peut être très violent dit comme ça, mais moi je ne suis pas là pour aider les pensionnaires. Je suis là pour faire en sorte qu'ils souffrent moins etc., et de les accompagner à... dans leur désir de eux, moins souffrir, voilà, mais moi je ne suis pas là pour les aider, enfin il y a un truc un peu comme ça » (14E43)

L'idée d'une vigilance à l'aliénation rampante – que cette aliénation prenne la forme des diagnostics et des protocoles de soins balisés, de l'inertie et de la chronicité dont nous avons parlé, ou d'un désir de réparation massif car non-élaboré - prenait sans nul doute appui sur une conscience politique aiguisée qui allait au-delà du simple positionnement professionnel. Cette vigilance était bien plus souvent dite comme telle par des professionnels qui portaient avec eux le référentiel analytique ou psychothérapie institutionnelle ; elle nous semblait

cependant être une version plus aigüe de la nécessité de « se poser des questions », que nous avons rencontrée de façon plus large et plus variée chez nombre de nos interviewés :

« toujours interroger, en disant mais est-ce qu'on est bien dans notre philosophie d'approche ou nos valeurs, est-ce qu'on est bien là-dedans, est ce que c'est ça ? » (85C57)

« on se repose à chaque fois la question d'un projet. Ca je trouve que c'est plutôt positif pour le coup. Tu vois c'est qu'on est moins dans quelque chose qui s'installe dans le temps, dans une chronicité : « ils sont schizophrènes, ils seront à vie schizophrènes » et je trouve qu'on arrive plus, oui, à se re-questionner à chaque fois de qu'est-ce qu'ils veulent, comment ils voient les choses, alors bien sûr avec des fluctuations voilà à se dire peut-être qu'à un moment donné on demande ça mais ce n'est que pour un temps. Que ce n'est pas à vie, et que c'est bien que ce ne soit pas à vie en fait. » (69AS42)

Cet impératif de réflexivité, que nous situons comme étant le mouvement psychique basal conditionnant notre septième opérateur, pourrait toutefois se révéler à double tranchant. En effet, la réflexivité est une compétence prisée dans l'économie de la connaissance, mais aussi dans les référentiels de compétences des professionnels du soin et de l'accompagnement. La possibilité de remettre les évidences en question, alors même qu'elle devrait être la garantie d'un espace pour penser, peut alors être reprise par le système aliénant et devenir l'un de ses impératifs surmoïques, enrayant ainsi les mouvements de créativité au profit de questions protocolisées telles des listes de tâches à réaliser. Cette capacité à se détacher de ses affects et de ses représentations est un apprentissage au long cours, « un travail d'expérience » (13I59). Nous avons trouvé cette référence à l'expérience dans plusieurs de nos entretiens, de la part de professionnels aguerris qui avaient pris conscience de l'importance de cette formation par le temps qui passe, mais aussi du côté de jeunes professionnels qui nous avaient dit l'importance que prenait pour eux la transmission de cette expérience, ou plus globalement le fait d'aller régulièrement se former afin d'introjeter un mouvement de d'interrogation de la pratique venant de l'extérieur.

E. Le rôle des formations dans l'introjection d'un regard extérieur bienveillant.

Il nous est apparu que les formations occupaient une place importante pour les professionnels dans des services où le quotidien s'avère parfois pesant, tant celles-ci étaient affublées dans les discours de nos interviewés de toute une somme de mérites :

« moi je suis convaincue que si on ne va pas se former, si on ne va pas apprendre des choses nouvelles, si on ne va pas froter notre expérience au temps qui passe et à ce que le temps amène, on est dangereux pour soi et dangereux pour les autres. Et moi franchement des professionnels qui font tout leur parcours dans une même structure... ça ne va pas, je n'y crois pas. Je n'y crois pas, l'expérience ne m'a montré que des professionnels finalement qui croupissent un petit peu quand même dans leur pratiques. » (73DXX)

« on se sent quand même plutôt peu formées pour la psychiatrie je trouve, pour moi pas suffisamment en tout cas [...] j'ai l'impression qu'on a des gouffres, des manques de connaissances même théoriques qui font qu'on a du mal à trouver des... alternatives, à réfléchir à des alternatives, avoir un regard un peu plus ouvert... » (25I23)

Il nous importait de mettre en dialogue ces deux extraits en tant qu'ils réactivent un débat antédiluvien en santé mentale, lui aussi fortement plurifactoriel. A lire la directrice d'institution qui nous avait confié son ressenti (extrait 73DXX), on ne pouvait qu'être d'accord, ce qui expliquait par ailleurs que de nombreuses organisations dans les structures desquelles nous nous étions rendue avaient adopté des systèmes de roulement des professionnels entre les différentes unités afin d'éviter la chronicité. Si ce dispositif donnait l'impression d'une solution intéressante en interne, nous n'avions pas tout de suite saisi ce qu'il sous-entendait au sujet de la chronicité institutionnelle.

Changer de structure pour ne pas tomber dans l'inertie était une solution éminemment centrée sur l'institution et ses problèmes internes : personne ne nous avait jamais parlé de la

formation comme solution globale pour une organisation, alors même que tous les professionnels que nous avons rencontrés au retour de leurs formations disaient à quel point ces aller-retours entre travail de terrain et temps de réflexion étaient une façon de prendre soin d'eux. Il nous semble que cette dimension de la formation comme ayant de potentiels effets thérapeutiques pour ceux qui s'y rendent s'entend bien plus dans la seconde citation que nous avons reproduite ci-dessus, provenant d'un entretien avec une jeune infirmière de service d'hospitalisation temps plein.

La formation était une réponse au gouffre qui s'ouvre lorsque l'on demande à des professionnels inexpérimentés de se questionner sur leurs pratiques ; si elle avait parfois, notamment lorsqu'elle était subie, le désavantage de venir apporter des réponses toutes faites dont les professionnels refusaient alors de se saisir, elle pouvait avoir, lorsqu'elle était souhaitée, les vertus d'une forme de supervision par l'extérieur, véritable introjection du regard d'un Autre bienveillant sur son quotidien. Une travailleuse sociale en psychiatrie nous avait dit, au sujet d'une formation à la méditation pleine conscience dont elle revenait à peine : *« pour donner, il faut déjà prendre soin de soi, ça fait du bien d'entendre parler de ça, en quarante ans de métier on ne nous a jamais dit ça, c'est « reste à ta place et donne » »* (22TISF58).

Nous avons eu le sentiment d'entendre là que la formation, précisément grâce à ce regard bienveillant de l'Autre, avait contribué à conscientiser chez cette professionnelle le décalage qu'elle se sentait déjà avoir vis-à-vis d'une position surmoïque sacrificielle dans son métier. En cela, et pour de nombreux autres professionnels que nous avons rencontrés, la formation lorsqu'elle était souhaitée devenait une façon de nourrir son bon objet interne, à savoir la part d'eux-mêmes à partir de laquelle ils pouvaient se sentir exister, notamment dans leur action professionnelle. Nous faisons ici référence à une forme d'implication de leur vrai *self*, né de la succession d'expériences positives et gratifiantes avec l'environnement premier. Le vrai *self* au sens de Winnicott ne fait, selon ses termes, « guère plus que rassembler dans ses détails l'expérience liée au fait de vivre » (D. W Winnicott, 1974, p. 126). Il nous semble que de telles expériences touchant au vrai *self* peuvent tout à fait avoir lieu dans le travail et qu'ils constituent la ressource dans laquelle les professionnels puisent leur capacité de sollicitude, que Winnicott définissait ainsi :

« La sollicitude implique une intégration plus large, une croissance plus grande ; d'une façon positive, elle est liée à la responsabilité de l'individu, particulièrement en ce qui concerne les relations investies par les pulsions instinctuelles. La sollicitude exprime le fait que l'individu se sent *concerné, impliqué* et que tout à la fois, il éprouve et accepte une responsabilité » (D. W Winnicott, 1974, p. 31)

Nous avons en effet retrouvé cette implication et ce sentiment de responsabilité dans la façon dont les professionnels concevaient la nécessité de faire de la formation un processus continu d'assainissement et de développement de leur action soignante :

« qu'on soit n'importe quelle personne, on peut se nourrir de lectures, de choses comme ça qui permettent de raisonner un peu avec la pratique qu'on met en place, parce que quand on n'est que dans une pratique je crois qu'on peut perdre très vite le sens de l'acte qu'on fait. On ne le met pas en avant du tout d'ailleurs, et se démotiver des choses comme ça... à un moment donné il y a quand même à s'étayer d'un peu de théorisation ou de conceptualisation, ça c'est important. »
(15C52)

« le mieux quand on travaille c'est de toujours avoir un truc à côté, c'est-à-dire une formation à côté, pour réfléchir sur son travail, pour avoir du recul, un vrai recul. Du coup je crois que je n'ai jamais arrêté (rit) de faire des formations à côté. »
(73E55)

« le regard de l'autre est indispensable [...] on est vite consanguins donc on est vite cons quand on reste entre nous parce qu'on se connaît, parce que là encore il y a des enjeux de pouvoir, des petites saloperies qui font que ça vient perturber le bon fonctionnement d'une institution, je pense que l'institution par essence est vite déviante et pathologique et que si on ne met pas des garde-fous, analyse de pratiques, supervision, même certification enfin c'est un gros mot hein pour... les médecins psychiatres en particulier mais... tout ce qui vient un petit peu de

l'extérieur et qui vient quelque part porter ce regard et interroger nos pratiques, c'est indispensable » (25C50)

Chez tous ces professionnels nous entendions, en négatif, que le manque de formation aux spécificités de la psychiatrie n'était pas sans effets sur la capacité d'élaboration face à des vécus bruts et de préparation paradoxale à l'irruption de situations inattendues – la défaillance conjointe de ces deux paramètres évoquant fortement la formule du traumatisme. Certains de ces effets étaient toutefois inattendus et réjouissants pour nos interviewés, comme ce phénomène, que de nombreux jeunes professionnels avaient évoqué avec nous, de « révélation » lorsqu'ils avaient pour la première fois travaillé avec des personnes en souffrance psychique. La rencontre décisive avec un service et son ambiance retournait alors le refus catégorique de côtoyer la psychiatrie en un désir d'y rester pour apprendre aux côtés de ceux qui, par expérience, savaient y faire avec la folie. Une infirmière coordinatrice diplômée d'Etat et en fin de carrière nous avait quant à elle relaté une anecdote avec une personne qu'elle suivait et dont l'accompagnement, auréolé d'un certain flou quant à la place prise par chaque professionnel, avait été un moment de remise en question capital pour elle :

« au début j'allais me promener avec cette dame pour créer un lien, pour qu'elle puisse entrer en relation et je me disais « mais qu'est-ce que je viens foutre là ? », parce que ça au niveau du sanitaire, on est à des années-lumière de l'infirmière de bloc [...] et en fait je me rends compte un an et demi après qu'il a fallu créer ce lien pour pouvoir essayer de faire de l'éducation thérapeutique, et que du coup même si on n'est pas complètement dans le sanitaire, on n'en est pas si loin. Mais une infirmière qui sort du diplôme elle ne peut pas faire ça, ce n'est pas... ce n'est pas du soin comme on l'entend et comme on l'apprend à l'école. » (73IC58)

Nombreuses étaient les cadres infirmières qui nous avaient confié leur insatisfaction vis-à-vis de la formation délivrée et vis-à-vis des méthodes employées sur le terrain, souvent sous la forme de protocoles, destinées à remédier rapidement à ce sentiment de manque. Ainsi une cadre de pôle nous avait-elle expliqué la différence fondamentale entre la formation et

les protocoles, qui nous a rappelé la différence à faire entre l'introjection, processus long et constructeur de la personnalité, et l'incorporation, au caractère bien plus magique et fantasmatique :

« les infirmières qui arrivent ne sont pas formées aux entretiens ; en psychiatrie c'est un peu le nerf de la guerre hein. Donc on a plein de fiches là pour le suicide, pour le truc, pour le machin, pour le bidule, voilà, sauf que si on leur lit les fiches texto de port et d'emballage là comme ça sur le risque suicidaire et tout ça, même si vous n'avez pas envie de vous suicider, à la sortie vous vous posez peut-être des questions quoi. Il y a des façons de les amener ces grilles, et si vous tombez sur quelqu'un qui est brut de pomme vous allez mal amener la grille, et vous n'allez pas avoir l'effet escompté. Le danger des grilles c'est ça » (03C58)

On entend dans cet extrait, nous semble-t-il, à quel point la tentative de maîtrise représentée par les protocoles ne peut qu'échouer à réellement préparer et former, c'est-à-dire donner forme, à l'action professionnelle. Il nous semble important ici de souligner que les professionnels eux-mêmes marquaient fortement la différence entre formations et protocoles, les premières étant souvent désirées et reposant sur leur expérience, tandis que les seconds étaient souvent subis et trop homogénéisés pour se prêter à une quelconque réappropriation par la pratique, dont nous avons pourtant brièvement éclairé l'importance. Se former permettrait de retrouver un espace de jeu avec son expérience : en étant hors de son cadre de travail et entouré de collègues mais aussi d'inconnus, l'ensemble des vécus partagés pourraient se situer dans un espace transitionnel, où ils appartiendraient alors au collectif à qui il importerait de les traiter ensemble.

F. S'ouvrir, une solution plus supportable face à la castration ?

S'il est commun de terminer l'explication d'un problème ou d'une difficulté en proposant la formation comme solution-panacée à ce qui faisait le problème de fond du système de santé mentale aujourd'hui, à savoir le retour de l'aliénation, l'intuition du huitième

opérateur que nous avons eue s'est trouvée confirmée tant par le corpus de la psychothérapie institutionnelle que par nos entretiens.

Tout d'abord, une phrase que nous avait dite une jeune infirmière était venue résonner à nos oreilles comme appelant un au-delà de la simple ouverture par la formation. « *J'ai l'impression qu'on porte une part de l'hôpital en nous* » (25I23), nous avait-elle confié en fin d'entretien afin de décrire ce qui, malgré elle, malgré ses collègues et malgré leurs efforts, semblait leur coller tout de même à la peau. Ce premier constat d'échec de la désaliénation avait été redoublé par les mots d'un autre de nos interviewés, psychiatre cette fois, qui reflétait ce mouvement dépressif de la fin des entretiens que nous avons évoqué plus haut dans ce chapitre :

« la détresse de nos pensionnaires dans leur Réel, dans leur quotidien et tout, ça me trouble beaucoup. Il y a, c'est plutôt ça moi qui reste en questionnement, c'est qu'il y a des... Je ne sais pas quoi, on pourrait dire, on va dire des dysfonctionnements sur lesquels rien ne bouge, donc... Qu'est-ce qu'on ne fait pas ? C'est plutôt comme ça que je le dirais : qu'est-ce qu'on ne sait pas faire, qu'est-ce qu'on n'arrive pas à accompagner ? C'est... alors là c'est l'autre versant, là c'est vrai que je suis plutôt sur un versant très positif mais il y a aussi des... pfff... Je ne sais pas, il y a des moments on se dit qu'est-ce qu'on fait ? Oui c'est vrai qu'il y a tout ça qui va mieux mais il y a aussi des pages tellement énormes de souffrance de choses qui ne bougent pas que... hé bien (rit) oui ça je pense que c'est tout le temps, tout le temps mais je ne sais pas concrètement sur cette question-là je ne saurais pas répondre concrètement, c'est plutôt les questions qui restent entières » (14PH61)

La « détresse » des patients dans leur Réel : voilà comment ce psychiatre nommait la castration par la clinique que nous avons repérée dans de nombreux entretiens comme étant la limite intrinsèque de toute action professionnelle en santé mentale. L'intérêt de la réflexion de ce médecin consistait en une position assez subtile entre prise en compte du réel de la clinique et des difficultés, conscience du bénéfice de son action mais aussi de ses limites. En

effet, la constatation qu'un certain nombre d'éléments pouvaient s'améliorer ne servait pas à cacher que sur d'autres plans et dans l'absolu, la souffrance restait présente, faisant ainsi échec à toute tentative de réparation totalitaire et globale. Mais ce que nous trouvons spécifiquement intéressant, c'est la façon que ce professionnel avait de poser une question qui par définition doit ouvrir sur l'extérieur : où sommes-nous en échec ? Ce type de réflexion est venu ces quinze dernières années infiltrer le système de santé mentale, et notamment les structures sanitaires et médico-sociales classiques, dont l'accompagnement a parfois été qualifié de « post-asilaire » (Bonsack & Favrod, 2013) pour dire qu'il n'arrivait pas totalement à décoller soignants et soignés de ce sentiment de porter en eux une partie d'hôpital.

Cette dernière expression, « porter en soi une partie d'hôpital », nous a marquée par sa capacité à relier de façon très directe les professionnels d'aujourd'hui à leurs prédécesseurs. En effet, si aucun de nos interviewés ne parlait de pathoplastie, les phénomènes qu'ils relevaient dans leurs pratiques quotidiennes leur semblaient pour certains pathologiques et dignes d'être relatés en des termes avec lesquels ces mêmes professionnels parlaient indifféremment des patients et de leur fonctionnement institutionnel. On peut y voir sans aucun doute un effet du travail avec des patients dont la folie imprègne parfois les organisations mêmes, mais nous avons choisi de regarder cette proximité terminologique comme un indicateur de ce qu'avait jadis repéré Jean-Olivier Majastre dans sa thèse de psychologie, à savoir que l'asile était un mode relationnel enkysté entre patients et soignants avant d'être un lieu et que ce mode relationnel se déplacerait avec les professionnels à moins d'être travaillé en profondeur.

Alors que ce septième opérateur aurait pu apparaître comme le terrain d'un écart mesurable entre les écrits des promoteurs de la P.I. et les discours des professionnels d'aujourd'hui, il nous a plutôt semblé, à notre grande surprise, que leurs discours étaient assez proches, ce qui devrait pousser à considérer les vécus empiriques face aux patients comme de véritables données de preuves du fait de leur répétition dans la clinique. Les promoteurs de la psychothérapie institutionnelle avaient il y a bien longtemps considéré l'impact des

pathologies d'équipe sur les patients accueillis, et cette réflexion les avait amenés à proposer de toujours soigner l'institution avant de soigner les malades - chose dont les professionnels que nous avons rencontrés avaient eu aussi conscience. Ils semblaient porter avec eux des contenus psychiques non-élaborés, les leurs et ceux des patients qu'ils accompagnaient, qui risquaient tant d'infiltrer l'ambiance que leur propre bien-être. Nous avons vu, dans des services d'hospitalisation en difficulté, à quel point l'ambiance avait de réels effets et combien son traitement était indispensable au bon fonctionnement d'une institution. Le modèle de l'alphabétisation bionien et de la transformation des contenus psychiques nous a paru utile afin de nommer non pas la pathoplastie mais le phénomène par lequel les soignants pouvaient tenter de contrecarrer ses effets.

L'aliénation concernait toutefois également le domaine des représentations, notamment en ce qui touchait à la possibilité pour les patients de reprendre une vie bonne et épanouissante. Là où la psychothérapie institutionnelle préconisait une logique du « ne pas nuire », faisant jouer aux professionnels un certain décalage analytique des normes sociales communément acceptées, le poids des idéaux chez les professionnels que nous avons rencontrés, notamment dans les structures destinées à la réinsertion des patients, était particulièrement fort. L'autonomie est devenue un signifiant-maître, et tout un discours du maître en découle qui se destine à donner aux usagers les clés d'une réhabilitation scientifiquement paramétrée. Certains professionnels semblaient cependant avoir pu remettre leurs idéaux d'une vie réussie en question grâce à l'écoute des usagers et l'interrogation concomitante de leurs propres représentations, venant confirmer que la parole des usagers, lorsqu'elle était véritablement accueillie, pouvait tout à fait avoir un effet analytique sur les pratiques de ceux qui les accompagnent. Le vaste ensemble des « formations », comprises comme des occasions de sortir de sa structure et d'aller à la fois apprendre et discuter de son expérience, semblait lui aussi avoir ce type d'effets quand il n'était pas remplacé, à défaut, par des protocoles qui n'avaient pour les professionnels en pleine interrogation pas du tout le même sens. Alors que nos interviewés empruntaient souvent la métaphore de l'artisanat et du sur-mesure pour décrire leurs pratiques, les protocoles homogénéisés ne semblaient souvent pas répondre à leurs attentes, à moins de pouvoir être utilisés à des fins créatives (l'évaluation pour mieux faire, l'audit pour générer des discussions d'équipe...). Il nous a semblé que cette dynamique des formations, en tant

qu'elles permettaient aux professionnels de prendre soin d'eux, selon les mots d'une de nos interviewés, venait prendre la place du vocabulaire de l'assainissement utilisé par la psychothérapie institutionnelle, en répondant et en complétant les propos des auteurs de la P.I. au sujet de ce qui faisait vraiment la position de désaliénation. L'assainissement des pratiques par la formation n'était d'ailleurs pas étranger aux psychiatres réformateurs : Georges Daumézon, à partir de sa rencontre avec Germaine Le Guillant et les CEMEA, s'était impliqué dès 1949 dans l'organisation de stages destinés aux infirmiers (G. Le Guillant, 2001). Leur position vis-à-vis du prosélytisme psychanalytique (c'est-à-dire du fait que la désaliénation ne revenait pas à mettre tous les soignants en analyse) se trouve à notre sens avantageusement enrichie et illustrée par nos extraits d'entretien, car ils contribuent à éclairer les positions psychiques qui faisaient de l'analyse « un remède contre l'ignorance » (Lacan, 1975) - à savoir la vigilance et la réflexivité vis-à-vis de ses propres contenus psychiques - sans pour autant fétichiser la psychanalyse elle-même.

Nous avons tenté de montrer comment ces positions psychiques nourries par la formation pouvaient rendre la castration professionnelle plus supportable, à condition aussi que la notion de réseau puisse venir au secours du sentiment d'impuissance structurel des professionnels. Nous quittons donc la révision de notre septième opérateur par la supposition de savoir dans laquelle le partenariat inter-institutionnel prend racine : quelqu'un d'autre doit bien savoir faire ce que nous n'arrivons pas à faire.

Tableau récapitulatif

Opérateur 7 : Ne pas suraliéner	
Sous-thèmes du corpus P.I.	Sous-thèmes du corpus actuel
Reconnaissance d'un processus tendant à la chronicité et à l'inertie dans toute institution (pathoplastie)	Reconnaissance d'un processus de chronicité et du « fonctionnement opératoire » à l'œuvre dans les institutions
Reconnaissance de la corrélation à double sens entre ambiance des services et pathologie des patients accueillis	Aliénation des professionnels par leurs affects et ceux des patients : circulation d'éléments bêta
Une éthique du « ne pas » : ne pas écraser les désirs, ne pas nuire	Aliénation des patients par les représentations des professionnels : le poids des idéaux
Vocabulaire de l'assainissement	Rôle des formations pour se décoller de l'hôpital
Pas de prosélytisme psychanalytique	Les positions au cœur de la désaliénation : vigilance et réflexivité

Révision de l'opérateur 8 : L'ouvert et l'extérieur. Vers une théorie du « prendre soin » inter-institutionnel

« Comme si Saint-Alban ça ne s'était pas fait sans conflit et sans réflexion sur les organisations mêmes [...] quand on voit l'inauguration du Clos du Nid, qui il y a à l'inauguration ? Il y a bien sûr les enfants mais il y a l'armée, puisqu'il avait négocié en effet avec l'armée un certain nombre de choses, et il y a l'évêque. On voit bien que Tosquelles à l'époque, il négocie déjà bien sûr, il a une visée de développer des outils institutionnels, de créer des choses dans l'institution, sur la scène de l'institution, mais il ne fait pas l'impasse de la question des organisations et de l'établissement » (14D52)

Tout comme notre cinquième opérateur, le thème de la greffe d'ouvert s'est retrouvé assez fortement modifié par les discours des professionnels que nous avons rencontrés. En effet, la psychothérapie institutionnelle au moment de son émergence mettait beaucoup l'accent sur le niveau de réflexion soignant/soigné, argumentant que l'organisation institutionnelle devait avant tout trouver des moyens d'ouvrir les patients vers les autres, en tant que ces autres incarnaient déjà un extérieur par rapport au renfermement caractéristique de certaines symptomatologies psychotiques. La stratégie transférentielle que nous avons alors évoquée convoquait bien plus le registre clinique que le registre politique : d'abord et avant tout aider le patient à sortir de son repli, quitte à utiliser pour ce faire la réalité extérieure, celle des villages et des établissements alentours.

Dans notre guide d'entretien, nous posions toujours une question au sujet des partenaires : qui étaient-ils, et comment se passait le travail avec eux ? Souvent cette question donnait d'abord lieu à des énumérations, mais il ne s'agira pas ici de dresser une liste de tous les partenaires potentiels d'un réseau de santé mentale. En réalité, comme le soulignait une infirmière coordinatrice, les partenaires « ça peut être n'importe qui en fait. [...] c'est

partenaires au sens on fait avec, mais on fait avec dans le bon sens aussi du terme » (73IC58). De la même façon que nous avons souligné la dynamique de coopération dans les associations soignants-soignés à partir du mode relationnel du « faire avec », il semble bien que les partenaires puissent eux aussi être avant tout définis par les nécessités qui poussent à un moment deux structures à faire des choses ensemble – cette nécessité étant souvent la demande et la clinique singulière d'un patient/usager.

A. Un besoin d'extérieur pour patients et soignants.

De nombreux professionnels évoquaient la nécessité de s'ouvrir sur l'extérieur, sans pour autant relier directement ouverture dans le réel de la cité et ouverture psychique des patients. Cette relation était au mieux indirecte et implicite, mais dans leurs discours, le besoin d'aller vers l'extérieur et de s'en nourrir ne trouvait pas les mêmes justifications selon que les professionnels nous parlaient du bénéfice de cet « aller vers » pour les patients ou pour eux-mêmes et leurs institutions. Si le besoin d'extérieur en ce qui concernait les patients pouvait revenir sous une figure clinique à travers la crainte du phénomène de la porte tournante, il faisait plus souvent surface sous des auspices politiques et sociaux à travers l'idée de l'ouverture à la vraie vie, étant entendu que les relations à l'intérieur de structures adaptées restaient, du fait de leur lieu d'apparition, des relations artificielles et donc impropres à réellement resocialiser le patient. Lorsqu'ils étaient interrogés sur le but de leurs activités avec les patients ou les usagers, certains professionnels nous avaient ainsi répondu, à l'inverse de ce qu'on pourrait attendre d'un réflexe de préservation de leur métier et plus globalement de l'institution, que l'idéal d'autonomie et de réinsertion consistait à ce que les patients n'aient au terme de leur cheminement plus besoin d'eux :

« il y a des patients qui restent longtemps ou pas mais qui ont besoin de retourner sur l'extérieur, leur avenir est sur l'extérieur et on les lâche comme ça ils nous reviennent, même en étant là depuis sept mois il y en a que j'ai déjà vu revenir deux trois fois » (25I23)

« ici ce n'est pas la vraie vie quoi, à l'hôpital, on conditionne les patients, ils sont quand même dans un cadre particulier » (22ERG30)

« pour nous l'hôpital ce n'est pas un lieu de vie quoi, donc il faut retrouver une autre solution » (13AS52)

« Pour moi le but c'est qu'ils s'insèrent dans le tissu social au même titre que tout le monde. Qu'ils établissent des liens avec des gens qui ne sont pas forcément dans le milieu hospitalier. » (47I40-2)

« Le but ? Que moi je sois au chômage à la fin. Non mais c'est ça ! Le but, c'est que les pensionnaires arrivent à se démerder sans nous... » (14E43)

Le besoin d'extérieur des usagers était rarement une réponse immédiate à la question des partenariats. La façon dont nous posions cette question l'orientait en effet clairement vers les rapports inter-équipes ou inter-institutionnels : c'était ainsi de leurs propres besoins dans les relations avec d'autres établissements du réseau de soins que les professionnels étaient amenés à parler.

Là où l'on aurait pu s'attendre à ce que la question du partenariat soit rationalisée en termes de prise en charge plus globale pour l'utilisateur, les discours de nos interviewés mettaient plutôt l'accent, de façon plus ou moins consciente, sur la nécessité d'éponger ou de diluer le sentiment d'échec et d'impuissance dans l'action thérapeutique ou éducative dont nous avons parlé précédemment. Ce sentiment de ne pas y arriver pouvait concerner une représentation de la charge globale de travail comme excédant celle prévue par la répartition des attributions et responsabilités, avec des effets sur la qualité de vie au travail des professionnels. Elle touchait aussi, de façon plus proche de la clinique, l'atteinte d'une limite des possibilités d'action avec un patient donné :

« ma petite déception aujourd'hui, je ne sais pas si je déborde de la question, mais du coup on a beaucoup de mal en fait bizarrement à travailler avec les services de soins, et moins de mal à travailler avec des maisons de quartier, et ça c'est... je trouve ça vraiment dommage parce que s'il y avait plus de collaboration, plus

d'échanges entre services, entre nous, pour la personne ce serait tellement bien quoi, enfin tellement riche et aidant et soutenant » (85I32)

« ça manque de lien entre les deux services, et pourtant il y a plusieurs professionnels, il y en a quand même trois maintenant qui travaillent dans les deux services, la direction est commune, la secrétaire est commune, on partage les mêmes locaux... On partage tout mais on n'a aucun lien. Et c'est là que ça fait lien avec ta thèse, on gagnerait tous en qualité de travail et budgétairement à avoir plus de lien » (73E40)

« une infirmière, dans son travail, elle fait pas mal de choses mais elle ne peut pas tout faire. Et on s'aperçoit qu'on nous demande tout mais pas au niveau de notre équipe, c'est de l'extérieur, si vous voulez [...] quand vous voyez les listes de patients pour qui on demande le SAVS et ils ne peuvent pas, moi je dis qu'il faudrait plus d'aide. Une infirmière ne peut pas se substituer à tout ça, même si elle le fait par moments, et je peux vous dire qu'elle le fait [...] ça, ça manque » (13C59)

« développer encore plus les relais, les passerelles avec d'autres types de structures, pas forcément uniquement dans le sanitaire mais dans le social et le médico-social me paraîtrait plutôt dans l'air du temps. Et important pour nos patients, parce que parfois aussi il faut accepter que là pour telle prise en charge on est arrivés un peu au bout et qu'il faut peut-être passer le relais à une autre équipe » (94ER40)

Toutefois, peu importe les motifs invoqués, le lien inter-institutionnel était très fréquemment évoqué sous le signe du manque. En entretien avec nous, une éducatrice avait résumé le problème ainsi : travaillant dans un SAMSAH, structure dédiée à créer du partenariat entre plusieurs structures au profit d'un patient, elle reconnaissait tout le travail de médiation que faisait le SAMSAH dans la Cité, avait énuméré les espaces de discussion disponibles, la collaboration avec ses collègues, mais avait tout de même terminé de répondre à notre question sur les partenariats en nous disant : *« malgré ça, il manquerait presque un espace de parole » (73E52)*. Sa phrase nous avait paru dire quelque chose de la vérité de la coopération intra ou inter-institutionnelle, qui reposait toujours de l'avis même des

professionnels sur la possibilité de se parler ; se reposer sur le langage, c'est cependant toujours s'exposer à l'impossibilité de tout dire qui le caractérise. Autrement dit, s'appuyer sur des réunions ne permet jamais une entente et une compréhension maximale et optimale, en tant que l'outil utilisé n'est pas capable d'une transmission totale du message. Le langage est faillible, et à ce titre un partenariat reposant sur des accords écrits et oraux l'est aussi, structurellement.

Cette hypothèse pourrait expliquer le fait qu'à notre question sur les manques ou les améliorations potentielles à amener dans le système, de nombreux professionnels aient souhaité mettre en avant la question de la communication entre eux et avec l'extérieur. Si les questions du partenariat et des améliorations se suivaient dans notre grille d'entretien, ce qui aurait pu occasionner des effets d'association (après avoir parlé du travail avec les partenaires il serait plus facile d'embrayer sur des manques dans ce champ-là), nous ne posions pourtant pas les questions dans le même ordre dans nos entretiens afin de suivre le plus possible le fil associatif des interviewés, ce qui aurait tendance à infirmer l'influence de l'ordre de nos questions sur le contenu des réponses données. Les professionnels s'interrogeaient réellement sur la possibilité d'ouvrir un dialogue avec d' « autres », ces autres étant les partenaires potentiels, ceux qui potentiellement « font avec » eux. Comme le formulait une professionnelle interviewée pendant nos entretiens de cadrage, le partenariat « *ce n'est pas toujours et tout le temps* » (C60O61).

Ce qui semblait compter, c'était le lien en puissance entre les structures, étant entendu que l'absence momentanée de partenariat n'est pas une anomalie du système, mais au contraire une donnée fondamentale du travail en réseau. Si l'utilisation du langage comme médiation principale pourrait expliquer que la précarité du partenariat soit dans l'absolu une donnée plutôt qu'un symptôme, un autre sous-thème souvent revenu dans les discours des professionnels pourrait éclairer ces difficultés à créer et maintenir les mêmes partenariats dans le temps : celui de la dépendance des relations dans le réseau aux ententes personnelles des acteurs concernés.

B. L'accroche inter-institutionnelle : une « histoire d'hommes ».

Pour reprendre les termes d'une cadre de pôle, le partenariat, s'il est fortement incité par les politiques publiques en matière de santé mentale, reste une histoire d'hommes - non pas au sens d'une histoire masculine, mais bien d'une organisation *ad hoc* façonnée par les aléas des rencontres humaines :

« on n'est pas là pour faire et amener des choses nouvelles à faire à la place des gens, mais voir comment on peut collaborer les uns avec les autres [...] ça reste quand même beaucoup des histoires d'hommes ces trucs-là, à un moment donné il y a une accroche ou un contexte ou un truc qui fait que tiens ça marche, donc là il faut en profiter, il faut y aller et puis attendre parfois d'autres qu'on aimerait bien faire avancer mais qui pour le coup ne marchent pas trop. » (47C44)

« il y a des secteurs avec qui ça se passe bien finalement, mais... Voilà, c'est surtout des questions de personnes » (14E43)

« la psychiatrie publique, c'est les pôles etc., c'est les établissements médico-sociaux, donc c'est tout cet univers-là avec qui on travaille bien, plus ou moins bien, ça dépend des pôles de psychiatrie publique, enfin ça dépend de beaucoup de choses, et comment et par qui ils sont animés, mais surtout comment ils sont animés. » (14C60)

« il faut travailler en partenariat... ça se passe plus ou moins bien, ça dépend, après c'est beaucoup une affaire de personnes aussi, quand on est depuis longtemps sur un secteur on se connaît, on se rencontre beaucoup plus facilement et ça se passe mieux, de mieux en mieux, on apprend à se connaître, on apprend à travailler... on sait ce que l'autre fait, et ce que nous on peut faire. » (13AS52)

« On manque de partenariats au niveau des structures de soins [...] souvent il suffisait d'un échange avec le médecin, d'une rencontre entre les équipes, de quelques jours d'observation et puis ça se mettait en place, pendant six mois, un an, voilà. Aujourd'hui c'est devenu quasi impossible » (14D52)

« Là ça va vraiment être ça qui change, c'est-à-dire quelle est la volonté du pôle de s'inscrire dans la cité et de nouer des liens [...] ça dépend vraiment de la politique de pôle et donc la politique de secteur. Et puis après la réponse qu'il y a en face, et du réseau, du tissu social qu'il y a en face » (67C45)

Il est intéressant de constater que pour les professionnels, le partenariat retourne à la fois des ententes personnelles et de la stratégie de l'établissement. Cela recoupe tout d'abord ce que nous avons souligné en début de ce chapitre et que nous développerons un peu plus bas sur la place du directeur d'établissement ou du chef de pôle dans l'implémentation d'une politique interne d'ouverture à l'extérieur. Si la référence aux personnalités des acteurs en présence ou aux liens intersubjectifs peut s'avérer frustrante en première analyse car allant peu en profondeur et ne permettant pas d'élaboration générale sur la structure des liens entre institutions, nous tenons à souligner que de la même façon que la protocolisation peut venir remplacer la formation aux relations avec les patients, les partenariats avec d'autres institutions peuvent vite devenir de simples objets de conventions régissant un système de don-contre-don systématisé qui cache la nature éminemment libidinale car humaine du lien interinstitutionnel. Plus encore, dire que les liens interinstitutionnels reposent, en réalité, sur des liens interpersonnels, doit amener une question qui sera fondamentale pour l'avenir de la psychothérapie institutionnelle et que nous traiterons en fin de chapitre : si la structure des liens inter-institutionnels se révèle être une structure de liens interpersonnels, le modèle proposé par la psychothérapie institutionnelle pour analyser les relations interpersonnelles ou plutôt interprofessionnelles pourrait-il être utile à l'analyse des liens interinstitutionnels dans le champ de la santé mentale ?

C. L'isomorphisme : parler des relations avec les partenaires comme on parle des relations avec ses collègues.

Cette question devra, pour être traitée, être décomposée en deux parties sous-tendues par une hypothèse principale, celle d'un isomorphisme entre le niveau institutionnel

des relations collégiales et celui, interinstitutionnel, des partenariats plus ou moins solides entre structures du champ de la santé mentale dans un territoire donné.

En mathématiques et notamment en théorie des graphes, deux ensembles ou graphes sont dits isomorphes lorsqu'ils procèdent d'une bijection conservant les relations structurales entre leurs éléments. Ainsi, dans une situation d'isomorphisme, à un élément de l'ensemble de départ correspond un et un seul élément de l'ensemble d'arrivée (phénomène de bijection) d'une façon qui préserve leurs relations combinatoires. Les structures de départ et d'arrivée ont donc la même forme, au sens de la même organisation interne. Dans le champ psychologique, cette notion a été reprise par les thérapeutes systémiciens pour définir des structures relationnelles dans lesquelles chaque élément de l'ensemble d'arrivée joue le même rôle dans la configuration que l'élément correspondant de l'ensemble de départ (Benoit, 1988). Si cette modélisation est évidemment un peu trop schématique en ce qui concerne les agrégats de professionnels que sont les établissements de santé ou médico-sociaux, elle permet toutefois de considérer que les types de relations qui existent entre les professionnels d'une même équipe peuvent éclairer les relations parfois tendues qui se nouent entre institutions différentes.

A partir de cette intuition, nous allons tout d'abord tenter d'évaluer, à l'aide des entretiens que nous avons réalisés, dans quelle mesure l'hypothèse d'un isomorphisme, c'est-à-dire d'une équivalence entre la structure combinatoire des relations intra-institutionnelles et celles des rapports interinstitutionnels, semble tenir au regard des pratiques actuelles. Autrement présentée, cette question reviendrait à se demander dans quelle mesure notre huitième opérateur révisé ne pourrait pas en réalité consister en une version élargie de notre quatrième opérateur, qui serait à comprendre comme une fonction de direction interinstitutionnelle.

Nous devons tout d'abord expliciter ce qui, dans les discours des professionnels, nous a fait supposer cette similitude de forme entre ces deux échelons du travail en santé mentale. Nous avons remarqué plusieurs points de convergence dans les discours des professionnels au sujet de leurs collègues et de leurs partenaires. Premièrement, la plupart des professionnels se voient assignés, dans le travail d'équipe, un pan de l'accompagnement du patient : traitement (psychiatre), soin psychique (psychologue), soins techniques (infirmier),

éducatif (éducateur), administratif (assistante sociale), gestion économique (CESF), soins du quotidien (aide-soignante/AMP)... Il nous est apparu que cette répartition intra-institutionnelle des domaines par professionnel permettait à chacun de situer, au niveau inter-institutionnel, les partenaires spécifiques auxquels tel ou tel soignant ou accompagnant allait pouvoir démarcher plus facilement du fait de sa formation et de son domaine de compétences. Certains professionnels étaient donc assimilés à un secteur de vie du patient et devaient par conséquent se faire, au nom de l'institution, les médiateurs auprès des partenaires dont ils étaient, en termes de champ d'action, les plus proches :

« Ce sont les assistantes sociales qui font du lien à l'extérieur, et des réunions avec les partenaires extérieurs depuis le CMP » (69P53)

« les éducs en psy on est vraiment la charnière entre le médico-social et le sanitaire. [...] On est un peu cette charnière-là qui permet aussi des fois de dépsychiatriser, parce que hé bien on est éducateurs, éducateurs, social, donc du coup on n'est pas infirmiers on n'est pas médecins, on n'a pas cette casquette-là » (59^E34)

« Le sanitaire... vient nous voir dans l'institution par le biais du psychiatre, le pôle sanitaire c'est celui-là déjà, c'est le premier contact avec le sanitaire » (15COR42)

Cette équivalence « un professionnel dans l'équipe = un champ d'action = un type de partenaires privilégiés au dehors » se retrouvait aussi dans la façon dont nos interviewés parlaient des institutions avec lesquels ils étaient en contact. Leurs descriptions des réactions des autres institutions situées dans des champs différents entretenaient souvent un flou entre l'adresse à un service et l'adresse à une personne, voire personnifiaient les institutions partenaires. Nous avons repéré le flou lié à cette équivalence dans la façon dont une infirmière d'hôpital de jour psychiatrique nous parlait de son précédent travail en Foyer de vie. En effet, à partir d'une formation sanitaire et de plusieurs années d'exercice libéral, cette professionnelle avait été embauchée dans une structure éducative où elle était la seule représentante de la branche « soins », occasionnant des phénomènes de confrontation des langages dont nous avons parlé dans notre quatrième opérateur :

« on n'était pas vraiment en accord sur les prises en charge. Enfin d'ailleurs on ne parlait pas de prise en charge on parlait d'accompagnement (rit), et on ne parlait pas de patients, on parlait d'usagers, donc même les termes sont complètement différents. Tout est différent en fait, c'est vraiment une autre manière de penser, une autre manière de voir les choses. Donc j'ai beaucoup appris, c'est intéressant parce que du coup je pense qu'ils ont beaucoup de choses à nous apporter aussi [...] nos deux directeurs étaient éducateurs à la base, donc ils n'avaient pas la même approche, tout simplement » (47140)

L'idée de la richesse et de la complémentarité des approches dans ce travail était très présente chez elle, mais elle avait quitté ce travail en Foyer de vie précisément du fait de l'incompatibilité entre son propre prisme sanitaire et la perspective éducative de cette structure qui, selon elle, faisait parfois fi des questions cliniques. Arrivée à l'hôpital de jour où nous l'avions rencontrée, elle connaissait une situation totalement inverse : elle avait réintégré son champ professionnel de prédilection, celui des soins, mais constatait alors que les relations de sa nouvelle structure de rattachement avec les institutions médico-sociales du territoire étaient difficiles :

« je ressens une scission quand même entre les deux, entre le médical et le médico-social. Mais aussi ça arrive de travailler ensemble, et je pense que ce serait intéressant de travailler ensemble, on a vraiment des choses à s'apporter » (47140)

La forte ressemblance entre la façon dont elle décrivait les relations entre sanitaire et médico-social et la façon dont elle nous avait, peu avant, expliqué les relations entre professionnels du sanitaire et professionnels du médico-social au sein d'un même établissement nous a mise sur la piste de l'équivalence que nous avons dépliée ci-dessus qui permet, par le truchement des champs d'action attribués à chacun, d'assimiler un professionnel à des types d'établissements partenaires avec lesquels on s'attendra à ce qu'il soit le principal relais d'informations et le garant du lien. Plusieurs autres de nos interviewés

avaient d'ailleurs lié, cette fois explicitement, la qualité du travail d'équipe et la qualité de l'ouverture de leurs établissements respectifs vers l'extérieur :

« on est aussi obligés nous d'adapter notre prise en charge, d'aller voir un peu sur le terrain ce qui se passe et ce qu'on peut leur proposer parce que... des ESAT et des Foyers on ne connaît pas tout donc nous ça nous permet de voir à droite à gauche [...] c'est pour ça qu'il faut absolument qu'on ait une unité d'équipe parce que sinon ce n'est pas possible » (03AS26)

« dans la communication avec l'extérieur c'est vrai que ce n'est pas quelque chose qui semble aller de fait. [...] Au niveau de la communication aussi... institutionnelle au sens vraiment plus large, je pense qu'il y a aussi là des choses à... à soulever. Alors si déjà entre nous tous on va dire au sens très large la communication ne se fait pas aussi aisément que ça, d'aller vers l'extérieur (rit)... » (22P45)

Ainsi combinés, nous trouvons d'un côté une équivalence entre professionnels à l'intérieur d'une équipe et partenaires à l'intérieur du réseau, et de l'autre l'idée que les relations à l'intérieur de l'équipe allaient déterminer, pour partie, les relations entre une institution donnée et ses partenaires dans le réseau : plus les membres de l'équipe pouvaient communiquer, plus il était possible d'aller vers l'extérieur. Ceci s'explique par la circulation des informations telle que nous l'avons conceptualisée dans notre quatrième opérateur. En effet, chaque professionnel est en relation privilégiée, dans le cadre de son travail, avec des partenaires extérieurs spécifiques auprès desquels il glane des informations essentielles à l'accompagnement du patient. Sans la possibilité de partager ces informations en réunion, l'institution ne pourra pas se saisir ni garantir la relation établie par un de ses membres avec certains champs extérieurs. Si cette relation n'est pas « institutionnalisée », elle dépend alors uniquement du bon vouloir du professionnel, qui risquera de s'épuiser à la tâche voire de quitter la structure en emportant avec lui avec les collaborations mises en place. Ce mécanisme de soutien institutionnel des partenariats lancés par des individus dans le cadre de leur action professionnelle, lorsqu'il a lieu, contribue nous semble-t-il à l'existence du réseau car il permet aux professionnels de s'identifier à leur institution de rattachement dans

le cadre de leurs relations extérieures. Plus encore qu'une garantie institutionnelle, nous avons en effet repéré dans les discours des professionnels des phénomènes de confusion, si ce n'est d'identification, grâce notamment à l'utilisation qu'ils faisaient des pronoms personnels. Souvent, la dynamique des partenariats telle qu'elle nous était racontée, et dont nous avons rappelé qu'elle procédait avant tout de rapports de personne à personne ou de professionnel à professionnel, était sous-tendue par une identification des professionnels extérieurs à leur institution de rattachement et, corrélativement, à l'identification de nos interviewés à un « nous » institutionnel qui prenait la place du « je » utilisé dans le reste des entretiens, indiquant alors une porosité des frontières entre les niveaux intra- et inter-institutionnels :

« quand tu travailles avec les services de tutelle, il faut... avoir le, des fois un peu l'audace de les faire penser autrement quoi. De leur dire « non mais attendez on peut peut-être s'arranger », trouver pour que les choses aillent plus vite. Donc moi c'est comme ça que je travaille avec eux. (14CUI41)

« des fois ils ne comprennent pas bien non plus, c'est pour ça qu'ils sont aussi dans cette exigence d'une réponse tout de suite, et puis voilà si ça ne marche pas quelques fois on est les méchants aussi donc ce n'est pas toujours vraiment compris » (59I55)

« à chaque fois qu'on fait du lien, qu'on a une nouvelle personne c'est avec un autre secteur, donc on fait le lien avec les CMP et tout, puis on réexplique notre travail mais c'est un peu redondant quoi, enfin à un moment donné on se dit « mince il y a eu des présentations à l'hôpital, pourquoi ces résistances ? ». Je ne sais pas trop. Après j'avais une petite fierté, ce matin j'avais un CMP au téléphone qui quand j'ai commencé à expliquer dit « oui oui oui c'est bon je suis au clair », donc là c'était une petite joie, je me suis dit « tiens bon dans ce secteur là ça y est on nous connaît » » (85I32)

Cette identification des professionnels avec leur institution permettait finalement, par glissement et selon l'équivalence que nous avons dépliée ci-dessus, une certaine

personnification des institutions. C'est cette personnification qui, à son tour, donnait une consistance au concept de réseau, qui d'une abstraction graphique devenait une affaire relationnelle représentable. Les professionnels conceptualisaient alors, certes depuis leur propre place et donc de façon subjective, des relations interinstitutionnelles qui étaient dites et pensées comme des relations interpersonnelles. Dans leurs discours, le vocabulaire employé ne permettait presque plus de distinguer professionnels et institutions, notamment lorsque des rapports inter-institutionnels en miroir les dressaient les unes contre les autres, laissant apparaître des mécanismes de défense paranoïdes :

« Je dirais que les autres... les partenaires ce sont les autres institutions quelles qu'elles soient. C'est la dimension d'institution, c'est-à-dire que ça marche avec les autres institutions qu'on peut rencontrer et avec qui il y a de la greffe. Il y a des lieux socio-culturels avec qui ça ne marche pas, parce qu'ils sont trop formels, ou formalisés. Il y en a d'autres avec qui ça marche très bien, parce que voilà il y a un échange une rencontre, une souplesse, une articulation, voilà. » (14D52)

« avant il y avait cette culture de « on est les plus beaux on est les plus forts on est les meilleurs » et... Et que les autres font de la merde. Il y a eu ça dans la maison quand même. Même si ça y est encore un peu, il n'y a plus l'aspect jugeant de « les autres font de la merde » : les autres, ils font ce qu'ils peuvent. Parce qu'aussi je pense qu'on s'est retrouvés dans la même situation [...] Et donc du coup on a traversé les mêmes histoires qu'eux, du coup ça devient understandable, ce que les gens disent. » (14E43)

« C'est assez complexe, parce que rapidement il y a des logiques de persécution qui se mettent en place (rit), enfin moi je trouve, c'est-à-dire un vécu que les autres à côté ne font pas comme il faut alors que nous on trime (rit) et ça se répète dans toutes les unités et à tous les niveaux... parce que c'est plus confortable de penser comme ça je pense, mais voilà ça nécessite quand même des rencontres répétées [...] ça nécessite de se parler quoi, de se parler et ça hé bien en fonction du temps, en fonction des réactions de chacun ça n'est pas toujours évident » (69PH30)

Les élaborations que nous avançons ici, et qui nous permettront plus loin de proposer une adaptation de nos opérateurs au contexte du réseau de soins, sont pourtant limitées par un point aveugle, que nous n'avons jusqu'ici pas mentionné. Le modèle inter-institutionnel que nous avons commencé à dessiner grâce aux entretiens avec les professionnels fait fi de l'intégration de chacun des établissements à l'intérieur de la Cité, et donc du problème plus ou moins aigu de l'acceptation par le social de ce processus d'ouverture et d'inclusion des personnes souffrant de troubles psychiques en ville. Si professionnels et patients attendent beaucoup d'un « aller vers » l'extérieur, le concept de greffe d'ouvert nous permet de poser une question importante soutenue par les récits qui nous ont été confiés : comment faire pour que l'extérieur ne rejette pas la greffe ?

D. Comment faire prendre la greffe ? La stigmatisation : entre reliquat de l'époque asilaire et symptôme actuel.

Certes, pour reprendre l'expression d'un cadre, « *si on n'ouvre pas l'hôpital sur, vers la cité, ça restera toujours un lieu étrange, étranger* » (47C60). La transparence des activités en psychiatrie ou dans le médico-social contribue et continuera à contribuer au désamorçage de fantasmes solidement ancrés dans le social et dont les professionnels savent qu'ils sont à travailler :

« Quand je te parlais de l'extérieur c'est avant tout la ville, c'est le regard aussi que les gens peuvent avoir » (25PXX)

« il y a beaucoup de représentations de la pathologie psychiatrique » (25C41)

« Je pense que le travail avec la ville oui ça manque, oui. On a été, on n'a pas été très bien accueillis hein ici... Au début ça faisait peur quoi, il y avait les fous qui arrivaient dans le quartier quoi » (13AS52)

Cette stigmatisation des patients posait des problèmes organisationnels bien réels aux professionnels, qui devaient naviguer entre l'impératif social de gardiennage des fous et le

refus des patients d'être immédiatement étiquetés comme relevant des soins psychiatriques, au risque d'un accès restreint aux dispositifs de droit commun ou de loisirs :

« j'aimerais bien qu'on arrive à aller plus loin dans le sens de la... de dé-stigmatiser un petit peu nos patients [...] Un petit exemple : on a pour nos patients ici et sur la filière de resocialisation de manière générale des activités sportives, et donc je dis "mais pourquoi on ne participe pas à la course à pieds qui est organisée par la commune d'à côté ?" plutôt que... nous d'aller faire une marche de notre côté. Pourquoi ça ce n'est pas naturel, quelque part, pourquoi on est obligés d'organiser des choses spécifiques pour nous même si on va à l'extérieur ? Ce qui est déjà très bien hein... mais pourquoi de manière naturelle on ne va pas s'intégrer dans des choses qui en fait sont pour le droit commun et puis on s'y met quoi, sauf qu'au lieu qu'il y aillent tout seuls hé bien on les aide ? [...] c'est vrai aussi que tous les patients n'ont pas envie d'avoir l'étiquette "patients" quand ils sortent quelque part. » (47C44)

« malgré tout ils sont malades quoi, donc ça reste encore très stigmatisant, enfin voilà certains patients ne s'autorisent pas encore à aller dans un centre social et demander une activité, tu vois ça reste quand même des lieux très proches de la psychiatrie, des GEM, tout ce qui est en lien avec la psy. Même pour le logement ça reste compliqué pour eux, hier encore moi on me demandait pour quelqu'un qui est suivi ici « quelle garantie on peut avoir qu'elle ne va pas décompenser dans un logement ». Alors j'avais envie de leur dire mais on ne peut rien garantir nulle part quoi, comme quand quelqu'un a une maladie cardiaque, à quel moment tu peux garantir que rien ne va se déclencher ? » (69AS42)

A ce sujet, rarement le fait de nous être déplacée en France nous a-t-il paru aussi salvateur pour l'objectivité de nos conclusions : il aurait été très facile pour un chercheur parisien sensibilisé à la psychothérapie institutionnelle de tomber dans le piège de croire que la France entière était prête à accueillir en son sein ses patients si longtemps exclus. Le travail imposé à la communauté lorsque l'extériorisation des soins et de l'accompagnement se fait

en son cœur rappelle beaucoup les difficultés qu’avaient suscitées les mouvements de désinstitutionnalisation en Europe et dans les pays anglo-saxons du fait de l’impréparation des communautés à devoir se réorganiser autour de la réintégration de populations dont la présence fait, nécessairement, appel à la capacité d’accueil de chacun d’entre nous. Le système de santé mentale tel qu’il est organisé aujourd’hui, et certaines anecdotes relatées par les professionnels nous l’ont rappelé, demande ainsi au citoyen lambda – qu’il soit rural ou urbain -, un surcroît de travail psychique destiné à contrecarrer les représentations et la peur qui entourent encore la figure du fou. De la même façon qu’avec d’autres catégories sociales exclues¹⁴⁰, la présence de ces personnes au cœur de la cité faisait beaucoup plus pour détricoter les préjugés que des campagnes de communication à échelle nationale, qui comme nous l’avons souligné plus haut dans ce travail n’ont jamais eu l’effet escompté dans le champ de la santé mentale. Les récits des professionnels que nous avons rencontrés sonnaient ainsi, face à l’enjeu national que représentent les idées reçues sur la psychiatrie et la maladie mentale, comme un plaidoyer pour un changement à l’échelle locale :

« quand on a eu le projet de créer ici il y avait quelques maisons, des lotissements, ils ont fait une pétition pour ne pas qu'il y ait l'hôpital ici [...] ils avaient peur et ils n'ont plus peur quoi, vraiment plus peur. Et c'est ouvert ici donc il y a... les gens viennent, il y a vachement de visites par rapport à V. où les gens ne venaient jamais visiter parce que c'était le vieil hôpital. » (25A55)

« quand on a monté l'institution, on a eu l'idée avec la direction de faire une journée portes ouvertes pour présenter notre projet et ce qu'on allait faire dedans. Donc à ma grande surprise, alors que le village fait 281 personnes, nous on a comptabilisé entre 200 et 250 visites, donc pour dire comment le projet intéressait les gens. On a fait une petite conférence pour expliquer tout ça, donc j'ai eu des

¹⁴⁰ Nous pensons notamment à l’installation de personnes migrantes dans des petits villages français et italiens, dont la présence avait su, en douceur, modifier les représentations des habitants et faire revivre des bourgs en décrépitude. Le journal Le Monde s’est fait le relais de ces expériences villageoises au cours de plusieurs articles disponibles sur Internet.

questions assez diverses et variées comme : est-ce qu'ils sont gentils, est-ce qu'ils sortent tout seuls, est-ce qu'ils mordent, est-ce qu'ils sont violents... je raconte vraiment tout hein ! Après il y a certains voisins qui m'ont dit que s'ils en trouvaient certains dans leur enclos ils seraient capables de leur mettre un coup de fusil [...] le voisin va même monter un mur de plus de 4m de haut pour éviter de voir ces fameuses personnes soi-disant qui étaient si bizarroïdes, donc voilà comment au début s'est fait notre intégration, mais à force de travail, de représentation, de discussion, qu'ils se rendent compte de notre travail effectif, et finalement voilà les choses maintenant se passent très bien, on est insérés dans le bourg comme les gens lambda [...] maintenant la population quand ils ne voient pas les résidents pendant un certain temps, comme là des fois quand il ne fait pas très beau, c'est eux qui viennent taper à la porte pour demander s'ils vont bien, s'il ne se passe pas quoi que ce soit pour eux, s'il n'y a aucun souci. Donc en l'espace de 6 ans un travail a été fait et on a réussi à créer une certaine osmose autour de ce projet-là dans le village. » (15COR34)

Si l'idée d'une nécessaire greffe du travail institutionnel sur l'extérieur ne ressemble plus beaucoup, dans les discours des professionnels que nous avons rencontrés, à la conception qu'en avait le mouvement de la psychothérapie institutionnelle, il nous semble finalement que ce concept opératoire est tout de même encore utile pour aider à penser les relations des institutions entre elles, mais aussi de chaque institution à la ville, en tant qu'elle participe plus ou moins au mouvement de réintégration des patients dans la communauté.

La révision de notre huitième opérateur nous a laissé la même impression que nos développements au sujet de la liberté de circulation : la grille d'analyse de la P.I. semble pouvoir rester pertinente même dans des domaines historiquement au-delà de ce qu'elle pouvait en son temps concevoir, comme la question des relations entre structures sanitaires et médico-sociales, à condition d'elle-même pratiquer dans sa théorie des greffes d'ouvert.

Nous avons ainsi relaté comment l'ouverture vers l'extérieur n'était certes plus conceptualisée comme une tactique contre le repli psychotique mais comme un besoin d'épanouissement des patients dans des relations « réelles », ancrées dans la cité et pas seulement dans les établissements dédiés, ainsi que comme une solution pour les professionnels face au sentiment d'impuissance et d'échec qui les étirent parfois au cours de prises en charge difficiles. Les professionnels d'aujourd'hui ne se référaient plus aux mêmes élaborations philosophiques ou psychopathologiques que leurs prédécesseurs : l'ouverture était pour eux radicalement vers le dehors, et peut-être un peu moins au-dedans (sûrement peut-on y voir l'effet de l'intégration d'une idéologie désinstitutionnaliste). Le monde extérieur était devenu l'équivalent de l'ouverture : être en dehors de l'hôpital, caractérisé par sa vie artificielle, c'était automatiquement, en tout cas en théorie, s'ouvrir et accéder à la vraie vie.

Pour nos interviewés cependant, l'ouverture à l'extérieur avait elle aussi pris un caractère de nécessité, notamment pour répondre, pensons-nous, à la question de la castration face au réel de la clinique des patients. Si ces professionnels ne se référaient plus à la phénoménologie, ils usaient toutefois d'une grille d'analyse en termes de relations interpersonnelles (les « histoires d'hommes ») pour expliquer la variabilité des liens avec des partenaires dont ils avaient pourtant tant besoin. De leur avis même, la communauté au sens large devait être elle aussi considérée comme un partenaire et pas seulement un terrain d'application : ce partenariat semblait à leurs yeux aussi valorisant que difficile. Il se faisait en effet toujours au risque d'un rejet de greffe du fait des préjugés encore forts portant sur les patients souffrant de troubles psychiques. Ce poids de la stigmatisation subie par les patients mais aussi par ceux qui les soignent et les accompagnent était palpable, et devrait à notre sens alerter le système de santé mentale français de l'existence d'un clivage ou d'une « dissonance cognitive » (Festinger, 2001) entre l'idée d'un plus grand bien commun sous la forme de l'intégration des patients dans la communauté, et le refus que cette même avancée du bien commun se fasse trop proche de chez soi. Si les promoteurs de la psychothérapie institutionnelle ont eu à se battre contre les mentalités asilaires, il nous semble que les professionnels d'aujourd'hui doivent quant à eux combattre les reliquats de cette époque asilaire, après des décennies d'espoir placés dans le système des soins et de l'accompagnement dans la communauté. L'expression de ces mentalités asilaires a

probablement été rendue plus facile par la médiatisation des délits et crimes commis par des patients, dont il nous faut rappeler au passage qu'ils ne sont pas plus nombreux que ceux du citoyen lambda et restent donc dans la moyenne nationale, pour un taux d'agressions subis en revanche bien plus élevé (Velpry, 2009).

Nos développements auraient pu s'arrêter là, mais une dimension du travail des professionnels en santé mentale nous a sauté aux yeux à la lecture de leurs paroles retranscrites. En effet, en éclairant la façon que les professionnels avaient de penser les relations entre partenaires comme relevant avant tout d'une bonne entente entre acteurs, nous avons petit à petit avancé l'idée que la limite narcissique entre eux et leur institution de rattachement n'était pas toujours clairement définie du fait de phénomènes d'identification, et qu'ainsi, selon une équivalence « un professionnel dans l'équipe = un champ d'action = un type de partenaires privilégiés au dehors », on pouvait théoriser un isomorphisme entre les rapports entre professionnels d'une même structure et les rapports entre structures d'un même réseau territorial, même non-formalisé.

Il n'est toutefois pas possible de résumer la psychothérapie institutionnelle à huit concepts opératoires qui lui donneraient alors l'allure d'un système total et fermé. Nous avons donc souhaité introduire une discussion globale de nos résultats qui s'articulera autour de deux idées-clés destinées à lui proposer des ouvertures et des pistes de recherche supplémentaires : celle du leadership comme « opérateur caché » sous-tendant le travail institutionnel, et celle d'un lien à établir entre travail inter-institutionnel/en réseau, théorie des systèmes et concept de rhizome.

Tableau récapitulatif

Opérateur 8 : Greffer de l'ouvert	
Sous-thèmes du corpus P.I.	Sous-thèmes du corpus actuel
Justification clinique : la fermeture aux autres caractéristique de la pathologie psychotique	L'hôpital, ce n'est pas la vraie vie : le besoin d'un extérieur pour les patients
Référence au Dasein et à Heidegger	Référence aux relations interpersonnelles et inter-institutionnelles
La rencontre avec l'extérieur comme moyen d'ouverture psychique	La rencontre avec l'extérieur comme moyen pour les professionnels de passer le relais
Isomorphisme entre niveau intra-institutionnel et niveau inter-institutionnel/réseau	L'isomorphisme : similitudes des discours sur les relations collégiales et inter-institutionnelles
/	La stigmatisation dans la ville, reliquat de l'époque asilaire

Discussion : Quelles conditions de transmission et de traduction de la psychothérapie institutionnelle aujourd'hui ?

*« comme disait Anzieu, quand on se défait, comment est-ce qu'il disait ça, « le mythe est au groupe ce que le corps est au sujet » et quand on se dessaisit, quand on s'éloigne du mythe originaire, la chose se casse la figure, les choses se cassent forcément... ça ne veut pas dire qu'il faut répéter en permanence la même chose à l'infini, pas du tout, mais qu'on est pris dans un mouvement qu'on va prolonger à sa manière, un peu comme ça de manière sinueuse, en tout cas savoir un peu dans quel sillon est-ce qu'on s'inscrit. »
(C60DXX)*

Afin de clore ce chapitre, nous souhaitons éclairer et discuter deux points qui méritent selon nous une attention toute particulière dans la perspective d'une continuité de la recherche que nous avons ici menée, et plus largement d'un renouveau du corpus de la psychothérapie institutionnelle. Nous avons en effet tenté de montrer tout au long de ce travail à quel point cet ensemble était pertinent mais aussi menacé, pas tant par une volonté politique que par de nombreuses méconnaissances et incompréhensions qui avaient permis aux principaux acteurs du champ de la santé mentale actuel d'en développer une conception déformée. La continuation du corpus de la P.I. interroge d'une part sa transmission, que nous traiterons à partir de l'hypothèse d'un opérateur caché, ainsi que sa traduction comme modèle psychodynamique de la coopération inter-institutionnelle, traduction que nous comprendrons au sens sociologique¹⁴¹ comme un processus de déplacement de son champ

¹⁴¹ Nous faisons ici référence à l'article princeps écrit par Michel Callon au sujet de la domestication des coquilles Saint-Jacques dans la baie de Saint-Brieuc (Callon, 1986). Il y écrivait ceci : « Traduire c'est déplacer [...] Mais traduire, c'est également exprimer dans son propre langage ce que les autres disent et veulent, c'est s'ériger en porte-parole [...] Ceci aurait été impossible sans les déplacements en tous genres dont il a été question

d'action et de négociation entre acteurs ainsi nouvellement concernés par une clinique institutionnelle soucieuse de prendre soin du réseau.

A. L'opérateur caché : ce que la psychothérapie institutionnelle fait de la position du leader.

Un premier point de notre discussion consistera donc en un dialogue entre les auteurs de la P.I. et les professionnels que nous avons rencontrés autour des questions de transmission de la pratique et de la place du leader dans les expériences institutionnelles réussies. Plus qu'une stratégie à adopter pour les tentatives à venir de transmission de ce corpus, nous souhaitons là éclairer un relatif impensé avant de proposer des pistes nouvelles dans la suite de la discussion. Nous retrouvons ici le raisonnement qui a présidé à l'écriture de notre premier chapitre : il s'agit bien là et d'un risque, et d'une nouvelle opportunité pour la psychothérapie institutionnelle.

Nous avons en effet été frappée par les mouvements dépressifs qui saisissaient certains de nos interviewés en fin de carrière lorsqu'ils se retrouvaient en position de penser la continuité et la transmission de leur expérience, ce qui nous a poussée à investiguer plus avant nos deux types de matériel. Il nous semble que le manque d'élaboration à ce sujet laisse en effet les professionnels dans l'ombre et en souffrance au sujet de la transmission de leurs principes et de leurs valeurs, dans un système psychiatrique qui subit aujourd'hui de plein fouet un renouvellement générationnel rapide. Nous souhaitons ici laisser longuement la parole à un infirmier-coordonateur dont les mots nous avaient, il y a deux ans, mise sur la piste. Faisant fonction de cadre dans un hôpital de jour lié à une maison associative tenue par d'anciens patients – dans laquelle était accrochée un portrait peint de François Tosquelles –, se sachant à la fin de sa carrière, ce professionnel avait expérimenté un affect dépressif palpable au moment de terminer notre entretien lorsqu'il avait évoqué la transmission de ce

précédemment, sans les négociations et ajustements qui les ont accompagnés. Pour désigner ces deux mécanismes indissociables l'un de l'autre, ainsi que le résultat auquel ils aboutissent, nous utilisons le mot : traduction » (p. 204).

qu'il avait, à force de travail, contribué à lancer. Si nous avons dû, pour des raisons de place et de netteté de nos extraits, enlever la plupart des hésitations et des répétitions dans les discours de nos interviewés tout au long de ce chapitre, nous avons tenu à laisser ici le texte intact afin de permettre au lecteur d'entendre l'intensité des émotions convoquées :

« je pèse mes mots mais je le pense donc je le dis : il me semble que, même si la motivation reste intacte, il me semble que... que le personnel est peut-être plus centré sur, un tout petit peu plus centré sur sa vie personnelle, sur sa vie familiale, sur... et moins enclin à... à déborder un peu plus sur sa vie professionnelle. Il me semble que... alors ce n'est pas un jugement hein, non mais je... ce n'est pas un jugement... de l'équipe initiale, alors je ne suis pas, comment dire... je ne pleure pas sur le passé, je ne suis pas... je n'ai plus le terme. Mais on est... mais peut-être parce qu'on démarrait le truc quoi, on était prêts à faire... alors que là on est quand même plus cloisonnés... on est plus centrés sur la journée de travail, on fait un tout petit peu moins... un tout petit peu moins de choses par rapport à des sorties ou de choses comme ça [...] Alors le mot de la fin ce serait que... ça serait que cette magnifique aventure qui existe, je sais qu'au niveau de l'hôpital public, malgré les restrictions budgétaires, malgré les difficultés, bon, il continuera, il perdurera, et là ce qu'on est en train de faire avec l'asso' c'est de faire en sorte que le jour où on va partir, parce qu'un jour on ne pourra plus, on sera trop vieux, je ne sais pas quoi, il faut que cette aventure continue pour le plus grand bonheur des gens qui y sont quoi, voilà, et donc, alors je ne sais pas si c'est le mot de la fin mais, faire en sorte que justement il n'y ait pas de fin à cette belle, belle aventure, voilà. Après je n'ai pas la réponse, on essaie mais c'est compliqué. C'est compliqué parce que ça demande beaucoup d'investissement personnel, si je me remets en parallèle à ce que j'ai dit tout à l'heure où il me semble que les jeunes sont peut-être, pfff... je ne sais pas comment le qualifier. Ils sont bien les jeunes, je n'ai pas dit ça mais... peut-être un petit peu plus centrés sur eux-mêmes ? Je n'en sais rien. Peut-être... moins envie de donner dans le cadre d'associations. Je ne sais pas. Oui, je ne sais pas. Je n'ai pas la réponse.

Chercheuse : C'est un peu une question de la transmission qui se pose.

C'est ça oui, c'est ça. Parce que le but c'était de transmettre aux patients, que ce soit eux qui soient les dépositaires de cette association, on l'a en partie réussi hein, parce que quand on a créé l'asso ils m'appelaient pour acheter une bouteille de gaz, des trucs comme ça, maintenant ils ont des camions, ils conduisent des camions, ils ont un budget, ils ont un carnet de chèques, ils ont une carte bancaire, ils gèrent leur association et tout. On n'est pas loin ; alors est-ce que ce sont nos propres peurs, il faut qu'on travaille avec... » (47C60)

La question qui se posait pour ce professionnel était de savoir ce qu'il adviendrait du projet une fois qu'il serait parti. Plus que la psychothérapie institutionnelle en elle-même, avec laquelle il admettait toutefois une forte ressemblance du dispositif qu'il avait contribué à instituer¹⁴², ce qui faisait pour lui l'objet d'une perte était l'engouement et l'engagement pour le projet collectif. D'autres professionnels à l'aube de leur retraite étaient eux aussi saisis de la même peur : si tout l'apprentissage du savoir-faire en psychiatrie repose sur un système de transmission des anciens aux nouveaux, comment faire, en tant qu'ancien, lorsqu'on sent ces canaux de transmission bloqués ? La frilosité des jeunes quant au fait de payer leur engagement professionnel au prix de leur vie personnelle est répandue et compréhensible. L'inertie du système psychiatrique, les contraintes administratives, les coupes budgétaires ou encore le rapport en constante évolution de tout travailleur à son activité dans une époque où la réduction du temps de travail apparaît non plus comme une utopie mais comme une politique publique envisageable... L'ensemble de ces facteurs rend entendable la motivation parfois plus faible des professionnels d'aujourd'hui à reproduire le même modèle que leurs aînés.

Les expériences institutionnelles et collectives ont donc sans surprise un point aveugle : celui de la place du meneur dans la construction et la pérennisation de leurs principes et de

¹⁴² Nous avons ainsi noté la chose suivante dans notre journal de bord : « Il sait certainement que ça fonctionne parce qu'il est là et s'inquiète sûrement pour la suite. Il me dit « bien sûr ce qu'on fait c'est inspiré de la psychothérapie institutionnelle » » (47JB-1).

leurs actions. Dans tous nos opérateurs, et sans le vouloir, nous avons retrouvé la figure du chef : lorsqu'ils étaient invités à nous dire ce qui pour eux avait constitué de grandes évolutions dans le service ou la structure dans laquelle ils travaillent, les professionnels, invariablement, inlassablement, nous parlaient de leur chef de service ou de pôle¹⁴³.

Il nous apparaît, précisément parce que la psychothérapie institutionnelle n'a pas su ni pu traiter cette question du fait des conditions mêmes de sa naissance, qu'utiliser les retours d'expérience de ses fondateurs permettrait de penser la transmission et la continuité de façon positive : ni dans la nostalgie du « c'était mieux avant », ni en fonction d'une impuissance écrasante pour les professionnels qui ne se trouvent pas statutairement en position de leaders. A lire les écrits tardifs des auteurs de la P.I., il semble que lorsque les questions de leadership ont finalement traversé le refoulement dont il est possible de penser qu'elles avaient fait l'objet, certaines émergences mélancoliques au sujet de la transmission de la P.I. - voire simplement de la psychiatrie humaniste - indiquaient que les réformateurs avaient déjà partiellement perdu leurs illusions sur les temps à venir (Sassolas, 2012). Si le monde de la santé mentale d'aujourd'hui n'est pas tout à fait celui d'il y a vingt ans, nous pensons tout de même que les affects dépressifs vécus hier comme aujourd'hui sont relativement comparables, et qu'il est donc possible de s'inspirer du passé pour anticiper l'avenir de la psychothérapie institutionnelle.

Au moment de la réforme psychiatrique française, les seuls professionnels a minima formés à la relation thérapeutique étaient les psychiatres ; ils maîtrisaient par ailleurs des concepts de philosophie, de politique et de psychanalyse à même d'enrichir leur réflexion, et grâce auxquels la psychothérapie institutionnelle a pu émerger. En 1961, dans le huis clos des séances du GTPSI, François Tosquelles parlait ainsi à ses collègues :

« [...] se pose le problème de la création d'une autre arme thérapeutique qui puisse être mise en branle par la plupart des médecins, et pour ceux qui ne sont pas analysés. Avec quels éléments peut-on élaborer des théories de cette

¹⁴³ Les extraits de nos entretiens portant sur les chefs de pôle sont disponibles dans la révision de notre premier opérateur.

thérapeutique, sinon avec cette recherche ouryenne, ou saint-albanaise, ou chez Torrubia ? Il semble que c'est ça, la définition de l'importance de notre groupe : de voir, dans ses expériences d'institutions différentes, quels sont les éléments conceptuels à dégager » (*Psychothérapie multiréférentielle dans un milieu institutionnel: actes du GTPSI, [Saint-Alban, les 30 avril et 1er mai 1961, 2015]*)

Afin d'espérer faire bouger les lignes du système, il fallait donc – et les promoteurs de la psychothérapie institutionnelle le savaient bien - être en position de meneur dans les services :

« Quelles que soient les expériences institutionnelles dont on parle, il s'y attache le nom d'un promoteur. Celles qui mettent l'accent sur leur côté « démocratique » ne font pas exception, nous dirons même au contraire. Tous procès faits à la hiérarchie, et toute sentence rendue dans le sens d'un aplatissement flou (voire fou) d'une hiérarchie pyramidale assouplie ou d'une hiérarchie en série, etc., il reste *le nom de celui qui a fait ou permis cela*. Est-ce une preuve d'avancer que si le « promoteur » s'en va l' « œuvre » disparaît ou plus précisément devient *méconnaissable ?* » (Chaigneau et al., 1971, p. 192)

Dans un système psychiatrique où les psychiatres étaient les seuls professionnels bénéficiant d'une véritable formation au maniement des concepts et à l'abstraction, cette façon de réfléchir la transmission relevait du pragmatisme plus que du sentiment de supériorité. Cependant, ainsi que nous l'avons dit plus haut dans ce chapitre, jamais autant de professionnels n'ont été formés pour rejoindre les rangs des équipes sanitaires et médico-sociales. Certains ont certes vu leurs formations se réduire, leur engagement décroître, leur envie d'ajouter encore et toujours le supplément relationnel aux tâches du quotidien s'étioler. Mais d'autres, dont il nous faut simplement espérer qu'ils soient suffisamment nombreux, théorisent leur pratique, ont des idées, aspirent à plus d'autonomie et de créativité. Dans ce cadre de grand éclectisme des professions et des désirs, ne serait-il pas nécessaire de travailler l'opérateur caché de la psychothérapie institutionnelle afin de le soumettre à la réflexion de

tous ? Comment un mouvement pensé par un groupe homogène de professionnels en place de leaders dans leurs services peut-il se transformer afin de réellement devenir un objet commun ?

Cette question nous paraît cruciale pour le devenir de la P.I., mais il semble que l'histoire de la psychiatrie a plutôt pris pour acquis que le changement viendrait uniquement des psychiatres, tant et si bien que lorsqu'il s'agit aujourd'hui de fustiger le manque de résistance de la psychiatrie humaniste aux tentatives de réorganisations technocratiques, c'est également souvent aux seuls psychiatres qu'il est tentant de s'en prendre. Cette culpabilisation était présente chez les principaux promoteurs de la P.I. : Oury lui-même disait que le peu d'écrits à La Borde était pour lui « une énigme et un désespoir » (J. Oury & Depussé, 2003, p. 89). Au fur et à mesure des années, sa position, reflétée dans ses séminaires et ses articles, ses anecdotes et ses apparitions publiques semble en effet avoir été de moins en moins chargée d'espoir, au profit d'une certaine circonspection inquiète face aux illusions perdues de certains de ces confrères et d'une conscience accrue de la nécessité de faire trace :

« on peut se demander si ce Collectif ne constitue pas une espèce de masque, d'écran, qui dissimule en fait la prise de position personnelle d'un leader absolu... C'est une question qui se pose ; ce serait bien dans l'air du temps du XXe siècle... Je me souviens avoir eu l'occasion, pendant un déjeuner de parler avec Henri Ey, peu avant sa mort. Il me disait : « Vous vous rendez compte, Saint Alban sans Tosquelles ! Et Bonneval sans Henri Ey ! Et La Borde sans Oury, hein ! » Je n'ai pas voulu le contrarier, c'était gentil, en plus... En même temps, c'était la pire vacherie qu'on pouvait me dire ! Mais pas pour lui. C'était un simple constat, pas même un compliment. Mais si c'est vraiment comme ça, c'est terrible... » (Oury, 1986b, p. 116)

« ce qui est apparu là, c'est le terme de *transmission*. Qu'est-ce qu'on transmet ? Ca pose un problème, surtout actuellement dans le contexte général : qu'est-ce qui se transmet ? Dans quoi ? L'enseignement ? Le matériau psychiatrique ? aussi

bien au niveau des infirmiers que des psychiatres ? Ce n'est pas tellement la formation. Ca pose un problème ». (J. Oury, 2014, p. 112)

Une quinzaine d'années après les extraits que nous venons de citer¹⁴⁴, il relatait dans son livre avec Marie Depussé une très courte anecdote qui disait pourtant la souffrance et l'impuissance ressentie face au déluge qu'il sentait venir après lui : « Quand Dubuffet est venu me voir, je lui ai dit : « Regardez : ici c'est de l'Art Brut, mais c'est un musée vivant que personne ne va recueillir ». » (J. Oury & Depussé, 2003, p. 89). Dans ce même livre, on pouvait également lire :

« Il y a quelques années, j'étais allé parler à Milan et j'étais entouré par un groupe d'étudiants enthousiastes : « La Borde, tout ce travail collectif, quelle merveille ! » Je les ai arrêtés. Je leur ai dit : « Le collectif, à La Borde, c'est moi. Je ne dis pas ça par gloriole, mais par misère. Si vous allez à La Borde, vous trouverez le potentiel soignant à l'état sauvage ». » (J. Oury & Depussé, 2003, p. 306)

Oury était nous semble-t-il douloureusement conscient de la question de la continuité de La Borde et avec elle du mouvement de la psychothérapie institutionnelle. Il l'était peut-être d'autant plus qu'il ne pouvait ignorer que le sentiment d'être une « tribu » que décrivait Ginette Michaud dans son propre livre sur La Borde avait en effet été déclenché par la présence et le charisme de son fondateur :

« il avait fait Collectif autour de lui : « Il ne faut pas oublier que la possibilité de se regrouper autour d'une entreprise était devenue nécessaire pour ceux dont le sort était lié à Oury » (Michaud, 1977, p. 40)

¹⁴⁴ Le deuxième extrait provient du séminaire de Sainte-Anne intitulé *Hiérarchie et sous-jacence*, publié en 2014 mais daté de 1991-1992.

Ses interrogations sur la continuité se sont avec les années empreintes d'un fort sentiment de solitude qui s'exacerbait au fur et à mesure des décès de ses confrères d'alors, posant la même question que celle que soulevait l'extrait que nous avons longuement cité de notre entretien avec un infirmier coordinateur : la montée en puissance chez tout meneur ou promoteur d'un mouvement mélancoliforme lorsqu'à la fin de sa vie professionnelle – derrière laquelle on retrouve aussi la dimension de sa propre finitude – il ne lui paraît trouver personne derrière lui pour prendre la relève, signe fantasmatique que l'objet de son travail risque véritablement d'être perdu. Ainsi Oury faisait-il un bilan troublant dans sa postface au livre d'Olivier Apprill sur le GTPSI :

« Comme le disait François Tosquelles un mois avant sa mort, en septembre 1994 : « il faut que ça continue ». [...] Je voudrais cependant vous communiquer cette impression étrange qu'on peut avoir en relisant ces textes : la plupart des participants ont disparu. Faut-il les citer, dans une dimension concrète d' « immortalité » ? Plus d'une quinzaine ! Faut-il les citer ? Pourquoi pas ! Jean Ayme, Hélène Chaigneau, Jean Colmin, Félix Guattari, Philippe Koechlin, Robert Million, Gisela Pankow, Claude Poncin, Yves Racines, Philippe Rappart, Denise Rothberg, Jacques Schotte, Horace Torrubia, François Tosquelles... Merci encore à Olivier Apprill de nous permettre de mieux articuler les concepts qui, bien que mis en danger, sont toujours indispensables pour notre travail » (Oury in Apprill, 2013, p. 184)

Nous faisons l'hypothèse, avec ces mêmes auteurs de la P.I., qu'il n'existe effectivement pas de mode d'emploi dans la transmission des concepts opératoires que nous avons définis et affinés dans nos deux chapitres précédents, mais que la réflexion sur la place et le rôle du meneur et de sa théorie du soin dans l'organisation du service doit absolument être pensée afin de ne pas être le premier obstacle à la diffusion d'idées qui, pourtant, font consensus parmi les professions du soin et de l'accompagnement. L'enjeu principal est d'éviter des mouvements de mélancolisation des équipes lorsque, comme le soulignaient fort justement Chaigneau, Chanoît et Garrabé, le promoteur de l'expérience institutionnelle s'en va.

La réflexion que nous proposons ici résulte de ce constat d'une transmission du déni de la question du leadership, qui interroge tant la psychothérapie institutionnelle en elle-même que le rapport de chaque sujet qu'elle a convaincu à son corpus. Parmi les figures de proue de ce mouvement, d'hier comme d'aujourd'hui, combien exercent une profession autre que celle de psychiatre ? On nous rétorquera que le psychiatre assume une responsabilité que ses autres collègues ne portent pas comme lui, que seuls les psychiatres peuvent accéder aux chefferies de service, aux chefferies de pôle, et qu'il serait souhaitable que dans le médico-social ils puissent accéder de nouveau à des postes mêlant médecine et direction d'établissement. Cela est vrai, et pose le problème du discours de la psychothérapie institutionnelle : si celui-ci s'appuie toujours sur une pratique, mais qu'il faut être en position de chef pour impulser du changement dans les pratiques des autres, la psychothérapie institutionnelle serait-elle alors condamnée à être un discours dont les porteurs les plus éminents seront tous nécessairement psychiatres de profession ? La position de chaque « chef de pôle » qui la promeut au quotidien n'empêche pas qu'au moment d'en énoncer quelque chose, quitte à ce que ce quelque chose soit une réaffirmation du savoir et du savoir-faire des patients, la psychothérapie institutionnelle est toujours à risque de devenir un discours du maître. En écrivant cela, nous sommes également consciente qu'en faire un objet de thèse contribue à l'insérer dans un discours universitaire – véritable ironie du sort, pour un ensemble dont la qualité première est d'entremêler la théorie et la pratique.

Confondre le modèle théorique avec ses applications ferait toutefois du tort à la psychothérapie institutionnelle, et plus largement au motif de l'engagement dans le travail. Ainsi notre démarche souhaitait-elle partir des concepts opératoires fondamentaux de la P.I., et pas de ses expérimentations concrètes. Le Collectif a-t-il directement besoin d'une association pour être travaillé, la présence de lits est-elle une condition indispensable au partage d'une vie quotidienne, la désaliénation doit-elle passer pour chacun des professionnels en présence par plusieurs années sur le divan ? A toutes ces questions, il nous semble que la réponse est négative. Si la psychothérapie institutionnelle naît de *l'humus*, du milieu, sa renaissance ne pourra à notre sens venir que d'un découplage momentané entre ceux qui ont le pouvoir de l'implémenter – les leaders – et ce que les soignants ont le pouvoir d'exiger, à savoir une adaptation de l'organisation au territoire qui tienne compte de ce dont ils ont besoin avant même de penser à implanter quelque pratique humaniste que ce soit.

1. Se décaler du chef : le savoir expérientiel peut-il être le véritable meneur en psychiatrie ?

La contribution freudienne sur la constitution de l'Église et de l'Armée dans *Psychologie des foules et analyse du moi* (1921c/2010) peut, nous semble-t-il, éclairer les processus sur lesquels repose le maintien dans le temps d'une équipe soignante. Freud explique dans cet essai que tant l'Église que l'Armée sont des foules artificielles soumises à des « contraintes extérieures » destinées à les préserver de la dissolution et éviter des modifications quant à leur structure. Les équipes soignantes, comme les foules, semblent avoir tendance à s'organiser autour de l'illusion qu'un « chef suprême est là [...] qui aime tous les individus de la foule d'un égal amour » (2010, p. 32). Notons que chez Freud, ce meneur de foule incarné dans une grande figure peut laisser place à une Idée. La nuance est très intéressante, car il serait abusif de dire que les équipes soignantes ne se constituent que par la liaison libidinale de chacun de ses membres au meneur, qu'il soit cadre, chef de service ou directeur. Ainsi Freud écrivait-il :

« une tendance commune, un souhait auquel une multitude peut prendre part, ne fourniraient-ils pas le même substitut ? Cette abstraction pourrait à son tour s'incarner plus ou moins parfaitement dans la personne d'un meneur en quelque sorte secondaire, et de la relation entre idée et meneur résulteraient d'intéressantes variétés » (Freud, 2010, p. 38)

Cette description du rapport du meneur à l'idée nous paraît emblématique de la façon dont les professionnels possédant une autorité hiérarchique ou fonctionnelle incarnent l'idée, l'abstraction en faveur de laquelle un ensemble de personnes représentatives à la fois d'elles-mêmes et de leurs corps de métier acceptent de coopérer, à savoir le « prendre soin » du patient. Plus qu'une allégeance à un médecin-chef ou à un directeur, nous pensons que les équipes sont structurées par une certaine idée de ce que doit être l'accompagnement, le soin ou le prendre soin, idée qui doit s'incarner et se maintenir dans le temps comme condition de la cohésion d'équipe ; c'est de cette idée du soin partagée, qui doit concilier pérennité des valeurs dans le temps et adaptation à l'environnement, que le chef d'équipe se fait alors le garant.

On pourrait tout à fait être tenté de penser que seuls les hommes peuvent faire tenir les idées, mais il s'agit aujourd'hui – le défi est de taille – de faire tenir les idées de la P.I. dans une continuité qu'il est paradoxalement impossible de penser et de mettre en pratique grâce aux seuls textes de ses fondateurs puisqu'ils en oubliaient une question fondamentale : comment accepter de penser que l'œuvre d'une vie puisse prendre fin avec la sienne propre ?

Que constate-t-on en effet, lorsqu'il s'agit de la transmission de la psychothérapie institutionnelle ? Sous ce nom, elle est majoritairement faite par des psychiatres. Si des équipes interviennent en colloque afin de parler de leurs pratiques, les figures de proue du mouvement n'en restent pas moins affiliés à un seul et même corps professionnel. Pourtant, croire que sous prétexte que la psychothérapie institutionnelle ne se pratique plus telle le modèle ancestral, celle-ci ne serait tout bonnement plus transmise, serait une erreur qui nierait la créativité à l'œuvre dans les services de soins. Certes, les professionnels ne sont pas en demande d'une transmission d'un corpus de la psychothérapie institutionnelle qui serait total et fermé, tel un ensemble limité d'éléments sans lesquels toute pratique ne pourrait se revendiquer d'une étiquette quelque peu sacralisée. Les professionnels sont pourtant bien dans une dynamique de transmission et d'apprentissage, en même temps que les opérateurs jadis dégagés par le mouvement de la P.I. sont toujours au travail chez eux.

De quelle nature, alors, pourrait être une transmission de la psychothérapie institutionnelle adaptée au monde d'aujourd'hui ? Nous répondrons qu'il est impératif d'accepter que tout héritage historique implique une transformation, sous peine de fétichiser un modèle qui ne vaudrait alors pas mieux que les panacées managériales que nous vendent parfois les sciences de gestion. Il faut ainsi tout d'abord, pensons-nous, accepter une fragmentation du corpus de la P.I. Cette fragmentation n'implique pas de renier ce nom ni son rapport à l'histoire, dont nous pensons au contraire qu'il faut le revendiquer en des temps où la recherche considère comme ancienne toute contribution datée de plus de dix ans - et où les faiseurs de politiques publiques ne lisent par conséquent plus les retours d'expérience de leurs aînés, sous prétexte que le contexte change tellement vite que plus rien ne pourrait s'appliquer au monde nouveau toujours à venir. Lorsque nous proposons de fragmenter le corpus tel que nous l'avons fait dans les chapitres précédents, c'est bien au contraire pour prendre toute la mesure de ce qu'avaient en leur temps expliqué certains psychiatres réformateurs : de nombreux professionnels font de la psychothérapie institutionnelle sans le

savoir car le singulier mélange de leur formation, de leur histoire et de leurs rencontres leur a appris une pratique sans théorie de la pratique qui pourtant, dans les faits, mérite d'être considérée non comme « de la » psychothérapie institutionnelle, mais comme une façon de soigner l'institution malgré tout. L'enjeu aujourd'hui n'est donc pas celui de la transmission d'un modèle, mais de la mise en lumière de ses outils conceptuels structuraux. Seul le dégagement de la structure du cristal du mouvement « psychothérapie institutionnelle » permet de respecter la singularité des expériences grâce à des bases doctrinales suffisamment ouvertes pour que les professionnels puissent se les réapproprier dans le cadre de leur exercice individuel et collectif. Il nous semble que c'était le pari que faisait François Tosquelles dans le livre collectif *Actualité de la psychothérapie institutionnelle*, pari que nous souhaitons faire nous aussi au regard des nouveaux défis que lancent les actualités politiques du champ de la santé mentale aux équipes sanitaires et médico-sociales :

« je dois dire ici que je reste convaincu que, tant qu'il y a des hommes à la surface du monde, quelque chose de leurs démarches reste acquis, se retransmet, disparaît parfois, mais aussi resurgit quoi qu'il en soit des catastrophes mortifères qui nous assaillent souvent. Comme on sait, cette résurgence prend le plus souvent des formes nouvelles qui s'actualisent entre nous dans les enjeux du transfert. » (Tosquelles in Delion, 1994, p. 426)

B. Application de l'hypothèse de l'isomorphisme au contexte actuel : vers une véritable psychothérapie trans-institutionnelle.

« ce que l'étude des hôpitaux psychiatriques temps plein nous a montré quant aux mécanismes institutionnels est valable pour les autres lieux proposés pour recevoir les malades mentaux quels que soient les noms donnés aux uns (hôpitaux de jour, lieux de vie, structures intermédiaires, etc.) ou aux autres (soignés, pensionnaires, fous ou psychiatisés). » (Garrabé in *Psychiatrie et société*, 1981, p. 42)

« La thérapeutique institutionnelle n'est pas caduque pour autant [...] Elle doit simplement affronter de nouvelles contradictions – qui la rendent plus vivante – au niveau de ses indications dans une gamme stratégique. » (Chazaud, 1978, p. 56)

Notre deuxième point de discussion nous a été inspiré par les trop rares occurrences d'un concept que nous avons toutefois trouvé particulièrement éclairant pour les années à venir de notre dispositif français de santé mentale. En 1983, à l'occasion du double numéro spécial que Pierre Delion coordonne dans la revue *L'Information Psychiatrique*, le psychiatre Jean Garrabé propose un concept qu'il déploiera en 1987 dans une communication à la Société Médico-Psychologique, mais dont la psychiatrie française ne s'est à notre connaissance presque jamais emparée¹⁴⁵ : la « psychothérapie trans-institutionnelle ». Prophète en un temps où même les hôpitaux de jour n'étaient pas encore monnaie courante en France, Garrabé terminait un état des lieux de « l'après-crise de la psychothérapie institutionnelle » par ces mots :

¹⁴⁵ A l'exception notable du systémicien Jean-Claude Benoît, qui dans son rapport au congrès de Luxembourg y fera plusieurs références, soulignant la pertinence du concept (Benoit, 1984), et de l'article d'Hélène Chaigneau, dont Garrabé avait été l'interne, qui se trouve dans le même numéro de la revue (Chaigneau, 1983).

« Les histoires pathologiques se développant désormais tout au long d'un parcours à travers des institutions diverses, ce sont les modifications qui se produisent lors du passage de l'une à l'autre qu'il faudra avant tout étudier. Parfois ces passages constituent ce que j'appellerai de véritables scissions inter-institutionnelles par analogie avec les scissions intra-institutionnelles que nous connaissons déjà, entraînant une aggravation des manifestations psychopathologiques. Mais, à l'inverse, n'est-ce pas lorsque nous saurons mieux reconnaître et traiter ces scissions que nous pourrions, dans un futur proche, obtenir de meilleurs résultats thérapeutiques par une psychothérapie trans-institutionnelle ? » (Garrabé, 1983, p. 618)

Cette idée, visionnaire à notre sens, de pousser la psychothérapie institutionnelle jusqu'à ses limites en lui proposant de soigner le réseau de soins, mérite aujourd'hui d'être reprise et développée. Garrabé avait ajouté à ce sujet quelques lignes en mai 1987 :

« Je poserai une première question : peut-on encore parler d'une institution en plusieurs lieux (c'est à cela que correspondrait en théorie la politique de secteur) ou d'institution éclatée ou de plusieurs institutions ? Les mots qui ont été utilisés dans la discussion sont intéressants : alternative, chaîne, filet réseau [...] J'ai constaté que très souvent les malades étaient hospitalisés à l'occasion de crises parfois familiales (la famille est d'ailleurs institution) mais aussi de crises qui correspondraient à des scissions entre institutions, non plus intra mais interinstitutionnelles. Ici aussi l'état du malade ne peut s'améliorer si cette scission n'est pas traitée, à l'inverse la réduction de ces scissions interinstitutionnelles améliore cet état. C'est pourquoi j'ai proposé de parler de psychothérapie trans-institutionnelle » (Garrabé, 1987, p. 717)

Cet appel à réfléchir non plus seulement le soin dans un établissement mais la politique de soins elle-même est restée lettre morte¹⁴⁶. De nombreux auteurs avaient pourtant noté que la psychothérapie institutionnelle était le courant complémentaire de la psychiatrie de secteur, sans pour autant saisir l'implication immense qu'avait cette affirmation. Le secteur continuait de s'occuper de l'échelon interinstitutionnel, tandis qu'à la P.I. se voyait attribuée la seule logique intra-institutionnelle. Il est donc resté, pendant des dizaines d'années, un espace que les théories du soin psychodynamiques n'ont pas pu investir : celui d'une psychopathologie des liens inter-institutionnels, telle que suggérée par Garrabé. On pourrait ici nous répondre, ce qui serait partiellement vrai, que la P.I. n'a en réalité pas l'arsenal conceptuel pour concevoir et modéliser ces liens d'institutions à institutions, que seule la science politique, l'administration ou la gestion ont à leur disposition des outils leur permettant de se représenter l'intrication entre clinique et organisation des soins. A la lumière cependant de nos entretiens et de nos terrains, nous souhaitons proposer, à partir des apports d'une P.I. réactualisée et dans la perspective d'une psychothérapie trans-institutionnelle, un modèle des interactions interinstitutionnelles qui puisse apporter une piste de réponse à notre question première : qui prend soin du réseau ?

Ces développements exigent que nous fassions travailler ensemble la théorie des graphes, la conceptualisation du rhizome de Deleuze et Guattari et notre matériel de thèse. En effet, si Oury lui-même empruntait certains concepts aux mathématiques, comme celui de sous-ensemble flou – permettant de modéliser le degré d'appartenance d'éléments à un ensemble, et donc de mieux théoriser l'incertitude décisionnelle -, aucun auteur célèbre de la psychothérapie institutionnelle n'a à notre connaissance fait référence à la théorie des graphes, et pour cause : aucun d'entre eux n'a repris l'idée de psychothérapie trans-institutionnelle à laquelle notre utilisation des graphes est ici subordonnée.

¹⁴⁶ Nous en avons toutefois trouvé des résurgences dans le travail publié par Muriel Meynckens-Fourez, Christine Vander Borghet et Philippe Kinoo, lorsqu'ils évoquent l'idée d'un « paradigme multifonctionnel interactif » qui nous paraît permettre tant de comprendre le niveau des relations intra-institutionnelles que celui de l'organisation inter-institutionnelle (Meynckens-Fourez et al., 2013).

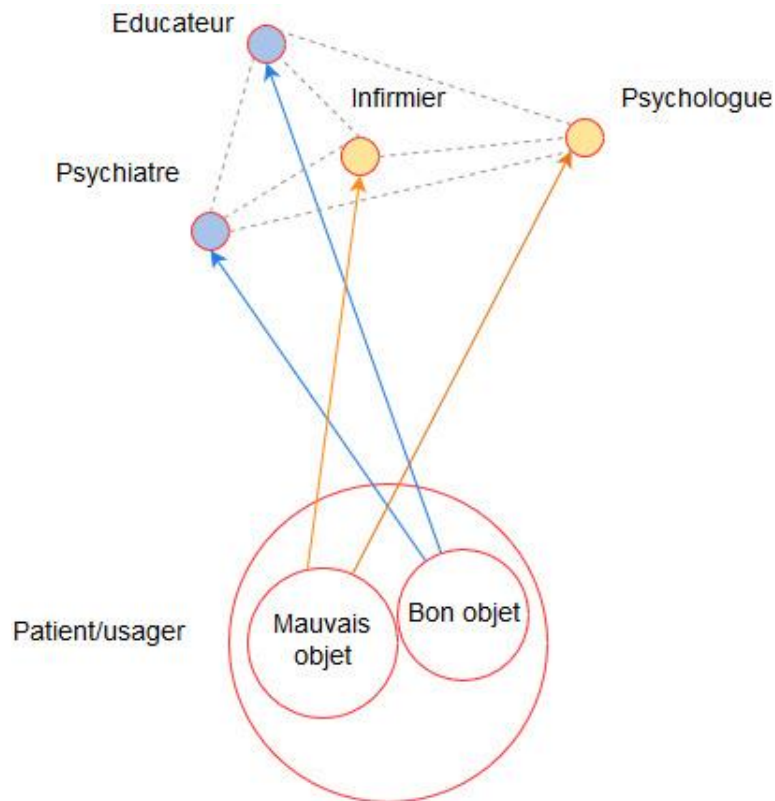
1. L'isomorphisme comme modèle de la psychothérapie trans-institutionnelle.

Nous souhaitons en point d'orgue de ce chapitre proposer une hypothèse concernant la modélisation psychopathologique des liens inter-institutionnels, afin de justifier notre affirmation qu'il est possible d'appliquer la grille d'analyse de la P.I. à l'échelon du réseau de santé mentale. Précisons d'emblée que les graphes qui émailleront les développements à suivre ne prétendent pas à l'exhaustivité, mais à la représentation imagée de termes qui resteraient sinon, pensons-nous, quelque peu obscurs au lecteur.

Il nous est apparu que la psychothérapie trans-institutionnelle dont Jean Garrabé avait détecté l'importance pour la cohérence des parcours de santé mentale des patients/usagers pourrait s'appuyer précisément sur l'isomorphisme que nous avons supposé, dans la révision de notre huitième opérateur, entre les niveaux intra- et inter-institutionnels de l'organisation des prises en charge. L'isomorphisme est, rappelons-le, le type de relation qui unit un bâtiment et son modèle réduit ou son agrandissement : à chaque point de l'ensemble de départ correspond un et un seul point de l'ensemble d'arrivée. Nous avons donné plus haut la première partie de la formule de cet isomorphisme dans le champ de la santé mentale : « un professionnel dans l'équipe = un champ d'action = un type de partenaires privilégiés au dehors ».

Commençons donc par schématiser ce qui se passe au niveau intra-institutionnel, par exemple à partir d'une équipe de SAMSAH ou de FAM – nous prenons volontairement un point de départ qui ne soit pas l'équipe psychiatrique. Comme nous l'avons montré dans notre quatrième opérateur, le phénomène du transfert, et plus particulièrement sa nature dissociée ou multiréférentielle, peut expliquer que les professionnels se retrouvent à porter chacun un morceau des contenus psychiques du patient en fonction de leurs expériences avec lui. Ce faisant, les professionnels porteurs de bouts de transfert peuvent, dans leurs relations, être affectés par les éléments intrapsychiques du patient projetés à l'extérieurs et donc refléter, dans leurs relations avec les autres professionnels de l'équipe, les relations existant entre les objets internes du patient. Dans le langage de la théorie des systèmes, le transfert occasionne donc des phénomènes dits de *polymorphisme*, autrement dit des correspondances telles « qu'à tout élément de l'ensemble de départ corresponde un élément au moins de l'ensemble

d'arrivée »¹⁴⁷. Le travail avec le transfert psychotique dans les équipes pourrait être modélisé ainsi :



Graphe initial : transfert et projections du patient/usager sur les professionnels d'une équipe

Ce que le patient projette ou déplace sur chacun des acteurs de sa prise en charge est avant tout caractérisé par sa fragmentation, puisque plusieurs professionnels peuvent être mis en place de bon ou de mauvais objet : ainsi, dans ce schéma, à l'un des objets internes du patient correspond plusieurs objets de la réalité matérielle, du fait du phénomène de morcellement caractéristique de la symptomatologie. C'est au polymorphisme découlant de cette fragmentation que les professionnels doivent répondre par leur polyphonie : ils se réunissent alors afin d'obtenir, pour eux-mêmes et pour les autres, une représentation la plus

¹⁴⁷ Nous nous référons notamment à l'ouvrage de Jean-Louis Le Moigne, *La théorie du système général : théorie de la modélisation*, disponible en ligne à l'adresse suivante : www.mcxapc.org/inserts/ouvrages/0609tsgtm.pdf et à la thèse de Damien Claeys (2013), elle aussi disponible en ligne : aes.ues-eus.eu/aes2011/Architecture_Claeys.pdf. Références consultées le 7 août 2018.

globale possible du patient. Se réunir revient à faire émerger l'ensemble de départ (le patient) grâce à tous les éléments transférentiels de l'ensemble d'arrivée (l'équipe). Si cette dynamique de transfert multiréférentiel n'est pas expérimentalement prouvée, elle a tout de même la valeur scientifique d'une récurrence empirique qui pousse, nous l'avons vu, les professionnels des structures sanitaires et médico-sociales à se réunir. Le type de graphe connectant les professionnels les uns aux autres tel que nous l'avons schématisé est dit « complet », puisque chacun de ses sommets est connecté à tous les autres, c'est-à-dire que chaque professionnel entretient de façon plus ou moins forte des relations avec tous ses collègues : le canal de communication le plus court entre deux professionnels est donc toujours direct (égal à 1). En théorie des graphes, on parle alors, entre les sommets, de « voisinage »¹⁴⁸.

La relation d'isomorphisme institution/réseau que nous avons postulée à partir de notre huitième opérateur s'appuie sur cette dynamique de connectivité nécessitée par la nature multiréférentielle du transfert psychotique. Ce que nous ont montré nos entretiens et nos semaines de terrain c'est que chaque professionnel, en plus d'être connecté à tous ses collègues, entretient grâce aux compétences données par son corps de métier des liens à l'extérieur de l'institution où il travaille. Ainsi, dans les faits, chaque professionnel est responsable de certains partenariats inter-institutionnels : ses collègues attendront de lui qu'il fasse l'intermédiaire, notamment du fait des barrières langagières que nous avons évoquées précédemment. Ce que nous avons donc constaté sans pour autant être en mesure de le quantifier, c'est tout d'abord que chaque professionnel, à partir de sa position, ouvrirait l'institution sur des partenaires différents, mais plus encore que nombre de nos interviewés décrivaient les relations de leur institution avec l'extérieur de la même manière qu'ils décrivaient leurs propres expériences avec leurs collègues et leurs équipes. Le fait que ces acteurs du réseau de soins soient des établissements entiers ou des professionnels libéraux importe en réalité peu dans ce modèle, car comme le soulignait une directrice d'établissement

¹⁴⁸ Il est intéressant de remarquer que ce terme était présent dans l'œuvre d'Oury, qu'il associait aux ouverts (Oury, 2007).

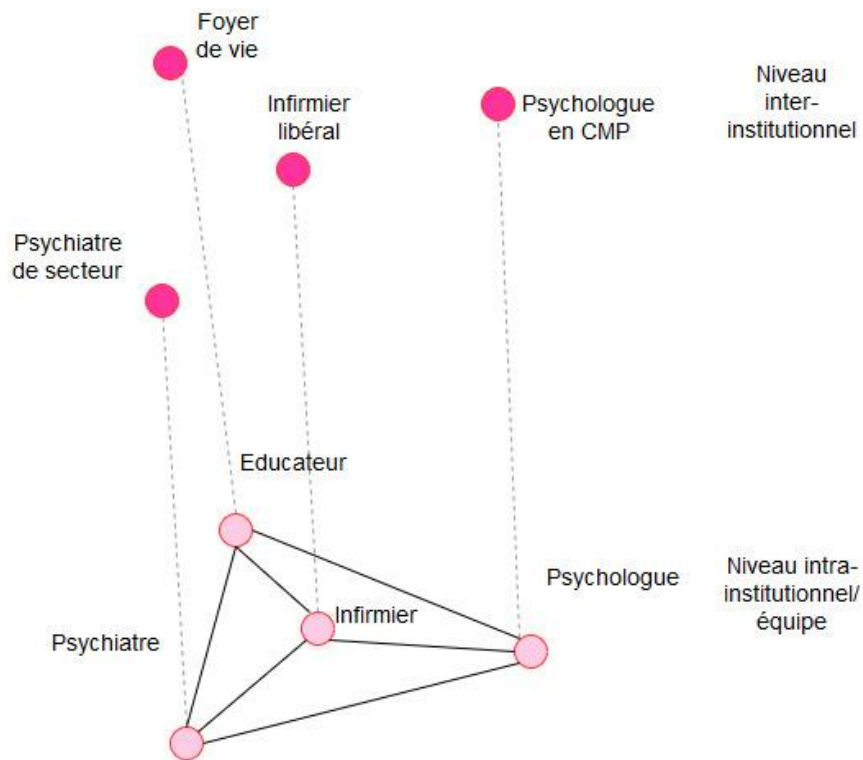
médico-social, c'est en tant qu'acteurs à qui échoit la responsabilité d'une partie de la prise en charge du patient qu'ils sont comparables :

« L'extérieur ce sont les partenaires ! Ca peut être, je ne sais pas, une assistante sociale, ça peut être un centre de loisirs, ça peut être l'hôpital, ça peut être un cabinet infirmier, ça peut être... c'est ce que veut l'usager, c'est ce dont il a besoin. » (73DXX)

Si nous n'avons pas explicitement listé l'ensemble des « partenaires » repérés comme tels par les structures dans lesquelles nous nous sommes rendue, disons toutefois ici qu'ont été cités les piscines municipales tout autant que les GEM, les organismes tutélares et les maisons de retraite, les bailleurs sociaux et les médiathèques, Emmaüs, les médecins généralistes, les infirmiers libéraux et bien d'autres professionnels, structures spécialisées ou dispositifs de droit commun. L'intérêt pour nous n'est pas de représenter cet ensemble qui confine, nous l'avons dit plus haut, à l'irreprésentable, mais de proposer un modèle simplifié de l'hypothèse à partir de laquelle adapter le corpus de la P.I. à l'échelon inter-institutionnel.

Si nous reprenons notre graphe complet à quatre sommets : psychiatre, éducateur, infirmier, psychologue, pour lui appliquer l'équivalence « *un professionnel dans l'équipe = un champ d'action = un type de partenaires privilégiés au dehors* », nous nous retrouvons donc schématiquement avec quatre champs d'action différents : le suivi du traitement pharmacologique, le suivi éducatif, le suivi des soins quotidiens, et le suivi du soin psychique. Chacun de ces types de suivis peut faire appel à des partenaires spécifiques au dehors : le suivi du traitement au psychiatre de secteur, le suivi éducatif à un Foyer de Vie par exemple, le suivi des soins quotidiens à un infirmier libéral, le suivi du soin psychique à une consultation psychologique en CMP. Notre premier graphe complet se transforme alors en graphe ouvert, dont certains sommets ne sont connectés qu'à un seul autre sommet - autrement dit, dans lequel certains professionnels sont *la seule connexion existante de leur institution* avec tel ou tel partenaire donné. Ce phénomène prend le nom, nous l'avons dit dans la révision de notre huitième opérateur, de bijection. Nous représentons en rose clair les sommets de notre

graphe initial, intra-institutionnel, et en rose foncé les points qui ont fait l'objet d'une bijection à partir de notre graphe initial :



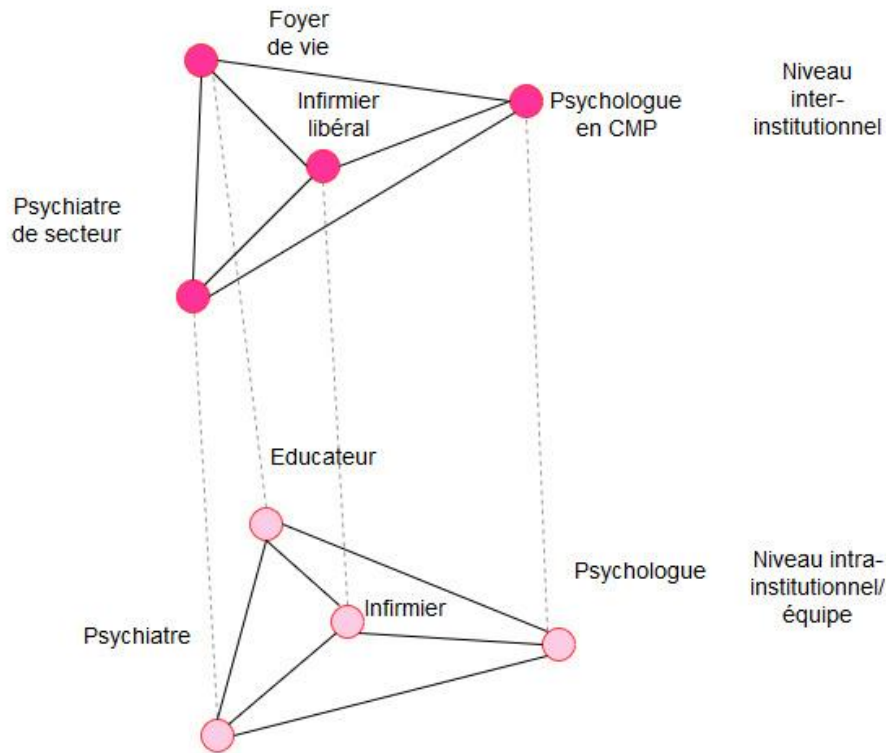
Grappe intermédiaire : représentation des partenariats privilégiés par bijection du graphe intra-institutionnel initial

Peu importe ici que les points apparaissant en rose foncé soient des professionnels libéraux ou des établissements : c'est en tant qu'ils sont des acteurs de la santé mentale qui ne sont en contact qu'avec un seul de nos professionnels de départ qu'ils nous intéressent. Nous aurions tout à fait pu rajouter un sommet « usager » au niveau intra-institutionnel afin d'y faire correspondre un sommet « GEM » au niveau inter-institutionnel, car nous avons souvent vu des patients dans le sanitaire ou des usagers dans le médico-social discuter entre eux de l'existence et de la possibilité de se rendre dans l'une de ces associations ; nous aurions également pu rajouter un sommet « médecin » au niveau intra-institutionnel qui aurait garanti la liaison avec le médecin généraliste au niveau inter-institutionnel, ou encore parler du lien qu'entretenaient les animateurs sur certains de nos terrains avec les Maisons de

quartier¹⁴⁹, mais nos schémas ne promettent pas, comme nous l’avons dit, l’exhaustivité de la représentation : ils proposent seulement de tester l’hypothèse selon laquelle il est possible de représenter les liens de partenariats entretenus par une institution sous forme de bijections.

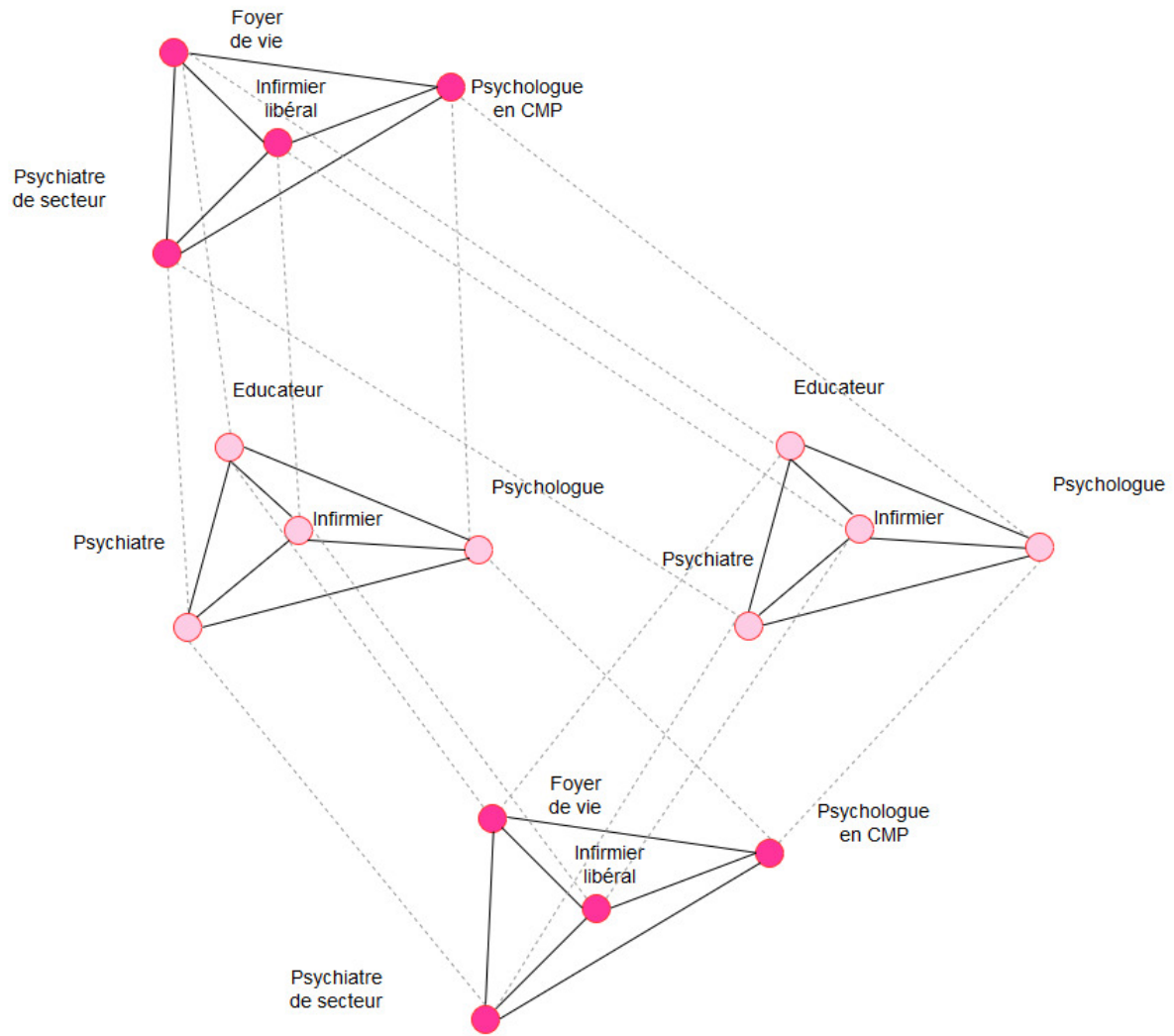
L’étape suivante de ce processus consiste à modéliser l’isomorphisme lui-même, autrement dit à postuler, après la bijection, une identité structurelle des relations entre éléments de l’ensemble de départ (intra-institutionnel) et des liens entre éléments de l’ensemble d’arrivée (inter-institutionnel). Le caractère hypothétique de nos développements commence ici : *nous proposons un modèle dans lequel il est possible de représenter les relations inter-institutionnelles comme on représente les relations interprofessionnelles dans une équipe*, en tant que la manière dont les professionnels s’identifient à leur corps de métier pour situer leur place dans le collectif soignant ressemble fort à la façon dont les institutions se créent une identité en fonction de leur secteur d’exercice (sanitaire, médico-social et libéral) afin de situer, dans le réseau de santé mentale, leurs attributions respectives vis-à-vis de l’usager. La définition de ces systèmes, qui nous paraît applicable à une institution tout autant qu’à un réseau, pourrait être celle d’un système où chacun représente, car il est formé pour la voir, une partie de la globalité du patient et par extension des actions nécessaires à son accompagnement. Le schéma suivant propose une représentation graphique de cette relation d’isomorphisme postulée :

¹⁴⁹ Ces trois cas de figure font allusion à des configurations que nous avons réellement rencontrées lors de nos déplacements.



Représentation graphique de l'isomorphisme : similitude des relations entre éléments de deux graphes connectés par bijection

Le développement pourrait s'arrêter là, mais il faut concevoir que chaque institution fonctionne structurellement de la même façon avec ses partenaires (chaque institution se lie en effet avec plusieurs autres acteurs du territoire, peu importe leur nombre), et que chaque professionnel, lorsque son activité le lui permet, aura tendance à nouer non pas un seul, mais plusieurs partenariats avec plusieurs structures différentes. Autrement dit, le champ inter-institutionnel peut se représenter comme une multiplicité de graphes isomorphes interconnectés entre eux et ouverts sur des extérieurs de plus en plus larges :



Représentation graphique de notre hypothèse : un réseau constitué d'acteurs de toutes tailles connectés sous forme de graphes isomorphes

Cette représentation change radicalement la réflexion d'échelle car elle permet alors de penser, avec Deleuze et Guattari, que le réseau ainsi dessiné lorsque l'on s'extrait de la perspective d'une structure unique possède les caractéristiques de ce qu'ils appellent un rhizome.

2. De l'isomorphisme au réseau comme rhizome.

En effet, le système d'interconnexion de professionnels différents à l'intérieur et en dehors de chaque institution semble correspondre aux deux premiers principes du rhizome

formulés par Deleuze et Guattari : connexion et hétérogénéité. Leur description de ces deux premiers principes correspond à la représentation graphique de l'équipe que nous avons fournie ci-dessus : « n'importe quel point d'un rhizome peut être connecté avec n'importe quel autre, et doit l'être. C'est très différent de l'arbre ou de la racine qui fixent un point, un ordre » (Deleuze & Guattari, 1980, p. 13). Lorsque toutes les professions sont interconnectées, l'ordre importe moins que la multiplicité des chemins qui peuvent alors être empruntés : « il n'y a pas de points ou de positions dans un rhizome, comme on en trouve dans une structure, un arbre, une racine. Il n'y a que des lignes » (*ibid.*, p.15). Ainsi peut-on aussi considérer le champ inter-institutionnel que nous avons modélisé comme « acentré, non hiérarchique et non signifiant, sans Général, sans mémoire organisatrice ou automate central, uniquement défini par une circulation d'états » (*ibid.*, p. 32). Chaque institution construit et déconstruit en permanence ses liens avec l'extérieur, tant et si bien que la structure du champ institutionnel change en permanence au gré des partenariats qui se font et se défont. Rappelons ici que nous décrivons l'état du système sous forme d'échanges libidinaux : si du point de vue politique le système est polycentrique et l'automate central est bien souvent l'Agence Régionale de Santé la plus proche, du point de vue psychodynamique l'on pourrait dire, de façon provocatrice quoique tout à fait pragmatique, que l'Inconscient ne connaît pas le concept d'Agence Régionale de Santé. Cette dernière, si elle a effectivement le pouvoir d'orienter les partenariats, est complètement dépassée par l'orientation des échanges humains quotidiens dont elle n'a pas les moyens de se représenter la versatilité.

Dans le champ de la santé mentale, il nous semble que la question du « centre », que l'on choisisse d'y mettre le patient, l'hôpital ou la ville, est toujours au final une question fantasmatique qui découle d'une perspective auto-centrée, ancrée en un point de la carte, qui ne permet pas de saisir l'ensemble des autres perspectives sur le sujet. Cette approche centralisée gagnerait à se transformer en une approche par la multiplicité des points d'entrée. Nous avons trouvé cette conceptualisation dans un SAMSAH expérimental, dans lequel, au niveau de l'équipe, la question était toujours de savoir quelle porte d'entrée l'utilisateur allait choisir d'ouvrir aux professionnels :

« je te donne un exemple très simple : la personne veut trouver un logement, hé bien la porte d'entrée ça va être une CESF [...] quand l'équipe [de direction] me présente des personnes qui sont encore au niveau stabilité tout ça pas trop, on va peut-être commencer plutôt par l'infirmière, mais pas tant parce qu'elle va avoir une approche santé tout de suite, mais parce que du coup elle va être à même de mettre en place rapidement des entretiens d'aide » (85C57)

[...] toute la question dans nos échanges est de se dire : quelle porte d'entrée la personne nous ouvre, et par quoi on peut commencer à travailler pour installer cette relation de confiance et qu'est-ce qu'on travaillera peut-être plus tard si la personne nous ouvre la porte plus tard » (85AMP35)

La notion de porte d'entrée, combinée à la question de l'échec dont nous avons parlé au cours de la révision de notre sixième opérateur, nous paraît elle aussi permettre une connexion avec le concept du rhizome. En effet, les professionnels qui admettaient que les projets construits avec les patients ou usagers puissent tomber à l'eau avaient une réflexion qui rappelait le quatrième principe du rhizome, celui de rupture assignifiante : toute porte qui se ferme dans le travail en ouvre nécessairement une autre. Ainsi en va-t-il par exemple de l'abandon d'un projet d'appartement et de l'admission en hospitalisation : seul le rhizome nous permet de penser en termes organisationnels, sans moraliser ni projeter sur le patient ce que nous souhaitons pour lui, en conceptualisant simplement une rupture de parcours qui donne lieu à une reprise potentielle autre part. Deleuze et Guattari énonçaient ainsi ce principe :

« un rhizome peut être rompu, brisé en un endroit quelconque, il reprend suivant telle ou telle de ses lignes et suivants d'autres lignes. [...] il y a rupture dans le rhizome chaque fois que des lignes segmentaires explosent dans une ligne de fuite, mais la ligne de fuite fait partie du rhizome » (1980, p. 16)

A notre sens, la conceptualisation du réseau de soins comme étant rhizomorphe permet d'élaborer ce qui autrement arrête la pensée des professionnels, à savoir le sentiment

d'échec. Nous l'avons dit, dans son équipe chaque professionnel se sentait, au-delà de sa personnalité, le représentant de sa catégorie professionnelle auprès des autres. La relation narcissique de chacun de nos interviewés vis-à-vis de son propre corps de métier signifiait qu'ignorer leur parole revenait directement à déconsidérer leur profession. Le même type de relations existe entre structures du champ de la santé mentale : un établissement peut en ignorer d'autres et par là ignorer certains aspects de la globalité du patient. Comme le formulaient Deleuze et Guattari, « c'est peut-être un des caractères les plus importants du rhizome, d'être toujours à entrées multiples » (1980, p. 20). Seule la théorie du rhizome permet à notre sens réellement de déplier et d'utiliser la métaphore du *réseau* de soins, afin de concevoir que tout dispositif concret cache un circuit d'échanges qu'il ne peut qu'imparfaitement décrire, encadrer et reproduire. Rappelons l'une des propriétés de ce type de système, que Deleuze et Guattari avaient adossée au principe de multiplicité :

« Un agencement est précisément cette croissance des dimensions dans une multiplicité qui change nécessairement de nature à mesure qu'elle augmente ses connexions » (1980, p. 15)

Contrairement aux fantasmes de maîtrise de l'ensemble du réseau de soins et qui laissent toujours penser que le réseau possède un ou plusieurs centres, nous ferons l'hypothèse que la meilleure manière de comprendre un réseau de structures dans le champ de la santé mentale est de se représenter sa vivance à travers sa multiplicité non-arborescente. Certes, les politiques publiques de la santé mentale cherchent à rationaliser le réseau, à obtenir un « panier de services » dans chaque territoire voire à homogénéiser les parcours de soins mais dans les faits, les rapports inter-institutionnels ne sont pas seulement des rapports de partenariats contractualisés : si l'on décortique la structure de ces partenariats, on retrouve toujours, au final, un professionnel d'un corps de métier donné représentant sa structure auprès d'un autre professionnel du même corps ou d'un autre et appartenant à une structure différente.

Penser le réseau de soins comme un rhizome a des implications majeures pour la psychothérapie institutionnelle, et est à notre sens la condition pour donner corps et

cohérence à l'idée d'une psychothérapie trans-institutionnelle. Il n'est pas possible, pensons-nous, de réellement et seulement traiter le lien entre deux institutions. Si nous avons en effet affirmé comme une base de notre propos que nous considérons les institutions comme de la matière vivante, qui peut effectivement produire un certain nombre de fantasmes qui l'amènent à refuser de coopérer avec d'autres structures du même champ, le seul traitement de ces fantasmes du mauvais objet visant certains voisins ne suffit pas : c'est la situation institutionnelle de la structure qui, pour se protéger psychiquement, est amenée à projeter à l'extérieur des contenus dont elle ne veut pas, qu'il s'agit réellement de traiter.

Autrement dit, la psychothérapie trans-institutionnelle – cela fait tant sa force que son immense fragilité – revient à tenter d'analyser ce qui se passe dans les institutions du même champ séparément en postulant que cette asepsie à l'intérieur de la structure aura, par ricochet, des effets sur sa façon de se positionner dans le réseau.

Nous avons en effet constaté que parmi nos terrains, les structures les plus en lien avec l'extérieur étaient certes celles qui étaient implantées en ville non loin de leurs potentiels partenaires, mais que cela était pondéré par l'ambiance interne de l'institution. Autrement dit, l'ambiance d'une institution jouait un rôle important dans la capacité de chacun des professionnels à greffer de l'ouvert dans sa pratique, à aller voir ailleurs plutôt qu'en dedans, à s'ouvrir à d'autres plutôt qu'à tenter de se préserver voire de se réparer. Cette affirmation, qui fait le cœur de nombreuses thérapies individuelles, est tout aussi vraie en ce qui concerne les professionnels de soins : c'est à partir d'une base suffisamment solide, autrement dit d'un environnement de travail suffisamment bon, que les professionnels peuvent oser se diriger vers l'extérieur sans peur de fragiliser leur institution ni de se fragiliser eux-mêmes. La difficulté d'une institution à aller vers ses partenaires nous paraissait donc prendre racine dans une inhibition des professionnels à sortir de l'institution pour se plonger dans la multiplicité du champ de la santé mentale et créer du partenariat. Ceci signifie, en termes mathématiques, qu'il pourrait exister – et cette hypothèse, que nous n'avons pas eu le temps ni la capacité de vérifier, mériterait selon nous d'être explorée plus avant dans des protocoles de recherches pluridisciplinaires ancrés sur le terrain – un isomorphisme entre l'échelon institutionnel et l'échelon inter-institutionnel, car les rapports de professionnels à professionnels et les rapports d'établissements à établissements possèdent les mêmes caractéristiques structurelles.

Parler de rhizome pour décrire les interactions inter-institutionnelles ne revient pas à plaider pour l'anarchie ou l'inorganisation. Nous pensons en revanche que le modèle du rhizome offre une description des rapports inter-institutionnels complémentaire à la perspective classique des sciences politiques, de l'administration ou de la gestion, qui pour traiter de la structuration des accords entre établissements n'offrent qu'un vocabulaire de la contractualisation des partenariats à quiconque veut penser l'organisation des soins. Le modèle du rhizome ressemble, pensons-nous, à l'état dans lequel se trouve le champ de la santé mentale lorsque les politiques publiques ne régulent pas particulièrement les liens inter-structures. Il n'en serait pas nécessairement de même avec tous les champs professionnels, mais celui de la santé mentale est à notre sens poussé à se comporter en rhizome du fait de la clinique particulière des patients accueillis. C'est à cet endroit qu'il est possible d'élargir la théorie de la psychothérapie institutionnelle à une forme de psychothérapie trans-institutionnelle : en étendant l'hypothèse de base selon laquelle l'organisation doit être contrainte par la clinique des patients accueillis. Cela, nous semble-t-il, est vrai de l'organisation intra-institutionnelle, mais aussi des liens inter-institutionnels qui se comporteraient alors bien plus en rhizome qu'en parcours de soins balisé.

Conclusion

Dans un monde où la programmation des soins et des accompagnements existe mais reste une gageure du fait des aléas cliniques, il nous semblerait par conséquent pertinent de posséder un modèle des liens inter-institutionnels qu'il est possible d'appeler non pas lorsque tout va bien mais au contraire lorsque ces liens sont en difficulté. La construction de ce modèle, nous avons tenté de le montrer, comporte deux étapes. Premièrement, considérer que les opérateurs repérés par la psychothérapie institutionnelle travaillent effectivement chaque institution qui parfois cependant s'en dépêtre mal : il s'agit là d'aider les institutions à traiter ces opérateurs et à les faire fonctionner. Mais ce travail, précisément parce que l'institution est incluse dans un réseau grâce à ses professionnels qui petit à petit créent des liens ailleurs et ouvrent leurs pratiques, a des retentissements sur l'ensemble du réseau, car tout mouvement institutionnel impacte la structure du champ dans son entier. Ainsi doit-on penser l'organisation du réseau de soins comme un rhizome, une carte que les acteurs dessinent en permanence et dont les politiques publiques ne peuvent jamais que calquer la structure, au moyen d'une photographie figée en fonction de laquelle ils détermineront leurs actions.

C'est cette dialectique de la carte et du calque qui a mis le secteur en difficulté, par manque d'une réflexion clinique qui permettrait d'articuler changements intra- et inter-institutionnels. La carte, contrairement au calque, peut être « mise en chantier par un individu, un groupe, une formation sociale » (Deleuze & Guattari, 1980, p. 20). En somme, seule la logique du rhizome permet de penser l'impact des professionnels sur l'organisation des soins de façon complémentaire à l'impact de l'organisation des soins sur les pratiques professionnelles. C'est à cet endroit, nous semble-t-il, qu'une clinique des institutions peut se situer et faire valoir un point de vue pragmatique. Pas de changement inter-institutionnel sans changement intra-institutionnel : pas de psychothérapie trans-institutionnelle sans psychothérapie institutionnelle, sans appui donné aux institutions pour penser ces opérateurs qui les travaillent du fait même qu'elles accueillent et côtoient des personnes souffrant de troubles psychiques.

Cette hypothèse, avec laquelle nous terminerons notre chapitre, nous permettrait de penser une applicabilité de chacun de nos opérateurs dans le champ de la clinique inter-institutionnelle, qui fait intervenir du côté des établissements des dispositifs comme les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM), les Groupements de Coopération Sanitaire (GCS), les réseaux de soins et autres conventions de partenariat. La distinction statut/rôle/fonction (opérateur 1) permettrait alors de théoriser des rapports entre structures partenaires qui ne reposeraient pas uniquement sur ce qu'elles sont censées faire mais ce qu'elles font en réalité, ou encore sur le rôle qu'elles tiennent parfois dans la fantasmagorie ou le délire du patient, afin de limiter les scissions inter-institutionnelles.

De la même façon qu'il faut traiter, au niveau des équipes, la question du pouvoir psychiatrique, seule une réflexion étayée sur le statut et la place du secteur sanitaire permettrait à l'ensemble des acteurs de gagner en fluidité dans leurs relations, à partir du moment où la fonction de direction clinique n'est pas détenue par le secteur du soin. Cela nous paraît d'autant plus important que le modèle du *case management* a pénétré le système de santé mentale à travers le dispositif des Services d'Accompagnement Médico-Sociaux pour Adultes Handicapés (SAMSAH), dont le cœur d'activité est précisément la création et le maintien des liens inter-institutionnels pour un usager donné dans un territoire donné. En réhabilitant l'importance mais aussi la difficulté de la vie quotidienne (opérateur 2), on serait mieux à même de repenser l'aide et le soutien à apporter aux structures de vie accueillant des patients souffrant de troubles psychiques, comme les Foyer de Vie ou les EHPAD qui, s'ils sont sans aucun doute les lieux d'urgences « d'activité thérapeutique spontanée » du personnel ou des pairs, ont parfois de bonnes raisons de craindre qu'on les laisse seuls à se débrouiller avec des pathologies mentales aux conséquences desquelles ils ne sont pas habitués.

Si de nombreuses équipes mobiles existent et que les CMP peuvent aussi se saisir de leur prérogative de visites à domicile afin de nouer des liens avec des structures de vie « légères » en soins (nous pensons par exemple aux Maisons Relais), voire avec les bailleurs sociaux, utiliser des concepts cliniques pour parler de ces actions professionnelles permettrait peut-être, au moins dans l'esprit de ceux qui les pratiquent, de leur conférer le sens d'un soin apporté au patient mais aussi au réseau lui-même. Faire attention à ce que les bouts de vie quotidienne que le patient ou l'usager partage avec toutes les institutions d'un réseau (de l'entretien avec une assistante sociale de Centre Communal à un logement collectif ou encore

à un GEM) soient valorisés et pris en compte ouvrirait à une réhabilitation du collectif plutôt que la collectivité ou la communauté, en montrant que chaque endroit qu'un sujet visite au cours de sa libre-circulation dans la ville (opérateur 5) ne peut l'accueillir qu'en fonction d'une dynamique collective qui a toujours en tête, même de façon périphérique, qu'à tout moment celui-ci peut être empêché par une difficulté d'« être-avec » (opérateur 3) à laquelle il faut être vigilant afin de ne pas se retrouver, en tant que professionnel, à agir malgré soi une nouvelle forme d'exclusion sociale masquée. La fonction d'accueil du réseau lui-même devra faire l'objet d'une réflexion et d'une théorisation (opérateur 6) afin d'éviter les scissions inter-institutionnelles décrites par Jean Garrabé, qui bien souvent amènent les structures à perdre de vue les patients – et cela, pensons-nous, n'est pas tant une conséquence de la sectorisation qu'un effet de l'impensé du travail interinstitutionnel sur un territoire donné.

Le réseau de soins au sens large, compris comme un réseau qui « prend soin », devra partir des usagers et s'adapter à leurs besoins *dans sa forme et son organisation mêmes* : portes d'entrées et coopérations entre structures différenciées selon les besoins singuliers des personnes plutôt qu'homogénéisées au nom de conceptions exogènes de ce que doit être un bon « parcours de soins ». Si la responsabilité de ne pas enfermer les patients et usagers dans des schémas aliénants pèse déjà sur les professionnels (opérateur 7), elle devra également peser sur les rapports entre institutions, dont il faudra toujours faire attention à ce qu'elles ne reproduisent pas des systèmes de domination asilaire en faisant, par exemple, toujours prévaloir un secteur de la vie du patient au détriment des autres - surtout celui des soins dont on sait à quel point il assure, malgré lui, une fonction de contrôle social de la déviance comportementale. Prendre soin du réseau impliquera de travailler les représentations de chacun sur ce qu'est une vie bonne et réussie, par exemple grâce au paradigme du rétablissement, mais bien souvent simplement à partir d'un paradigme platonicien adapté à l'accompagnement, selon lequel seul l'utilisateur a la science de son propre désir en fonction duquel il utilisera ou non les dispositifs institutionnels mis à sa disposition.

Cette dialectique de l'usage ne fera pas pour autant de l'utilisateur un simple client en attente d'un service. Il s'agira avant tout de penser le point de départ de son cheminement dans le réseau, cheminement auquel les professionnels et les institutions pourront se raccrocher afin de subvertir les petits royaumes assignés aux différentes structures du territoire. Greffer de l'ouvert en permanence (opérateur 8), non pas dans le but d'étendre

indéfiniment le réseau mais pour mettre au travail l'ouverture des professionnels en les réunissant afin de décider d'une direction commune (opérateur 4), voilà qui semble avoir le vent en poupe dans le dispositif actuel si l'on en juge par le développement des Conseils Locaux de Santé Mentale, définis comme des espaces « non hiérarchiques de codécision entre les membres » (*Les Conseils locaux de santé mentale : état des lieux*, 2015), ou encore des cellules de gestion de situations complexes qu'ils sont plus de 80% à avoir mis en place (Guézennec & Roelandt, 2015). Ces dispositifs sont notoirement destinés à obtenir une vision plus globale de ce qui se passe pour une personne donnée afin d'éviter le phénomène délétère de la « patate chaude », au sujet duquel le diagnostic proposé en 1975 par le psychiatre Hubert Mignot est toujours d'actualité :

« Le malade qui provoque la tentation de rejet c'est, bien sûr, celui dont on dit qu'il est « pénible », mais ce n'est pas n'importe quel sujet tenu pour dangereux, agressif, exigeant, importun ou si dégradé qu'il entraîne la répulsion. Un motif complémentaire de rejet qui, déculpabilisant l'équipe, justifie à ses propres yeux son attitude, peut résulter de la réaction des autres malades lorsque, eux aussi, supportent mal l'intéressé – en un mot, lorsque sa présence « perturbe » l'unité de soins » (Mignot, 1975, p. 713).

On entend tout à fait à quel point le mouvement de rejet de l'élément perturbateur, plutôt que de s'arrêter aux bornes de l'hôpital, s'est en réalité déplacé le long des soins dans la communauté. Pour reprendre une dernière fois les apports de Deleuze et Guattari, la réalité institutionnelle et les politiques publiques sont certes dans une dialectique de la carte et du calque¹⁵⁰, mais cette dialectique ne doit pas consister en un simple dualisme opposant la bonne carte et le mauvais calque. Les deux doivent toujours rester en lien, avancer de concert : « il faut toujours reporter le calque sur la carte », disaient-ils, car « lorsque le calque

¹⁵⁰ On pourra par exemple s'amuser de la reprise récente de la notion de « transversalité » au sujet des parcours de santé mentale dans la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022. Disponible à l'adresse suivante : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf. Consulté le 11 août 2018.

reproduit de la carte ou du rhizome, c'en sont seulement les impasses, les blocages, les germes de pivot ou les points de structuration » (1980, p. 21). Le lien entre organisation des soins en réseau et psychothérapie trans-institutionnelle correspond à celui qui existe entre établissement et institution : il faut s'occuper du premier pour que le second puisse fleurir, mais se souvenir toujours que c'est le second qui donne sa vie au premier.

Conclusion générale. Pour une clinique institutionnelle des réseaux de santé mentale

« Et pourtant, aujourd’hui, en dépit de sa mort annoncée, la psychiatrie est toujours là. Elle est toujours là comme la folie est toujours là. » (Quétel, 2012, p. 557)

Le terme de notre parcours, bien plus qu’une conclusion à la question que nous avons au départ posée, nous semble n’être qu’une étape vers la reprise progressive d’une juste place de la psychothérapie institutionnelle dans le système de santé mentale d’aujourd’hui.

Dans notre premier chapitre, nous avons tenté de montrer dans quelle mesure ce paradigme faisait face tant à de nouvelles ouvertures qu’à des malentendus hérités de l’histoire de la psychiatrie française, configuration nouvelle de laquelle pouvait se soutenir sa réactualisation. Nous avons choisi de présenter les caractéristiques de la situation actuelle comme une somme d’opportunités et de risques pour la clinique institutionnelle, au moyen de quatre affirmations :

1°) *Les supposées nouveautés managériales dans le champ de la santé ne sont que les redécouvertes de principes jadis identifiés par les psychiatres et les études sur le fonctionnement spécifique des équipes en psychiatrie*, tant en France que dans le monde anglo-saxon. Ces retrouvailles avec des corpus de connaissances oubliés pourraient constituer une opportunité pour la psychothérapie institutionnelle de ressortir des archives de la psychiatrie pour irriguer les autres disciplines médicales.

En effet, le monde de la santé français souffre de nombreuses tensions que nous avons énumérées dans notre premier chapitre, tensions qui ont donné naissance à de nouveaux modèles d’organisation des équipes dont les principes ne sont pas sans générer chez le clinicien une certaine ambivalence. Comme nous l’avons exposé, l’émergence de la QVT comme solution au mal-être des soignants repose sur le constat que l’organisation hospitalière peut tomber malade, et sur l’hypothèse que soigner cette organisation à tous les

niveaux permettrait à son tour de prendre soin des individus au travail. Cette approche diagnostique et clinique appliquée aux organisations sanitaires nous est apparue tout à fait intéressante en ce qu'elle proposait d'appliquer à l'hôpital une démarche *ad hoc* et de le soigner grâce aux paradigmes professionnels de ses propres forces vives. Nous nous situons ainsi résolument dans la lignée de Cynthia Fleury et Catherine Tourette-Turgis (2018) lorsqu'elles avancent qu'il existe une école française du soin (« *French care* »), qu'elles relient expressément à l'héritage de la psychothérapie institutionnelle :

« Néanmoins, que l'univers du soin soit lui-même malade n'est pas sans conséquences spécifiques dans la mesure où l'impact de ce manque de soin – dans un espace qui est précisément destiné à soigner, ce qui n'est pas le cas d'une administration ordinaire ou d'une entreprise – est bien plus dommageable pour les patients, les citoyens, et le monde de la santé en règle générale. C'est ce que Jean Oury avait nommé, en 1957, « l'ambiance » à l'hôpital [...] » (p. 191)

En effet, parmi les facteurs que la recherche récente indiquaient comme fondamentaux pour une pratique d'équipe se retrouvaient certes des notions de psychologie cognitive comme les modèles mentaux partagés ou de psychologie positive comme le bien-être et le développement personnel au travail, mais aussi et surtout des préceptes politico-organisationnels comme la reprise du pouvoir d'agir sur les décisions, le sentiment de bénéficier d'une plus grande latitude dans son travail et d'une confiance concomitante de la hiérarchie. Ces résultats cachaient toutefois, lorsqu'ils étaient lus avec un regard clinique, les interrogations fondamentales et parfois inconscientes de tout individu au travail concernant son sentiment d'être écouté, valorisé, reconnu – en somme, la continuité de son existence dans sa vie au travail. A la redécouverte sous d'autres termes de l'investissement libidinal de chacun dans son activité de soins nous paraissait correspondre, au niveau des équipes, une théorisation plus pertinente que celle des modèles mentaux partagés pour comprendre les conflits d'équipe comme relevant avant tout de difficultés dans la communication et l'accordage affectif plutôt que comme des échecs de la rationalité collective. Ainsi les réunions ont-elles été remises au goût du jour, à tout le moins dans les modèles psychologiques et

managériaux du bon fonctionnement des équipes de soins : le monde de la santé, aujourd'hui, réapprend l'importance de la parole. Si cela peut ressembler à un vœu pieu, il n'est pas anodin pour une clinicienne orientée par la psychothérapie institutionnelle de revoir fleurir la participation et l'expression démocratique parmi les recommandations pour un travail efficace, respectueux des personnels et des patients.

Nous n'ignorons pas la dimension potentiellement aliénante inhérente au fait de mettre une théorie du soin quelle qu'elle soit au service de l'organisation, ni le fait que l'idéal de participation des travailleurs à la marche de l'organisation puisse relever d'une « injonction patronale » caractéristique du management néolibéral (Bevort, 2013). Il nous apparaît toutefois que le mouvement qui a présidé à la relecture des difficultés des soignants au prisme de la responsabilité des établissements pouvait donner lieu à une réappropriation ou reterritorialisation partielle de l'outil de soins qu'est l'organisation par les soignants eux-mêmes, au motif de leur savoir expérientiel sur « ce qui fonctionne » et ce qui ne fonctionne pas. Il s'agirait là presque d'un pari pascalien organisationnel : croire qu'il existe une version du management qui puisse n'être pas qu'un vecteur d'aliénation, car à moins que soit démontré le contraire, il ne coûte rien au chercheur de supposer aux institutions et aux travailleurs des ressources psychiques surprenantes et une capacité de mettre en œuvre un « prendre soin » qui concerne tout autant leurs collègues que leurs patients.

2°) Du côté du contexte disciplinaire de notre recherche, il s'avère que le nouveau paradigme de la « santé mentale » s'est inséré dans les contradictions du secteur afin de pousser sa logique territoriale jusqu'au bout. Ainsi le glissement de l'attention des pouvoirs publics du secteur vers des politiques de santé mentale plus globales a-t-il plutôt consisté en une application des principes du dispositif sectoriel historique - au regard de son impossibilité à assurer seul l'ensemble de ses ambitions initiales - qu'en une véritable transformation de l'organisation des soins psychiatriques. *Les nouveaux courants en santé mentale, parmi lesquels la santé mentale dans la communauté, semblent alors, tels les nouveaux courants managériaux en santé, réinventer des principes que l'on pouvait déjà trouver dans les archives de la psychiatrie, sans pour autant accepter qu'ils sont le fruit d'un héritage d'idéologies hétérogènes dont la psychothérapie institutionnelle fait partie.* Ce constat représente à la fois un risque et une opportunité pour la P.I. : un risque si l'essor de ces nouvelles idéologies se fait en lieu et place de courants historiques considérés comme caduques ; une opportunité

dans la mesure où l'action en santé mentale guidée par les droits de l'homme plutôt que par la clinique ignore une partie des difficultés inhérentes au travail avec des personnes souffrant de troubles psychiques et laisse vide la place du nécessaire soin apporté à l'institution.

Ainsi nous sommes-nous lancée dans le rappel des principes au nom desquels l'organisation des soins psychiatriques étaient devenue, en l'espace d'une quinzaine d'années, un véritable agencement d'institutions formant un *dispositif de soins* en santé mentale. Nous n'ignorons là encore ni les connotations biopolitiques du terme de « dispositif », que le philosophe Giorgio Agamben a brillamment définies (Agamben, 2014), ni les difficultés et les contraintes liées à la rationalisation économique et gestionnaire de ce champ. Nous avons cependant souhaité présenter l'évolution de l'« esprit du secteur » (Bonnafé, 2000a) non comme une dissolution de la psychiatrie, mais comme la prise en compte de l'ensemble des paramètres que l'Etat français considérait déjà comme relevant des politiques publiques d'organisation des soins en psychiatrie depuis la circulaire du 15 mars 1960. Constatant que le secteur ne pouvait pas porter à lui seul l'ensemble des missions qui lui avaient au départ été confiées, nous nous sommes ainsi opposée à l'idée de sa corrosion ou de sa dilution dans la politique de santé mentale. S'il est vrai que sa place a été modifiée par les réformes successives de l'arsenal législatif advenues dans la dernière quinzaine d'années, son opérationnalité et l'attachement des soignants au secteur ont empêché les pouvoirs publics de le remodeler à leur guise. Ils ont cependant, et de façon assez massive, changé son environnement de travail matériel par la rationalisation des informations médicales et des budgets. Ils ont aussi contribué à fragmenter son paysage idéologique en laissant s'épanouir la santé mentale dans la communauté et le rétablissement (*recovery*), axés sur les droits et le pouvoir d'agir des usagers mais paradoxalement appuyés sur des techniques de réadaptation des personnes à la société comme la réhabilitation psychosociale et la remédiation cognitive. Nous avons par conséquent interrogé la place de l'idéal d'autonomie des patients et de leur *empowerment* dans le système de santé mentale actuel, argumentant que si leur prise de pouvoir devait se faire par récupération de celui réellement et fantasmatiquement détenu par les professionnels de la santé mentale, l'*empowerment* ne réussirait pas à sortir les patients et usagers de rapports ségrégatifs et aliénatoires avec les services de soins et d'accompagnement.

3°) L'histoire des anglicismes dans les soins aux personnes souffrant de troubles psychiques n'a toutefois pas commencé avec l'*empowerment* et le *recovery*, et il nous a ainsi fallu proposer une rapide généalogie de la désinstitutionnalisation afin de comprendre à quel moment le système français avait commencé à récupérer certains concepts qui avaient pourtant été forgés en dehors de lui. Nous avons fait l'hypothèse que *le déni du soin à apporter aux institutions repose sur l'importation d'une idéologie désinstitutionnaliste depuis les pays anglo-saxons jusqu'en France qui empêche le dispositif de santé mentale de se doter d'un paradigme multifonctionnel permettant de penser la coexistence des orientations thérapeutiques individuelles* (Meynckens-Fourez, Vander Borgh, & Kinoo, 2013). La désinstitutionnalisation, parce qu'elle repose sur une confusion entre institution et hôpital et ignore les spécificités du contexte français, présente pour la psychothérapie institutionnelle et même le système de santé mental actuel deux risques principaux : un risque historique tout d'abord, consistant à nier les apports empiriques de la psychiatrie française selon lesquels l'asile n'était pas tant un lieu qu'un carcan relationnel dont la sortie des murs de l'hôpital ne garantissait pas de se débarrasser ; un risque terminologique ensuite, celui de perdre la bataille sur l'usage du terme « institution », qui en identifiant « psychothérapie institutionnelle » et « thérapeutique à l'hôpital » relèguerait définitivement la P.I. aux oubliettes de la psychiatrie française.

Nous avons donc retracé l'histoire de la désinstitutionnalisation, afin de la resituer dans le contexte qui l'avait vue émerger : celui des études sur l'institutionnalisme des années 60 dans les pays anglo-saxons. Au-delà de la spécificité de son contexte d'émergence, il nous est apparu que la désinstitutionnalisation était un mouvement protéiforme et que les positions initiales de ses acteurs avaient potentiellement été déformées lors de l'application en termes de politiques publiques de fermeture des hôpitaux psychiatriques des découvertes sur le syndrome d'institutionnalisme. Après avoir rappelé la spécificité de la situation française, caractérisée par le double mouvement psychiatrie de secteur/psychothérapie institutionnelle - qui, comme le rappelait Bonnafé, étaient les « voies convergentes » d'une vaste entreprise de traitement du milieu institutionnel et social -, nous avons exposé comment les théoriciens de la désinstitutionnalisation aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne comme ceux de la chronicité en France en étaient arrivés aux mêmes conclusions au fur et à mesure de leurs travaux. Nombre d'entre eux avaient en effet admis que la relation de causalité directe entre

l'apathie des patients et le fait même de séjourner à l'hôpital ne pouvait être soutenue sans tenir compte de nombreux autres paramètres. Plus encore, les bilans faits à l'orée des années 90 montraient que la fermeture radicale des hôpitaux psychiatriques avait eu des effets contre-intuitifs, notamment lorsque la communauté, à laquelle on avait supposé un pouvoir soignant idéalisé, avait tout bonnement refusé d'accueillir les malades du fait de l'intégration profonde dans le système social d'une logique ségrégative que sa durée d'application avait rendue particulièrement puissante et difficile à éradiquer. Finalement, l'ensemble des psychiatres et praticiens intéressés à la sortie des patients et à leur réintégration dans la communauté avait dû se rendre à l'évidence, chiffres à l'appui : les dynamiques de réinstitutionalisation des patients dans un « asile virtuel » et le maintien de la stigmatisation vis-à-vis d'eux confirmaient que l'asile reposait encore dans des mentalités qu'il était nécessaire de travailler au corps afin de véritablement réinsérer les malades parmi leurs concitoyens.

4°) Nous avons donc souhaité, à la lumière de nos développements au sujet de la désinstitutionalisation, poursuivre notre cheminement en proposant une réhabilitation du concept d'institution. Alors que la notion était tombée en désuétude dans le champ de la santé mentale du fait d'une traduction littérale de l'anglais au français qui lui avait au cours du temps ôté son sens dynamique, l'ambition de suffisamment bien définir l'institution pour qu'elle puisse à nouveau servir d'outil dans la recherche a refait surface dans de nombreuses disciplines comme l'économie, la sociologie ou encore la philosophie, et toutes ont conséquemment été travaillées, à leur façon, par la dialectique jadis repérée par la psychothérapie institutionnelle entre inertie et mouvement. *Malgré le rejet dont le terme fait l'objet du côté de la santé mentale, le regain d'intérêt scientifique pour l'institution représente par conséquent une opportunité pour la conception psychodynamique de l'institution portée par la P.I., en tant qu'elle propose des éléments complémentaires aux définitions disponibles ouvrant sur un véritable dialogue interdisciplinaire.*

Nous avons successivement expliqué comment en économie s'affrontaient les prismes de l'institution comme règle et de l'institution comme équilibre ; comment la sociologie, de son côté, s'était divisée en deux sous-courants, la sociologie des organisations et la sociologie

des institutions, afin d'en étudier séparément les parties structurées et processuelles ; comment, enfin, certains courants de la philosophie avaient expressément formulé l'idée qu'une institution puisse être, au sens winnicottien de ces termes, vivante et « suffisamment bonne ». Tout l'intérêt de la conception psychodynamique que nous avons défendue était de compléter les autres disciplines et d'offrir des outils supplémentaires au système de santé mentale pour penser et panser les nombreux symptômes qui affleurent lorsque le facteur de l'aliénation sociale n'est pas pris en compte dans l'organisation des soins. Si ces outils sont aujourd'hui remisés au placard, c'est pensons-nous du fait d'un glissement qui s'est opéré de l'anglais au français, faisant du sens par extension de l'institution – celui l'assimilant au bâti et à sa valeur statique – une signification unique, au détriment de la prise en compte de son équivocité essentielle et donc d'une plus grande complexité de la pensée institutionnelle. Si nous n'avons pas nié la responsabilité des promoteurs de la psychothérapie institutionnelle dans cette confusion qu'ils étaient eux-mêmes nombreux à entretenir à leur insu dans leurs premiers écrits, nous avons souhaité montrer que certains avaient pris des positions différenciant clairement institution et hôpital voire affichant le souhait d'étendre, à terme, la psychothérapie institutionnelle aussi loin que pourrait aller son binôme, le secteur psychiatrique. Nous avons indiqué que ce malentendu entre hôpital et institution avait, dans les années 80, laissé place à une conscience aigüe chez les promoteurs de la P.I. des conséquences qu'une définition trop floue avait eue pour leur courant, et à de nombreuses tentatives, peut-être un peu tardives mais surtout restées trop discrètes par rapport à la déferlante de la désinstitutionnalisation, de redorer le blason de ce concept – enjeu capital pour la réhabilitation de la psychothérapie institutionnelle dans son entier.

Ainsi avons-nous achevé d'introduire la recherche que nous avons menée ces trois dernières années. Le travail qui a procédé de ce contexte était en effet destiné à déterminer si notre hypothèse d'un phénomène de répétition dans le champ de l'organisation des soins en santé mentale – et a fortiori au cœur même des équipes réalisant soins et accompagnements pour les personnes en souffrance psychique – permettait ou non d'asseoir à nouveau la pertinence de certains courants théorico-pratiques jugés dépassés comme celui de la psychothérapie institutionnelle.

L'étude comparative qui en a découlé s'est appuyée sur l'analyse thématique de deux corpus de données différents. Le premier était constitué d'un ensemble d'œuvres écrites par

les promoteurs d'une psychothérapie institutionnelle référée à l'expérience saint-albanaise, non-hostile à la psychanalyse lacanienne et porteuse d'une conception politisée du travail en institution. L'analyse que nous en avons faite nous a permis de fragmenter ce corpus en huit thèmes que nous avons appelés, utilisant de la même terminologie que nos auteurs de référence, des « opérateurs ». Nous avons précisé en quoi cette appellation était spécifique à la P.I. du fait de la dimension praxéologique indéniable de ces axes structuraux : ils étaient les clés de voûte d'un mouvement quotidiennement réinventé qui utilisait les concepts non comme un savoir immuable, mais comme des outils mis à l'épreuve par la pratique.

Ces concepts opératoires guidant la P.I. étaient les suivants : distinction statut, rôle, fonction ; coefficient thérapeutique de la vie quotidienne ; « faire avec » comme mode relationnel principal ; fonction de décision partagée exercée en réunion ; libre-circulation de tous ; fonction d'accueil de la folie ; principe hippocratique du « ne pas suraliéner » ; greffe d'ouvert des patients vers les autres et de l'institution vers l'extérieur. S'ils ne faisaient pas système ni ne prétendaient à l'exhaustivité, ces huit opérateurs nous apparaissaient comme les conditions basales de la pratique de la psychothérapie institutionnelle telle que pensée et promue par ses auteurs principaux. Nous avons retracé, à travers eux, la préséance historique de la P.I. en matière de démocratie et de participation dans le travail d'équipe, de réflexion sur le poids des hiérarchies et de l'aliénation sociale dans le soin, ou encore de prise en compte de l'importance tant pour les usagers que les professionnels du sentiment d'œuvrer vers un but commun. Tels que nous les avons présentés au moyen de nombreuses citations, les opérateurs nous semblaient illustrer le souci véritable de la place de chacun dans le soin d'une personne en souffrance porté par les promoteurs de la P.I., tout en énumérant des pistes d'actions concrètes dont le but était toujours d'orchestrer des occasions de rencontres comme autant d'ouvertures nouvelles pour les patients accueillis : ouvertures sur eux-mêmes, sur les autres et sur la ville.

Nous avons laissé toute sa place au transfert, qui tel un fil rouge reliait ces opérateurs entre eux : c'était le transfert qui avait poussé les psychiatres à tenir compte du rôle de l'infirmier dans la psychothérapie (opérateur 1), et avec le rôle de l'infirmier celui de la vie quotidienne (opérateur 2). C'était en vue de multiplier les occasions transférentielles que soignants et soignés étaient invités à faire « ensemble » au moyen des Clubs (opérateur 3), mais aussi en vue de s'ouvrir au monde grâce à une libre-circulation dont on pouvait attendre,

outre des occasions de rencontre à l'extérieur et des greffes d'ouverture (opérateur 8), une reconstruction de la chaîne signifiante dans laquelle pourraient alors se réinsérer les sujets en présence (opérateur 5). C'est au nom du caractère dissocié du transfert que les professionnels étaient appelés à se réunir et à faire constellation (opérateur 4), au nom du transfert aussi que chacun devait balayer devant sa porte pour chasser les retours pernicioeux de l'aliénation sociale (opérateur 7) et ainsi se faire disponible pour accueillir le patient et être accueilli par lui (opérateur 6).

Notre deuxième corpus de données, que nous avons recueilli dans le but d'enrichir le corpus de la P.I. de retours de terrain variés provenant tant du sanitaire que du médico-social, a été rassemblé par emprunt à la sociologie de sa méthode d'enquête ethnographique. Nous avons donc écouté mais aussi observé les professionnels dans leurs interactions quotidiennes avec les usagers et leurs collègues, afin d'évaluer la mesure dans laquelle la grille d'opérateurs de la psychothérapie institutionnelle pouvait encore être pertinente pour décrire et analyser les situations vécues par les équipes dans le système actuel. Nous savions bien sûr, en débutant ce travail, que le modèle P.I. tel que nous l'avons dégagé aurait besoin d'être modifié au contact des réalités de terrain multiples que nous aurions rassemblé. La possibilité d'une révision qui n'implique pas son annulation était cependant déjà, à notre sens, à comprendre comme le signe d'une compatibilité toujours active et qui n'attendait pour se révéler qu'une mise en mots quelque peu différente et décalée. Cette mise en mots, ce sont les 85 professionnels que nous avons interviewés qui nous l'ont offerte : la révision des opérateurs que nous avons proposée en procède directement.

La distinction statut, rôle et fonction était ainsi toujours très pertinente dans le champ de la santé mentale, majoritairement sous la forme d'une interrogation de la rigidité hiérarchique encore sensible dans de nombreuses structures sanitaires et médico-sociales, mais aussi de la place encore prégnante de la figure du psychiatre dans les équipes. Portée par de nombreuses catégories professionnelles là où elle relevait principalement, dans les années 60, des discours de ces seuls psychiatres, la remise en cause de la hiérarchie continuait à s'appuyer sur l'utilisation du quotidien comme occasion de relations, mais aussi sur les revendications des professionnels en matière de reconnaissance de leurs responsabilités et par conséquent de leurs compétences propres (opérateur 1R).

Si le quotidien pâtissait quant à lui parfois de l'ambivalence dont il faisait l'objet, entre facteur de légitimité de l'action et de délégitimation de la parole, il était encore largement reconnu comme un creuset relationnel à même de construire les bases d'une vie nouvelle à l'extérieur des structures de soins, alors même que son rôle fondamental dans la thérapie semblait aux professionnels d'aujourd'hui toujours aussi difficile à expliquer et à valoriser (opérateur 2R). A cet égard, deux phénomènes paraissaient, dans le système actuel, relativement nouveaux : celui du glissement de la gestion de la vie quotidienne le long d'un spectre professionnel étendu au fur et à mesure des créations de nouveaux diplômes et métiers tout d'abord ; celui, ensuite, de l'émergence de la réhabilitation et de son modèle de transférabilité des compétences acquises grâce aux outils déployés dans les services dans une vie quotidienne qui n'était considérée comme réelle qu'à la condition d'être dénuée de toute présence professionnelle.

Les disparités étaient déjà plus importantes au sujet du « faire avec » et du « faire ensemble » comme modes relationnels principaux du travail avec des personnes souffrant de troubles psychiques (opérateur 3R). Si ces modes relationnels étaient loin d'être majoritaires dans l'ensemble des structures que nous avons visitées, l'on pouvait toutefois en observer des traces partout, indiquant que la tendance à constituer des ensembles et des projets communs était toujours au travail et que la possibilité d'institutionnaliser des collectifs dans certaines associations était certes la forme la plus aboutie de ces embryons relationnels, mais pas la seule. A la conscience de la difficulté de certains malades d'être avec les autres venait toutefois répondre une difficulté pour les professionnels de maintenir des projets collectifs au prix de leur temps et de leur énergie. Il sera de plus en plus urgent pour les structures en santé mentale de prendre part à une réflexion sur la pérennité de dispositifs hybrides entre organisation et informalité des échanges, avec à la clé de potentielles conventions entre structures classiques et associations afin que les activités associatives soient reconnues comme faisant pleinement partie des attributions des professionnels dans l'accompagnement et la thérapie.

La fonction de décision partagée pouvait elle aussi, d'après nos résultats, faire l'objet de quelques remaniements. Si les professionnels, tout autant que les promoteurs de la P.I., avaient conscience que la pluralité des présences sur le chemin de l'utilisateur était une nécessité clinique et organisationnelle, ils allaient encore plus loin dans la description fine de tous les

préalables à ce que l'action à plusieurs ne soit pas une superposition d'éléments hétéroclites mais fasse bien l'objet d'un travail psychique spécifique, celui du sentiment de collégialité. La réunion était toujours au centre des attentions, même lorsqu'il s'agissait avant tout de déplorer qu'elle n'ait plus lieu : les professionnels étaient conscients que les échanges d'informations étaient un prétexte pour d'autres échanges plus affectifs (opérateur 4R), et que sur le terrain de la réunion se jouait la place de chacun mais aussi la capacité de l'institution à prendre des décisions effectives. Si la constellation transférentielle n'était pas un outil très utilisé hors des structures fonctionnant avec le référentiel de la P.I., nous avons pu expliquer cette différence par les contraintes matérielles des équipes en santé mentale, de l'informatisation au manque de temps – cela surtout, il est vrai, dans le secteur sanitaire.

La liberté de circulation était quant à elle un concept opératoire en chantier, entre injonction au respect des droits de l'homme et législation supplémentaire sur la contrainte aux soins (opérateur 5R). En approfondissant l'analyse, il apparaissait toutefois que si le cadre législatif avait changé, la liberté de circulation venait toujours autant interroger les fantasmes des soignants et les difficultés collectives des services devant des symptômes et comportements comme les toxicomanies ou les psychopathies, qui au premier abord semblaient constituer une contre-indication forte à l'application par défaut de la liberté d'aller et venir. A l'aide des mots de nos interviewés, nous avons expliqué l'ambivalence avec laquelle était reçu le nouveau cadre législatif en la matière, entre reconnaissance des droits des usagers et applications hétérogènes voire paradoxales de la loi en fonction des difficultés matérielles des services. De façon inévitable, si la liberté de circulation était encore vue comme une occasion supplémentaire de faire des rencontres, son appui théorique sur le structuralisme et la linguistique avait totalement disparu des référentiels.

Le traitement réservé à l'accueil était, nous l'avons dit, moins celui d'un profond remaniement au regard d'un changement de l'environnement, comme pour notre 5^e opérateur, que celui d'une précision quasi phénoménologique par les discours des professionnels d'aujourd'hui de ce que la P.I. avait isolé comme étant une véritable fonction institutionnelle. Après avoir rappelé le rôle déterminant pris par les secrétariats des services dans l'accueil – rôle dont nous espérons qu'il soit reconnu à sa juste valeur afin de contrecarrer la vague actuelle de regroupement des secrétaires dans des bâtiments, étages ou services à part -, nous avons déplié les nouveaux contours de la différence entre accueil et admission. La

confusion terminologique n'était pas aussi présente que ce que nous aurions pu supposer : en réalité, admission et accueil étaient distingués en fonction du degré de consentement de l'utilisateur à son soin ou son accompagnement, l'accueil étant conçu comme la transformation d'une admission « par la force des choses » grâce à la réappropriation de son sens et l'utilisation de l'institution comme instrument pour aller mieux. En écoutant nos interviewés, l'accueil semblait faire intervenir de nombreuses positions subjectives : tolérance à la folie parfois, mais surtout disponibilité et adaptation face à un sujet dont on reconnaissait et valorisait l'expérience subjective. De nombreux professionnels attribuaient toutefois à l'échec et à la non-demande le mérite de les avoir bousculés, au profit d'un meilleur accueil des personnes alors considérées dans leur radicale altérité ; à ce titre, nous nous sommes demandé dans quelle mesure la réhabilitation, avec ses critères de réussite et ses objectifs de réadaptation, n'était pas au sens de la P.I. un anti-accueil.

Etonnamment, si les professionnels n'employaient plus le vocabulaire à connotation marxiste de l'aliénation sociale, ceux-ci continuaient à mettre en avant la vigilance et la réflexivité qu'exigeait l'exercice quotidien de leur métier. Les équipes en difficulté étaient capables de reconnaître le caractère chronique de leur fonctionnement, tout comme les professionnels pouvaient avoir une conscience plus ou moins aigüe d'entretenir avec leur pratique un rapport opératoire similaire à celui de certains patients avec leur propre vie. Afin de préciser en quoi consistait pour les professionnels d'aujourd'hui ce que la P.I. avait jadis appelé l'aliénation (opérateur 7R), nous avons distingué le poids des affects – ceux des soignants comme ceux des soignés – et le poids des représentations. Le premier requérait de mettre en branle une sorte de fonction alpha ou sémaphorique collective, le second de remettre en question les idéaux portés par tout un chacun sur ce qu'est une vie bonne, afin que la notion d'une satisfaction suffisante tirée de l'existence puisse prendre la place d'une vision idéalisée du retour réussi des exclus dans leur communauté et son cadre normatif.

La communauté, avons-nous constaté, était d'ailleurs plus qu'au temps de la psychothérapie institutionnelle considérée comme le lieu de la « vraie vie ». Cela était dû, sans aucun doute, aux immenses progrès faits en matière de réintégration effective et heureuse de certains usagers dans la Cité, malgré les reliquats de mentalités asilaires disséminés un peu partout en France et qui trouvent à se réveiller à chaque nouveau projet impliquant des personnes en souffrance psychique. Cela déniait, en revanche, l'importance de la prise en

compte de la vie libidinale qui irrigue toutes les structures, des formes les plus intenses aux formes les plus légères de prise en charge. L'extérieur était devenu l'enjeu principal de la greffe d'ouvert : la référence phénoménologique avait été largement voire totalement abandonnée au profit d'une attention plus grande portée aux phénomènes inter-institutionnels (opérateur 8R). Le partenariat n'aura jamais, pensons-nous, autant relevé d'une question plutôt que d'une évidence, et les interrogations des professionnels au sujet des relations de leur structure avec les autres institutions du territoire était fort semblables à celles qu'ils se posaient à titre personnel sur leur place à l'intérieur de leur équipe.

Avant de tirer toutes les conclusions de ce que la révision de notre huitième opérateur pouvait signifier dans un système de santé mentale où la réflexion organisationnelle avait changé d'échelle avec le passage du secteur au territoire de santé, nous nous sommes attelée à questionner ce qui nous paraissait être le principal point aveugle de la transmission de la psychothérapie institutionnelle, à savoir un relatif déni collectif de la dépendance au leader incarné par chaque promoteur d'expérience institutionnelle. Plutôt que de verser dans une personnalisation de cette fonction de leader et donc de fétichisation ou d'idéalisation des pères morts de la psychothérapie institutionnelle, nous avons suggéré avec l'aide de la réflexion freudienne que ces promoteurs étaient surtout l'incarnation d'une Idée qui servait d'Idéal propre à rassembler les troupes. Une La douleur que semblaient avoir manifesté de nombreux meneurs d'expériences institutionnelles réussies à la fin de leur carrière résultait, pensons-nous, du caractère intransmissible de la psychothérapie institutionnelle en tant que telle. Nous avons toutefois fait le pari que si comme la psychanalyse la P.I. devait être réinventée par chaque praticien au quotidien, elle avait peut-être encore de beaux jours devant elle.

Ce pari sur l'avenir s'appuie sur la dernière hypothèse que nous avons formulée, qui à notre sens ouvre à la P.I. et à la recherche en clinique institutionnelle un monde dont les seules limites seront celles du dispositif de santé mentale. En supposant que chaque professionnel était, du fait de son corps de métier, l'interlocuteur privilégié de la coordination avec certains autres acteurs des champs sanitaire et médico-social et que dans ce processus de représentation de son institution à des fins de coordination il était amené à s'identifier à elle, nous avons proposé que le modèle clinique de la coordination inter-institutionnelle serait un agrandissement de celui de la coopération entre acteurs d'une même équipe. A partir des

conclusions tirées de la révision de notre huitième opérateur, nous pensons en effet qu'il est possible de modéliser les relations inter-institutionnelles à partir de l'hypothèse d'un isomorphisme entre réseau de santé mentale et équipe pluriprofessionnelle, et que ce parallèle permettrait d'élargir l'usage des opérateurs de la psychothérapie institutionnelle des équipes de soins au réseau lui-même – autrement dit, que soigner le réseau ne pourrait se faire qu'en soignant les institutions qui le composent grâce à la programmation d'espaces de paroles inter-institutionnels. Ce modèle nous paraît offrir une alternative à la mode du *case management* en responsabilisant chacun des acteurs institutionnels dans la création et le maintien du réseau, plutôt qu'en faisant du lien l'attribution d'un seul professionnel ou dispositif. Ce réseau infini de partenariats, rassemblant des éléments hétérogènes dont le travail principal est précisément de se connecter entre eux, nous a rappelé les élaborations de Deleuze et Guattari sur le rhizome, dont la métaphore organique est à notre sens pertinente pour représenter la labilité dans le temps et l'espace des multiples connexions nécessaires à l'organisation d'un « parcours de soins ».

Quelques limites se dégagent toutefois de notre démarche, qu'il nous faut présenter avant de prétendre utiliser ce travail pour élargir le champ des recherches possibles et des connaissances atteignables. Nous en déclinons trois.

Une première de ces limites est, pensons-nous, inhérente aux questions de notre grille d'entretiens. Si nous avons pu entrevoir la façon avec laquelle certains professionnels se débrouillaient de situations délicates avec des patients ou usagers, aucune question de notre guide ne portait spécifiquement sur les relations qu'ils entretenaient avec ces personnes dans le cadre de leur activité. Nous tenions en cela à être en phase avec la maxime de la psychothérapie institutionnelle qui plaçait le traitement du milieu comme un préalable au traitement individuel des patients : l'objet de notre étude n'était pas le traitement individuel des patients mais bien une réflexion sur ses conditions de « possibilisation ». Pour reprendre l'expression de Gilles Deleuze et Félix Guattari au sujet du rhizome, « la question, c'est de produire de l'inconscient, et, avec lui, de nouveaux énoncés, d'autres désirs » (Deleuze &

Guattari, 1980, p. 13), autrement dit, dans le champ qui nous occupe, de comprendre quelles sont les coordonnées du dispositif de soins qui permettent plus ou moins de produire des situations qui appelleront le transfert. De ce transfert appelé en revanche, si ce n'est de constater à partir des récits de certains professionnels qu'il était peut-être à l'œuvre, nous n'avons dans nos développements rien pu dire. Nous n'avons pas retenu de leurs discours l'effet concret sur le traitement des patients, mais avons tenté de repérer les coordonnées communes à certaines anecdotes dans lesquelles ils avaient pu, par des émergences de désir – les leurs ou celles des patients – être surpris. « Programmer » le hasard, pour reprendre l'expression d'Oury, nécessite d'en comprendre les lignes de code.

Une autre limite de notre travail est cette fois relative à notre grille d'analyse. En effet, nos sources théorisant et expliquant la méthode d'analyse thématique hypothético-déductive de données de recherches ne tassaient ni le nécessaire processus de réduction du matériel en fonction de la question de recherche ni le sentiment pour le chercheur d'avoir gagné en précision ce qu'il perdait en richesse et en diversité. Aussi un certain nombre de thèmes évoqués par nos interviewés ne sont-ils que très peu apparus dans nos développements, notamment ceux concernant les aspects matériels et organisationnels de leurs pratiques : budgets, informatisation, protocoles, et autres obstacles à leur travail quotidien ont fort peu été mentionnés¹⁵¹. Cela ne signifie pas que nous n'ayons pas été consciente du contexte contraint dans lequel évoluaient ces mêmes professionnels, contexte qui pousse encore à l'heure où nous écrivons ces lignes certains centres hospitaliers français à poursuivre des grèves entamées depuis plusieurs mois afin d'obtenir des conditions d'exercice dignes¹⁵².

¹⁵¹ Ces éléments font toutefois l'objet du travail de thèse en psychologie mené par Sadia Ait Ouchannik au Centre d'Histoire des Sociétés, des Sciences et des Conflits de l'Université d'Amiens (encore en cours) sur la conception managériale du soin et ses effets pour les sujets placés en institution hospitalière : <https://www.theses.fr/s118316>. Consulté le 25 août 2018.

¹⁵² Nous pensons notamment à l'hôpital Philippe Pinel d'Amiens, en grève depuis le mois de juin 2018 : <https://france3-regions.francetvinfo.fr/hauts-de-france/somme/amiens/hopital-psychiatrique-pinel-amiens-greve-plus-2-mois-1527090.html>. L'éditorial du journal *Le Monde* du 18 août 2018 a lui aussi été consacré aux grandes difficultés de ce secteur : https://www.lemonde.fr/idees/article/2018/08/18/la-psychiatrie-un-secteur-en-etat-d-urgence_5343765_3232.html. Liens consultés le 23 août 2018.

Cependant, et parce que nous sommes convaincue qu'une étude superficielle des contraintes auxquelles les professionnels que nous avons rencontré faisaient face aurait inhibé notre pensée, nous avons choisi dans ce travail d'adopter la démarche avec laquelle Arrien de Nicomédie faisait commencer le « Manuel d'Épictète »¹⁵³ vis-à-vis de ce qu'il nommait les « choses qui existent » :

- « 1. Parmi les choses qui existent, certaines dépendent de nous, d'autres non. De nous, dépendent la pensée, l'impulsion, le désir, l'aversion, bref, tout ce en quoi c'est nous qui agissons; ne dépendent pas de nous le corps, l'argent, la réputation, les charges publiques, tout ce en quoi ce n'est pas nous qui agissons.
2. Ce qui dépend de nous est libre naturellement, ne connaît ni obstacles ni entraves; ce qui n'en dépend pas est faible, esclave, exposé aux obstacles et nous est étranger. »

Cette référence philosophique avait pour nous un double sens. Premièrement celui de dire qu'en tant que psychologue clinicienne, l'étude de ce qui ne dépendait pas de notre discipline (budgets, lois, orientations de politiques publiques) devait être cherchée ailleurs, dans les travaux et études disponibles dans les autres sciences humaines et sociales. Deuxièmement, celui d'affirmer que les processus psychiques constitutifs des équipes et de leur travail quotidien avec les personnes souffrant de troubles psychiques existent *au même titre* que les difficultés matérielles auxquels ils sont confrontés. C'est peut-être tout l'enseignement de ce travail de thèse de nous avoir appris qu'en l'état des choses nous devions réserver notre jugement quant à savoir si, des contraintes organisationnelles ou des processus institutionnels, les unes primaient ou pas sur les autres : cette seule question conduit à des réflexions mono-disciplinaires qui ne permettent pas de restituer la complexité du champ de la santé mentale.

¹⁵³ Une version de ce Manuel a été éditée en 2011 par les Echos du Maquis et est disponible en ligne à l'adresse suivante : <https://philosophie.cegeptr.qc.ca/wp-content/documents/Le-Manuel-d'Épictète.pdf>. Téléchargé le 23 août 2018.

La troisième limite de notre travail concerne d'ailleurs ce champ lui-même. Contrairement aux attentes qui animaient les différentes tribus intéressées par le dispositif de soins et d'accompagnement des malades mentaux au début des années 2000, le passage de la psychiatrie à la santé mentale n'a contribué ni à sa clarification ni à sa simplification. Ce qu'on appelle la santé mentale est aujourd'hui un ensemble fragmenté, éclaté en de nombreux réseaux, organisations et groupements dont la multitude des liens et des connexions est presque impossible à représenter même à l'échelle d'un simple département, tant la dynamique partenariale évolue dans un territoire donné au gré des mutations idéologiques, sociales et professionnelles. S'il est vrai, comme le remarquait Nicolas Henckes dans la conclusion de son manuscrit de doctorat, que le courant basé sur la reconnaissance des droits de l'homme en santé mentale et le mouvement de psychiatrie citoyenne ont fait une fulgurante ascension et ont aujourd'hui une certaine influence sur les politiques de santé mentale (Henckes, 2007, p. 747), la diversité des pratiques héritée de l'histoire de la mise en place du secteur mais aussi de l'histoire des idées en France - entre psychanalyse, marxisme et introduction progressive de courants anglo-saxons tels la réhabilitation et le rétablissement – doit servir de rappel aux chercheurs parisiens soucieux de saisir le paysage de la santé mentale dans sa globalité. La psychiatrie n'est pas unifiée, et la difficulté à créer des parcours de soins en santé mentale coordonnés est sans aucun doute le symptôme d'une difficulté plus grande encore à faire passer des concepts du champ politique au cœur des pratiques quotidiennes.

Ce que soulignait Régis Aubry, membre du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE), au sujet du vieillissement nous paraît tout à fait correspondre à l'état actuel du système de santé mentale : nos politiques de santé peuvent entraîner de l'impensé¹⁵⁴. Promouvoir des modes d'organisation plus coopératifs et des dispositifs qui permettent les rencontres plutôt que de les empêcher n'a à ce titre pas qu'un intérêt humaniste. Il s'agit plutôt d'une tentative permanente de penser l'impensé des politiques publiques, autrement dit de soutenir que la clinique insiste toujours et que c'est elle qui, au cœur des organisations

¹⁵⁴ Intervention à l'Université d'été de la Fédération Hospitalière de France le 5 septembre 2018. Notes personnelles.

d'équipe, peut le mieux pousser les acteurs à trouver des solutions rusées et créatives aux problèmes quotidiens qui se posent à eux.

Au milieu du foisonnement idéologique et de la volonté de décroiser les secteurs et les organisations qui participent à la prise en charge des patients/usagers, nous voyons cependant se dessiner deux interprétations de l'idéologie de la réhabilitation psychosociale dont le résultat du rapport de forces sera à notre sens déterminant pour l'avenir du système de santé mentale¹⁵⁵. La réhabilitation est un ensemble flou qui rapproche sous une même bannière la réadaptation du patient aux critères communément admis du monde social « normal » que sont la vie professionnelle, la vie sociale et culturelle et la vie familiale, et le rétablissement d'un sujet amené à définir par lui-même ce qu'il considère être une vie satisfaisante et épanouissante, autrement dit une vie « suffisamment bonne ». Au cœur du rapport entre ces deux conceptions assez diamétralement opposées du rapport de chaque individu à son environnement social (l'adaptation d'un côté, le décalage et la ruse de l'autre) se rejoue à nouveau la question du comportement adopté par la société envers ses déviants (Bonnafé, 1977). C'est à l'aune de ce baromètre civilisationnel qu'il faudra étudier la mesure dans laquelle ceux et celles qui plaident en faveur de la réintégration des malades mentaux dans la communauté sont réellement prêts à accueillir ces malades près de chez eux. L'enjeu est urgent ; la question reste ouverte.

A l'intérieur de ce qui dépend du périmètre classique de la psychologie clinique, il nous semble donc encore possible, à l'appui de principes qu'a depuis longtemps dévoilé la psychothérapie institutionnelle, de nous mettre au chevet des institutions dans le champ de la santé mentale. Il nous semble cependant tout aussi souhaitable que la psychologie clinique puisse considérer plus largement la partition de ce qui dans le monde dépend d'elle ou non.

¹⁵⁵ Ce qui n'était au départ qu'une de nos intuitions s'est trouvé confirmé lors du dévoilement par le président Macron de la stratégie de réforme du système de santé « Ma santé 2022 » le 18 septembre 2018, dont les lignes directrices vis-à-vis du champ de la santé mentale incluent une recommandation au sujet du « développement renforcé » de la réhabilitation psycho-sociale. Le dossier de presse est disponible à l'adresse suivante : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/ma-sante-2022-un-engagement-collectif>.

C'est sur cette ouverture que nous souhaitons terminer notre travail, à savoir l'extension méthodologique et scientifique du champ de recherches de notre propre discipline.

En termes méthodologiques, nous espérons avoir établi en quoi il pouvait être pertinent d'emprunter aux sciences sociales leurs démarches de recueil de données, afin d'imaginer des recherches cliniques de terrain qui ne relèvent ni à proprement parler de la psychologie du travail et de sa dynamique de co-développement entre chercheurs et interviewés, ni d'une psychanalyse des institutions parfois déconnectée de la réalité politique des enjeux institutionnels. Il s'agirait, pour le chercheur-psychologue, de se mettre à l'écoute d'institutions considérées comme des écosystèmes à même de tomber malades lorsque la parole n'y circule pas. Ce postulat est celui de la clinique institutionnelle, mais il nous semble qu'il doive, afin de pousser plus loin ses implications, envisager que les psychologues qui s'en revendiquent puissent produire de la recherche certes à partir de leur propre lieu de travail, mais aussi à partir de ceux des autres. La circonscription actuelle de la clinique institutionnelle à ce que le psychologue expérimente avec ses propres patients, son équipe de rattachement voire les supervisions qu'il propose à d'autres pourrait partiellement expliquer que les psychologues à l'Université soient peu sur le devant de la scène en ce qui concerne la recherche sur les institutions en santé mentale.

En termes scientifiques, l'hypothèse de l'isomorphisme entre niveaux intra- et inter-institutionnel, que nous avons avancée à partir de la « psychothérapie trans-institutionnelle » de Jean Garrabé et de nos extraits d'entretiens, nous paraît ouvrir à la clinique institutionnelle un nouveau champ de recherches, celui des Conseils Locaux de Santé Mentale, Réseaux de Santé Mentale et autres formes de partenariats tenant compte des spécificités territoriales à partir desquels ils émergent. Comprendre la logique collégiale de réseau se révélera être un enjeu majeur dans le système de santé mentale et dans la lutte contre les inégalités d'accès aux soins et les ruptures de parcours – enjeu que le secteur lui-même, peut-être à défaut de se mêler véritablement avec les principes organisationnels de la psychothérapie institutionnelle, n'avait pas réussi à anticiper. La nouveauté des dispositifs que la clinique institutionnelle pourrait se proposer d'étudier aux côtés des autres sciences humaines et sociales n'a toutefois d'égale que l'ancienneté de la tradition, fort rarement interrogée, qui fait des rencontres à but thérapeutique avec les patients le noyau indispensable et le principal critère de légitimité d'un travail de psychologue clinicien reconnu comme tel, même à

l'Université. Loin de nous l'idée de dire qu'il faudrait, comme cela se fait parfois, créer des postes de « psychologues institutionnels ». Il nous semble en revanche que le problème que nous soulevons touche, outre le travail que nous avons mené, l'identité même de notre profession lorsqu'elle se met au service de l'enseignement et de la recherche : à la question de savoir si l'institution est un patient comme un autre, nous pensons, et cette thèse en est le reflet, qu'il est possible de répondre par l'affirmative.

Ainsi avons-nous tenté de démontrer que la psychothérapie institutionnelle était une clinique interdisciplinaire du travail pluriprofessionnel bien avant l'heure. Interdisciplinaire, car elle convoquait des paradigmes relativement imperméables les uns aux autres et utilisait leurs concepts à la façon d'un bricoleur pour qui le seul critère d'usage est celui d'un fonctionnement pratique quotidien. Pluriprofessionnel, parce que sa représentation du travail en équipe comme devant contenir les morceaux d'un transfert multi-référentiel devançait de plusieurs dizaines d'années les développements sur la nécessaire coexistence dans les services de multiples corps de métier. Cet ensemble théorico-pratique visionnaire ne demande aujourd'hui qu'à trouver un usage étendu, à faire l'objet d'expérimentations théoriques et méthodologiques, et pour ce faire à être porté dans une recherche de terrain au plus près des professionnels de ce champ toujours plus vaste qu'est celui de la santé mentale. Nos développements ne pourraient finalement trouver meilleure conclusion que la reprise de la citation que nous avons placée en exergue :

« Il n'est aucun des registres évoqués ici sur lesquels on ne puisse, aujourd'hui et maintenant, faire toujours quelque chose d'utile.

Il n'en est aucun sur lequel, aujourd'hui et maintenant, faute de moyens que nous ne parvenons pas à gagner, nous ne soyons contraints à souffrir de ne pouvoir, encore, que faire si peu. »

Nous souhaitons ardemment de ce travail qu'il puisse, lui aussi, devenir à sa façon « quelque chose d'utile ».

Annexe



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ POUR PARTICIPATION À LA RECHERCHE



Titre de la recherche :	Organisation des soins et des prises en charge en santé mentale : panorama de la diversité des pratiques.
Chercheuse (doctorante) :	Héloïse Haliday
Directeurs de recherche :	Directeur : Pr. Alain Vanier, co-directeur : Pr. Fethi Benslama

A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

1. Objectifs de la recherche

Cette recherche vise à comprendre comment les différents praticiens en psychiatrie et en santé mentale travaillent aujourd'hui, tant dans leurs établissements sanitaires et médico-sociaux qu'avec leurs partenaires dans la ville. Pour ce faire, il s'agira à la fois d'observer et d'entendre comment les professionnels s'accommodent des nouvelles lois et des nouveaux dispositifs et protocoles de prise en charge dans leur travail quotidien, et comment ils pensent leurs interventions auprès des patients ou des usagers. Cette recherche souhaite obtenir une variété de réponses en rencontrant des institutions différentes, et des catégories professionnelles diversifiées.

2. Participation à la recherche

La chercheuse passera cinq jours ouverts en observation dans l'institution, au cours desquels elle réalisera des entretiens semi-dirigés enregistrés avec des professionnels volontaires, portant sur la façon dont ils travaillent : leur parcours, leur rôle dans l'équipe, leurs partenaires dans la ville. Ces entretiens dureront environ 45 minutes et se feront, selon les préférences des professionnels, sur leur temps de travail ou sur leur temps libre.

Ces entretiens serviront à l'élaboration et à l'approfondissement de la question de recherche.

3. Confidentialité et anonymat des informations

Les entretiens sont confidentiels : les fichiers audio ne seront accessibles qu'à la chercheuse et ne feront pas l'objet d'utilisation à des fins d'enseignement. Ces audios seront retranscrits. Les textes obtenus seront anonymisés, les éventuels noms cités seront changés dans les retranscriptions, et aucune information personnelle ne sera communiquée à des tiers. Les informations ressortant des entretiens seront gardées pendant la durée de la thèse.

4. Avantages et inconvénients

En participant à cette recherche, vous ne courez pas de risques ou d'inconvénients particuliers. La participation ne fait l'objet d'aucune indemnité ou gratification ; vous contribuerez à l'avancement des connaissances sur l'état de l'organisation des soins en psychiatrie et santé mentale en France.

La chercheuse s'engage à répondre à toutes les questions posées par les participants avant ou après l'entretien dans la limite du respect de l'anonymat des autres participants ayant déjà répondu. L'explicitation des hypothèses de recherche ne pourra être faite avant les entretiens pour éviter tout biais.

5. Droit de retrait

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps par avis verbal, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec la chercheuse, au numéro de téléphone et à l'adresse e-mail indiqués à la dernière page de ce document. Si vous vous retirez de la recherche, les renseignements personnels et les données de recherche vous concernant et qui auront été recueillis au moment de votre retrait seront détruits.

B) CONSENTEMENT

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation à la recherche et comprendre le but, la nature, les avantages et les inconvénients de cette recherche.

Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette recherche. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice et sans devoir justifier ma décision.

Signature :			Date :	
Nom :			Prénom:	

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature de la chercheuse :			Date :	
Nom :			Prénom :	

Pour toute question relative à la recherche, ou pour vous en retirer, vous pouvez me contacter :

Héloïse Haliday : [numéro de téléphone et adresse e-mail]

Un exemplaire du formulaire d'information et de consentement signé doit être remis au participant

Bibliographie

- Abd ellah Mejbél, A., Almsafir, M. K., Siron, R., & Alnaser, A. S. M. (2013). The Drivers of Quality of Working Life (QWL): A Critical Review. *Australian Journal of Basic and Applied Sciences*, 7(10), 398–405.
- Abrams, R. C., & Sweeney, J. A. (1982). A Critique of the process-oriented approach to ward staff meetings. *American Journal of Psychiatry*, 139(6), 769–772.
- Agamben, G. (2014). *Qu'est-ce qu'un dispositif?* Paris: Payot & Rivages.
- Ailam, L., Rchidi, M., Tortelli, A., & Skurnik, N. (2009). Le processus de désinstitutionnalisation. *Annales Medico-Psychologiques*, 167, 455–458. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2009.05.001>
- Aktouf, O. (1987). *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations. Une introduction à la démarche classique et une critique*. Montréal: Les Presses de l'Université du Québec.
- Allilaire, J.-F. (1998). Editorial. *Pour La Recherche. Bulletin de La Fédération Française de Psychiatrie*, (17), 1. Retrieved from <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/Recherche/PLR/PLR17/PLR17.html>
- Amering, M., & Schmolke, M. (2009). *Recovery in mental health: Reshaping scientific and clinical responsibilities*. Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.62.5.567-a>
- Anadón, M. (2006). La recherche dite « qualitative » : de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents. *Recherches Qualitatives*, 26(1), 5–31.
- Apprill, O. (2013). *Une avant-garde psychiatrique: le moment GTPSI (1960-1966)*. Paris: EPEL.
- Arborio, A.-M. (1995). Quand le « sale boulot » fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital. *Sciences Sociales et Sante*, 13(3), 93–126.
- Arborio, A.-M. (2007). L'observation directe en sociologie : quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherches sur le terrain hospitalier. *Recherches En Soins Infirmiers*, 3(90), 26–34. <https://doi.org/10.3917/rsi.090.0026>

- Arveiller, J.-P. (2002). *Pour une psychiatrie sociale: cinquante ans d' action de la Croix-Marine*. Toulouse: Erès.
- Arveiller, J. (Ed.). (2009). *Psychiatries dans l'histoire: actes du 6e congrès de l'Association européenne pour l'histoire de la psychiatrie*. Caen: Presses universitaires de Caen.
- Askari, R., Rafiei, S., Montazerolfaraj, R., Tafti, A. D., & Torabi, F. (2018). Quality of Working Life and Its Association with Organizational Performance : A Model Applied for Healthcare Workers. *Biotech Health Sciences*, 5(1), e42050. <https://doi.org/10.17795/bhs-42050>
- Assoun, P.-L. (1983). Le vieillissement saisi par la psychanalyse. *Communications*, (37), 167–179.
- Assoun, P. (2009). L'introuvable identité. Destins freudiens de l'identification. *Rue Descartes*, 4(66), 59–65. <https://doi.org/10.3917/rdes.066.0059>
- Attride-Stirling, J. (2001). Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research*, 1(3), 385–405.
- Audisio, M., & Demay, J. (1977). Politique de secteur, conditions d'exercice des psychiatres de secteur et situation du service public de santé mentale. *Annales Médico-Psychologiques*, 135 (II)(1).
- Autonomisation et empowerment. Agir autrement. (2014). In *4e rencontres internationales du CCOMS* (p. 115). Lille. Retrieved from http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/pdf/Rapport_Empowerment_Final_FR_low.pdf
- Ayme, J. (1983). Contribution à l'histoire de la psychothérapie institutionnelle. *L'information Psychiatrique*, 59(3), 401–412.
- Ayme, J. (1987). Table ronde "Psychothérapie institutionnelle et pratique de secteur." *Annales Médico-Psychologiques*, 145(8), 714–716.
- Ayme, J. (1995). *Chroniques de la psychiatrie publique: à travers l'histoire d'un syndicat*. Ramonville Saint-Agne [France]: Editions Erès.
- Ayme, J. (2001). Le groupe de Sèvres. *Vie Sociale et Traitements*, 3(71), 49–51. <https://doi.org/10.3917/vst.071.0049>

- Ayme, J. (2009). Essai sur l’histoire de la psychothérapie institutionnelle. *Institutions. Revue de Psychothérapie Institutionnelle*, (44), 111–153.
- Ayme, J., Rappard, P., & Torrubia, H. (1964). Thérapeutique institutionnelle. *EMC-Psychiatrie*, 10(37390 G10).
- Azoulay, J. (1967). De la prise en charge institutionnelle à une dynamique psychothérapique. *Perspectives Psychiatriques*, (17), 31–48.
- Bacqué, M.-H., & Biewener, C. (2015). *L’empowerment, une pratique émancipatrice?* Paris: La Découverte.
- Badiche, A., Baillon, G., & Béquart, P. (1967). Quelques aspects pratiques sur “Psychothérapies et institutions.” *Perspectives Psychiatriques*, (16), 35–53.
- Bailly-Salin, P. (1977). Le secteur ? *Annales Médico-Psychologiques*, 135 (II)(1), 87–93.
- Bantman, P. (2010). La liberté d’aller et venir en psychiatrie, entre l’exigence de la loi, l’éthique et la réalité des pratiques. Cinq ans après la conférence de consensus, où en sommes-nous ? *L’information Psychiatrique*, 86(4), 293–297.
<https://doi.org/10.3917/inpsy.8604.0293>
- Basaglia, F. (1977). *Qu’est-ce que la psychiatrie ?* Paris: PUF / Perspectives Critiques.
- Basaglia, F. (1982). *L’institution en négation: rapport sur l’hôpital psychiatrique de Gorizia*. Paris: Éd. du Seuil.
- Basaglia, F. (2007). *Psychiatrie et démocratie: conférences brésiliennes*. Ramonville Saint-Agne: Éditions Érès.
- Bauchetet, C., Chèze, S., Ceccaldi, J., & Colombat, P. (2014). La démarche participative dans les soins : un modèle issu de l’hématologie. *Hématologie*, 20(5), 258–263.
- Beaud, S., & Weber, F. (2017). *Guide de l’enquête de terrain: produire et analyser des données ethnographiques*. Paris: La Découverte.
- Bélart, C. (2013). The rationalisation process of mental health services : illustration of a conflict field between professional and management rationality. *International Journal of Public Sector Performance Management*, 2(2), 141–155.
- Bélart, C., & Dembinski, O. (2012). Les nouveaux outils de gestion en psychiatrie. In *La politique de santé mentale en France* (Armand Col, pp. 87–100).

<https://doi.org/10.3917/arco.demai.2012.01.0087>

- Bellahsen, M. (2014). *La santé mentale: vers un bonheur sous contrôle*. Paris: La Fabrique éd.
- Benoit, J.-C. (1984). *Les théories systémiques et la thérapie institutionnelle en psychiatrie de l'adulte: Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, LXXXIIIe session, Luxembourg, 2-7 juillet 1984 : rapport de thérapie*. Paris: Masson.
- Benoit, J.-C. (1988). *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques*. Paris: ESF.
- Bergeron, H., & Castel, P. (2010). Captation, appariement, réseau : une logique professionnelle d'organisation des soins. *Sociologie Du Travail*, 52, 441–460. <https://doi.org/10.1016/j.soctra.2010.09.001>
- Bessière, S. (2005). La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage. *Revue Française Des Affaires Sociales*, (1), 19–33.
- Bevort, A. (2013). De Taylor au néo-management : quelle participation des salariés ? *Participations*, 1(5), 33–51. <https://doi.org/10.3917/parti.005.0033>
- Bion, W. R. (1982). *Transformations: passage de l'apprentissage à la croissance*. Paris: Presses universitaires de France.
- Bion, W. R. (1999). *Recherches sur les petits groupes*. Paris: Presses universitaires de France.
- Bion, W. R. (2001). *Aux sources de l'expérience*. Paris: Presses universitaires de France.
- Bion, W. R. (2014). *Recherches sur les petits groupes*. Paris: PUF.
- Bitter, J., van Veen-Berkx, E., Gooszen, H. G., & van Amelsvoort, P. (2013). Multidisciplinary teamwork is an important issue to healthcare professionals. *Team Performance Management: An International Journal*, 19(5/6), 263–278. <https://doi.org/10.1108/TPM-11-2012-0041>
- Blanchard-Laville, C., Chaussecourte, P., Hatchuel, M. F., & Pechberty, B. (2005). Recherches cliniques d'orientation psychanalytique dans le champ de l'éducation et de la formation. *Revue Française de Pédagogie*, 151, 111–162.
- Blankenburg, W. (1991). *La perte de l'évidence naturelle: une contribution à la psychopathologie des schizophrénies pauci-symptomatiques*. Paris: Presses universitaires de France.
- Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From Triple to Quadruple Aim : Care of the patient

- requires care of the provider. *Annals of Family Medicine*, 12(6), 573–576.
<https://doi.org/10.1370/afm.1713.Center>
- Bonnafé, Carrot, Houllier-Meisels, Jacquelin, Gauthier, Lejeune-Lauriat, ... Silvestre. (1966).
Argument sur la hiérarchie. *Revue de Psychothérapie Institutionnelle*, (4), 117–123.
- Bonnafé, L. (1958). Intervention sur le thème de “la participation des infirmiers à la
psychothérapie.” *L’information Psychiatrique*, 54(5), 441–449.
- Bonnafé, L. (1977). *Dans cette nuit peuplée: 18 textes politiques*. Paris: Éditions sociales.
- Bonnafé, L. (1991). *Désaliéner? folie(s) et société(s)*. Toulouse: Presses universitaires du Mirail.
- Bonnafé, L. (2000a). L’esprit du secteur. Entretien avec Lucien Bonnafé. *Santé Mentale*, (51),
16–20.
- Bonnafé, L. (2000b). Les anniversaires du secteur : exploration des oubliettes. *VST - Vie Sociale
et Traitements*, (67). Retrieved from <https://www.cemea.asso.fr/spip.php?article2939>
- Bonnafé, L., Andrau, R., Chaigneau, H., & Pariente, M. (1965). Thérapeutique institutionnelle.
In *Livre Blanc de la Psychiatrie Française* (Privat, pp. 209–224). Toulouse.
- Bonnefond, J.-Y., & Clot, Y. (2018). Clinique du travail et santé au travail : ouvertures,
perspectives et limites. *Pistes : Perspectives Interdisciplinaires Sur Le Travail et La Santé*,
20(1), 0–24.
- Bonny, Y., Demailly, L., & Bonny, Y. (Eds.). (2012). *L’institution plurielle*. Villeneuve d’Ascq,
France: Presses Universitaires du Septentrion.
- Bonsack, C., & Favrod, J. (2013). De la réhabilitation au rétablissement : l’expérience de
Lausanne. *L’information Psychiatrique*, 89(3), 227–232.
<https://doi.org/10.1684/ipe.2013.1042>
- Borus, J. (1981). Deinstitutionalization of the chronically mentally ill. *The New England Journal
of Medicine*, 305(6), 339–342.
- Boumard, P. (1996). “Institution.” *Recherche et Formation*, (23), 151–161.
- Bourdieu, P. (1987). *Choses dites*. Paris: Editions de Minuit.
- Bourdieu, P. (2003). L’objectivation participante. *Actes de La Recherche En Sciences Sociales*,
5(150), 43–58. <https://doi.org/10.3917/arss.150.0043>
- Bouvier, P. (1983). Pour une anthropologie de la quotidienneté du travail. *Cahiers*

- Internationaux de Sociologie*, 74, 133–142.
- Bowker, M. H., & Buzby, A. (Eds.). (2017). *D.W. Winnicott and political theory: recentering the subject* (First edition). New York, NY: Palgrave Macmillan.
- Braun, V., Clarke, V., & Rance, N. (2014). Thematic analysis with interview data, 183–197.
- Brelet, C. (2015). Chapitre 3. L’observation participante pour éviter l’inféodalisation des éthiques “autres.” *Journal International de Bioéthique et d’éthique Des Sciences*, 26(2), 63–83. <https://doi.org/10.3917/jib.263.0063>
- Brétécher, P. (2014). Le psychiatre des champs et le désaliéniste urbain. *Chimères*, 3(84), 29–35. <https://doi.org/10.3917/chime.084.0029>
- Brousseau, S., Cara, C., & Blais, R. (2016). Proposition d’une modélisation humaniste de la qualité de vie au travail inspirée de la théorie du caring de Watson. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 2(4), 187–196. <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2016.08.004>
- Browning, H. W., Torain, D. J., & Patterson, T. E. (2011). A Six-Part Model for Adapting and Thriving During a Time of Transformative Change. *Center for Creative Leadership*, 1–20. Retrieved from <http://www.ccl.org/leadership/pdf/research/CollaborativeHealthcareLeadership.pdf>
- Burke, M. (2016). *The Perceived Experiences of Primary Healthcare Professionals in Ireland : Interprofessional Teamwork in Practice*. National University of Ireland. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10379/5742>
- Burnard, P., Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., & Chadwick, B. (2008). Analysing and presenting qualitative data. *British Dental Journal*, 204(8), 429–432. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2008.292>
- Burns, T., & Lloyd, H. (2004). Is a team approach based on staff meetings cost-effective in the delivery of mental health care? *Current Opinion in Psychiatry*, 17, 311–314. <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000133835.26920.ff>
- Buzaré, A. (2002). *La psychothérapie institutionnelle, c’est la psychiatrie!* Lecques: Éd. du Champ social.
- Callon, M. (1986). Eléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des

- coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. *L'année Sociologique*, (36), 169–208.
- Cano, N. (2006). Fondements éthiques de la psychothérapie institutionnelle. *L'Évolution Psychiatrique*, 32(1), 205–212.
- Caria, A., Arfeuillère, S., Loubières, C., Joseph, C., & Einstein, A. (2015). Passer de l'asile à la Cité, de l'aliéné au citoyen : un défi collectif, 22–31.
- Carpentier, N. (2001). Le long voyage des familles : la relation entre la psychiatrie et la famille au cours du XXe siècle. *Sciences Sociales et Santé*, 19(1), 79–106. <https://doi.org/10.3406/sosan.2001.1514>
- Cartmell, K. H. (2000). Work Health Environment. *Home Healthcare Management Practices*, 12(6), 38–40.
- Casimiro, L. M., Hall, P., Kuziemy, C., O'Connor, M., & Varpio, L. (2015). Enhancing patient-engaged teamwork in healthcare: an observational case study. *Journal of Interprofessional Care*, 29(1), 55–61. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.940038>
- Castoriadis, C. (2006). *L'institution imaginaire de la société* (Nachdr.). Paris: Éd. du Seuil.
- Cattin, E. (2017). *D'un lien possible entre réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle*. Paris Descartes.
- Chaigneau, H. (1983). Ce qui suffit. Réflexions surgies de la fréquentation au long cours des schizophrènes. *L'information Psychiatrique*, 59(3), 437–446.
- Chaigneau, H. (2011). *Paroles, recueil de textes et conférences 1990-2003* (Institutions).
- Chaigneau, H., Chanoît, P., & Garrabé, J. (1971). *Les thérapies institutionnelles - Rapport et thérapeutique, présenté au Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française. LXIXe session - CAEN* (Masson & C). Paris.
- Chapireau, F. (2007). Le recours à l'hospitalisation psychiatrique au XXe siècle. *L'information Psychiatrique*, 83(7), 563–570. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8307.0563>
- Chazaud, J. (1978). *Introduction à la thérapeutique institutionnelle*. Toulouse: Privat.
- Chebili, S. (2017). La psychiatrie face à l'oubli de son histoire. *L'information Psychiatrique*, 93(2), 131–134. <https://doi.org/10.1684/ipe.2017>
- Chemla, P. (2016a). Hospitalité et transfert. *Figures de La Psychanalyse*, 1(31), 37–50.

<https://doi.org/10.3917/fp.031.0037>

Chemla, P. (2016b). *Transmettre: psychiatrie, psychanalyse, psychothérapie institutionnelle*. Reims : Toulouse: Erès.

Chemla, P. (2018). *Le collectif à venir: psychiatrie, psychanalyse et psychothérapie institutionnelle : [XVème rencontres de La Criée, Reims, les 10 et 11 juin 2016]*.

Chow, W. S., & Priebe, S. (2013). Understanding psychiatric institutionalization : a conceptual review.

Ciccione, A. (2012). La pratique de l'observation. *Contraste*, 1(36), 55–77. <https://doi.org/10.3917/cont.036.0055>

Clement, S., Lassman, F., Barley, E., Williams, P., Yamaguchi, S., Slade, M., & Rüsçh, N. (2013). Mass media interventions for reducing mental health-related stigma (Review) SUMMARY OF FINDINGS FOR THE MAIN COMPARISON, (7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009453.pub2.www.cochranelibrary.com>

Clements, D., Dault, M., & Priest, A. (2007). Effective teamwork in healthcare: research and reality. *Healthcare Papers. New Models for the New Healthcare*, 7(Special Issue), 26–34. <https://doi.org/10.12927/hcpap.2013.18669>

Clinique de l'institution. (2008). ERES.

Clot, Y. (2007). De l'analyse des pratiques au développement des métiers. *Education et Didactique*, 1(1), 83–94. <https://doi.org/10.4000/educationdidactique.106>

Clot, Y. (2008). La recherche fondamentale de terrain : une troisième voie. *Education Permanente*, 4(177), 67–77.

Clot, Y. (2015). *Le travail à coeur: pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris: la Découverte.

Cohen, N. L., & Galea, S. (Eds.). (2011). *Population mental health: evidence, policy, and public health practice*. London ; New York: Routledge.

Coldefy, M. (2010). *De l'asile à la ville : une géographie de la prise en charge de la maladie mentale en France*. Paris 1 Panthéon-Sorbonne.

Coldefy, M., & Fernandes, S. (2017). Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011. *Questions d'économie de La*

- Santé*, (222), 1–8. Retrieved from www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/222-les-soins-sans-consentement-en-psychiatrie.pdf
- Coldefy, M., & Le Neindre, C. (2014). *Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France: d'une vision segmentée à une approche systémique*. Paris: IRDES.
- Colombat, P., Altmeyer, A., Rodrigues, M., Barruel, F., Blanchard, P., Fouquereau, E., & Pronost, A.-M. (2011). Management et souffrance des soignants en oncohématologie. *Psycho-Oncologie*, 5, 83–91. <https://doi.org/10.1007/s11839-011-0319-1>
- Colombat, P., Bauchetet, C., Fouquereau, E., Trager, S., Gillet, N., & Kanitzer, C. (2014). La démarche participative dans les soins. *Gestions Hospitalières*, 2(534), 151–157.
- Cooper, D. (1970). *Psychiatrie et anti-psychiatrie*. Paris: Éditions du Seuil.
- Corbobesse, E. (2005). Difficulté de la prise en charge des comorbidités psychiatriques chez le toxicomane. *L'information Psychiatrique*, 81(5), 445–450.
- Couty, E., & Scotton, C. (2013). *Le pacte de confiance pour l'hôpital. Synthèse des travaux*. Paris. Retrieved from http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Pacte_de_confiance_-_rapport_de_synthese.pdf
- Crété, P. (2006). Sur la fonction d'accueil. In *Diplôme Universitaire de Psychothérapie institutionnelle* (p. 14). Retrieved from <http://www.balat.fr/Sur-la-fonction-d-accueil.html>
- Crété, P. (2015). La fonction de direction au service de l'Établissement et de l'Institution. *Institutions. Revue de Psychothérapie Institutionnelle*, (56), 49–65.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (2014). *L'acteur et le système les contraintes de l'action collective*. Paris: Éd. du Seuil.
- D'Arripe, A. (2015). La posture du chercheur dans l'observation participante : de la trahison à la culpabilité. *Antropologicas*, (13), 48–56.
- Dana, G. (2010). *Quelle politique pour la folie? le suspense de Freud*. Paris: Stock.
- Danvers, F. (2010). "Clinique." *Recherche et Formation*, (63). Retrieved from <http://rechercheformation.revues.org/325>
- Darcourt, G. (2014). Introduction à la thérapeutique en psychiatrie. *EMC-Psychiatrie*, 11(37-

- 800-A-10), 1–12. [https://doi.org/10.1016/S0246-1072\(14\)65245-7](https://doi.org/10.1016/S0246-1072(14)65245-7)
- DARES. (2013). *La répartition des hommes et des femmes par métiers. Une baisse de la ségrégation depuis 30 ans.*
- Daumézon, G. (1977). Conjoncture de la naissance de la psychiatrie de secteur en France. *Annales Medico-Psychologiques*, 135(1), 80–87.
- Daumézon, G., & Koechlin, P. (1952). La psychothérapie institutionnelle française contemporaine. *Anais Portugueses de Psiquiatria*, 4(4), 271–312. Retrieved from <http://ceepi.org/la-psychotherapie-institutionnelle-francaise-contemporaine-05234>
- Davidson, L., Rakfeldt, J., S. J. (2010). *The roots of the recovery movement in psychiatry: lessons learned.*
- Davidson, L., Carr, E., Bellamy, C., Tondora, J., Fossey, E., & Styron, T. (2016). Principles for Recovery-Oriented Inpatient Care. In *Handbook of Recovery in Inpatient Psychiatry. Evidence-based practices in Behavioural Health* (p. 467). <https://doi.org/10.1007/978-3-319-40537-7>
- Davidson, L., & Roe, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness : One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, 16(August), 459–470. <https://doi.org/10.1080/09638230701482394>
- de Certeau, M. (2010). *Arts de faire* (Nouvelle éd). Paris: Gallimard.
- Dejours, C. (2016). Psychodynamique du travail et politique : quels enjeux ? *Travailler*, 2(36), 75–90. <https://doi.org/10.3917/trav.036.0075>
- Deleuze, G. (1955). *Instincts et institutions* (Classiques). Paris.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1980). *Mille plateaux*. Paris: Éditions de minuit.
- Delion, P. (1994). *Actualité de la psychothérapie institutionnelle*. Vigneux, France: Editions Matrice.
- Delion, P. (2001). Thérapeutiques institutionnelles. *EMC-Psychiatrie*, (37-930-G-10), 47–76.
- Delion, P. (2004). Importance du concept de chronicité aujourd’hui dans le champ de la psychiatrie. In *La chronicité en psychiatrie aujourd’hui* (pp. 7–20). <https://doi.org/10.3917/eres.delio.2004.01.0007>
- Delion, P. (2005). Psychanalyse et institutions : une question complexe. *Le Carnet PSY*, 3(98),

31–33. <https://doi.org/10.3917/lcp.098.0031>

Delion, P. (2006). *Psychose, vie quotidienne et psychothérapie institutionnelle*. Ramonville Saint-Agne [France: Érès.

Delion, P. (2011). Au commencement... Donald Winnicott, Michel Tournier et la fonction phorique. *Le Carnet PSY*, 1(150), 20–26. <https://doi.org/10.3917/lcp.150.0020>

Delion, P. (2014a). La psychothérapie institutionnelle : d'où vient-elle et où va-t-elle ? *Empan*, 4(96), 104–112. <https://doi.org/10.3917/empa.096.0104>

Delion, P. (2014b). Tosquelles et Oury, parce que c'était eux... *Chimères*, 3(84), 20–28. <https://doi.org/10.3917/chime.084.0020>

Delion, P. (2018a). *Fonction phorique, holding et institution*.

Delion, P. (2018b). Les choses de la vie (quotidienne). *Cliniques*, 1(15), 39–64. <https://doi.org/10.3917/clini.015.0039>

Delion, P., & Coupechoux, P. (2016). *Mon combat pour une psychiatrie humaine*. Paris: Albin Michel.

Deliot, C., Caria, A., & Loubières, C. (2013). Bienveillance et psychiatrie. Comment changer l'ordre du discours ? (pp. 257–265).

Dell'Acqua, G., Norcio, B., De Girolamo, G., Barbato, A., Bracco, R., Gaddini, A., ... Santone, G. (2007). Caratteristiche e attività delle strutture di ricovero per pazienti psichiatrici acuti : i risultati dell'indagine. *Giornale Italiano Di Psicopatologia*, (13), 26–39.

Demilly, L. (2008). *Politiques de la relation: approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles*. Villeneuve-d'Ascq: Presses universitaires du Septentrion.

Demilly, L. (2013). Le nouveau management public et les particularités des secteurs d'action publique : le cas de la santé en France. *Education et Sociétés*, 2(32), 75–91. <https://doi.org/10.3917/es.032.0075>

Demilly, L. (2014a). Les médiateurs pairs en santé mentale. Une professionnalisation incertaine. *La Nouvelle Revue Du Travail*, (5), 1–21.

Demilly, L. (2014b). Variations de la "démocratie sanitaire" et politique publique de santé mentale en France. *SociologieS*.

Demilly, L. (2018). Que faire des embarras de la psychanalyse avec le politique ? Eléments de

- débat sur la politique de la psychanalyse. *Le Coq-Héron*, 2(233), 48–59.
<https://doi.org/10.3917/cohe.233.0048>
- Demailly, L., & Autès, M. (Eds.). (2012). *La politique de santé mentale en France: acteurs, instruments, controverses*. Paris: Armand Colin.
- Demailly, L., Bèlart, C., Déchamp Le Roux, C., Dembinski, O., Farnarier, C., Garnoussi, N., & Cassan, D. (2014). *Le dispositif des médiateurs de santé pairs en santé mentale : une innovation controversée. Rapport final de la recherche évaluative qualitative sur le programme expérimental 2012-2014*.
- Demailly, L., Guiliani, F., & Maroy, C. (2018). Le changement institutionnel : processus et acteurs. Introduction. *SociologieS*, (à paraître), 2–6.
- Desclés, J.-P. (2009). Le concept d'opérateur en linguistique. *Histoire, Epistémologie, Langage*, 31(1), 75–98.
- Dessors, D. (2009). L'intelligence pratique. *Travailler*, 1(21), 61–68.
<https://doi.org/10.3917/trav.021.0061>
- Detchessahar, M. (2013). Faire face aux risques psycho-sociaux : quelques éléments d'un management par la discussion. *Négociations*, 1(19), 57–80.
<https://doi.org/10.3917/neg.019.0057>
- Detienne, M., & Vernant, J.-P. (2011). *Les ruses de l'intelligence: la mètis des Grecs*. Paris: Flammarion.
- Deutsch, C. (2015). L'empowerment en santé mentale. *Sciences et Actions Sociales*, 1, 1–16.
- DGCS, CNSA, & Ministère des Affaires Sociales de la Santé et des Droits des femmes. (2016). *Rapport intermédiaire du projet Séraphin-PH*. Paris.
- Didelet, S. (2017). *Jean Oury... Celui qui faisait sourire les schizophrènes*. Champ Social Editions.
- Dissez, N. (2003). À propos du rapport de mission « Piel-Roelandt ». *Journal Français de Psychiatrie*, 2(19), 12–13. <https://doi.org/10.3917/jfp.019.0012>
- Dobransky, K. M. (2014). *Managing Madness in the Community. The challenge of contemporary mental health care*. (R. Apple & J. Golden, Eds.). Rutgers University Press.
- Doré, M. (1987). La désinstitutionnalisation au Québec. *Santé Mentale Au Québec*, 12(2), 144–157. <https://doi.org/10.7202/030407ar>

- Doron, C.-O. (2015). L'émergence du concept de « santé mentale » dans les années 1940-1960 : genèse d'une psycho-politique. *Pratiques En Santé Mentale*, 61e année(1), 3–16.
- Douville, O. (2012). Politique de santé mentale en psychiatrie aujourd'hui : position d'un psychologue clinicien. *Bulletin de Psychologie*, 6(522), 505–514. <https://doi.org/10.3917/bupsy.522.0505>
- Drieu, D. (2016). 46 commentaires de textes en clinique institutionnelle. Dunod.
- Drieu, D., & Crété, P. (2015). Actualités de la clinique institutionnelle en France : entre résistance et création ? *Filigrane*, 24(2), 13–30. <https://doi.org/10.7202/1036528ar>
- Dubar, C. (2007). Polyphonie et métamorphoses de la notion d'identité. *Revue Française Des Affaires Sociales*, (2), 9–25.
- Dubar, C. (2014). *La socialisation: construction des identités sociales et professionnelles*. Paris: Armand Colin.
- Dujardin, V., & Péchillon, É. (2015). La judiciarisation des soins psychiatriques : le point de vue du juriste. *L'information Psychiatrique*, 91(6), 459–469. <https://doi.org/10.1684/ipe.2015.1358>
- Dumas, M., Douguet, F., & Fahmi, Y. (2016). Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ? *Revue Interdisciplinaire Management, Homme et Entreprise*, 1(20), 45–67. <https://doi.org/10.3917/rimhe.020.0045>
- Duprez, M. (2008). Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle. *L'information Psychiatrique*, 84(10), 907–912. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8410.0907>
- Durham, M. L. (1989). The Impact of Deinstitutionalization on the Current Treatment of the Mentally Ill, *12*, 117–131.
- Durkheim, É. (2009). *Les règles de la méthode sociologique*. Paris: Payot & Rivages.
- Ehrenberg, A. (2004). Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale. *Point de Vue*, 1(1), 77–88. Retrieved from http://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=RFAS_041_0077%5Cnhttp://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2004-1-page-77.htm
- Ehrenberg, A. (2011). La crise du symbolique et le déclin de l'institution : quels sont les arguments ? Quelle est l'alternative épistémologique ? *Cliniques Méditerranéennes*,

- 1(83), 55–66. <https://doi.org/10.3917/cm.083.0055>
- Ehrenberg, A. (2014). Faire société à travers l'autonomie. *Recherche et Formation*, (76), 107–118. <https://doi.org/10.4000/rechercheformation.2256>
- Eisenberg, L., & Guttmacher, L. B. (2010). Were we all asleep at the switch? A personal reminiscence of psychiatry from 1940 to 2010. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(2), 89–102. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01544.x>
- Estryn-Béhar, M. (2008). *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*. Rennes.
- Eyraud, B., & Velpry, L. (2012). Le secteur psychiatrique : une innovation instituante ? Des éléments de réponse à partir d'une étude de cas. *Socio-Logos. Revue de l'association Française de Sociologie*, (7). Retrieved from <http://socio-logos.revues.org/2651>
- Eyraud, B., & Velpry, L. (2014). De la critique de l'asile à la gestion de l'offre en santé mentale : une désinstitutionnalisation à la française de la psychiatrie ? *Revue Française d'administration Publique*, 1(149), 207–222. <https://doi.org/10.3917/rfap.149.0207>.
- Eyraud, B., Velpry, L., Doron, C., Lancelevée, C., Alexandre, L., Caroline, P., & Saetta, S. (2015). La création des UHSA : une nouvelle régulation de l'enfermement ? *Déviance et Société*, 39(4), 429–453. <https://doi.org/10.3917/ds.394.0429>
- Fakhoury, W., & Priebe, S. (2007). Deinstitutionalization and reinstitutionalization : major changes in the provision of mental healthcare, 6–9.
- Falissard, B., Loze, J.-Y., Gasquet, I., Duburc, A., de Beaurepaire, C., Fagnani, F., & Rouillon, F. (2006). Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry*, 6(33), 3–8. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-6-33>
- Fernandez, R., & Grand, J. A. (2015). Leveraging Social Science-Healthcare Collaborations to Improve Teamwork and Patient Safety. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 45(12), 370–377. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2015.10.005>
- Ferro, A. (2012). Travailler avec et après W.R.Bion. L'éclairage du modèle post-bionien de l'appareil mental pour la compréhension des pathologies évacuatives et psychosomatiques. *Journal de La Psychanalyse de l'enfant*, 2(1), 61–84. <https://doi.org/10.3917/jpe.003.0061>

- Festinger, L. (2001). *A theory of cognitive dissonance* (Reissued by Stanford Univ. Press in 1962, renewed 1985 by author, [Nachdr.]). Stanford: Stanford Univ. Press.
- Finn, R., Learmonth, M., & Reedy, P. (2010). Some unintended effects of teamwork in healthcare. *Social Science and Medicine*, 70(8), 1148–1154. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.12.025>
- Fleury, C., & Tourette-Turgis, C. (2018). Une école française du soin ? Analyse de deux cas d'innovation socio-thérapeutique : l'Université des patients et la chaire de philosophie à l'hôpital. *Le Sujet Dans La Cité*, 1(7), 183–196.
- Florence, J. (1978). *L'identification dans la théorie freudienne*. Bruxelles, bd. du Jardin botanique, 43: Facultés universitaires Saint-Louis.
- Fourquet, F., & Murard, L. (1975). *Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible* (Revue Rech). Fontenay-sous-Bois.
- Franck, N. (2018). *Traité de réhabilitation psychosociale*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Franck, N., Morin, L., Pachoud, B., Passerieux, C., Urbach, M., & Younes, N. (2015). *Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous tendu par un trouble schizophrénique*.
- Freud, S. (2002). *Œuvres complètes: psychanalyse. Volume XVIII*. Paris: Presses universitaires de France.
- Freud, S. (2009a). *Oeuvres complètes: psychanalyse. Volume VI*. Paris: Presses universitaires de France.
- Freud, S. (2009b). *Oeuvres complètes. Volume XI*. Paris: Presses universitaires de France.
- Freud, S. (2010). *Oeuvres complètes. psychanalyse Volume XVI*. Paris: Presses universitaires de France.
- Friche Passos, I. (2004). Les défis de la desinstitutionalisation en psychiatrie : l'exemple d'un secteur. *Revue Internationale de Psychosociologie*, X(22), 64–75. <https://doi.org/10.3917/rips.022.0064>
- Gaillard, I., de Terssac, G., Sarfati, F., & Waser, A.-M. (2013). Compétences organisationnelles et santé. *Sociologies Pratiques*, 26(1), 19. <https://doi.org/10.3917/sopr.026.0019>

- Garrabé, J. (1983). L'après-crise de la psychothérapie institutionnelle. *L'information Psychiatrique*, 59(4), 611–618.
- Garrabé, J. (1987). Peut-on parler d'une psychothérapie trans-institutionnelle ? *Annales Medico-Psychologiques*, 145(8), 717.
- Gentis, R., & Faugeras, P. (2005). *Un psychiatre dans le siècle: rencontre avec Roger Gentis*. Ramonville Saint-Agne: Erès.
- Germain, P., & Caron, R. (2018). Que faire ? La greffe d'ouvert en thérapie institutionnelle. *Le Journal Des Psychologues*, 4(356), 58–61. <https://doi.org/10.3917/jdp.356.0058>
- Gesmond, T., Laval, C., & Estecahandy, P. (2016). *Le programme expérimental "un chez-soi d'abord". Abrégé du rapport final du volet qualitatif de recherche*.
- Godé, C. (2011). Construire le sens par le retour d'expérience : le cas de l'Equipe de Voltige de l'Armée de l'air. *Management & Avenir*, 1(41), 416–434. <https://doi.org/10.3917/mav.041.0416>
- Gouge, I. (2003). What is an Organization? In *Shaping the IT Organization — The Impact of Outsourcing and the New Business Model* (pp. 31–55). London: Springer. https://doi.org/https://doi.org/10.1007/1-85233-852-0_3
- Greacen, T. (2010). User empowerment : implications for training the mental health workforce. In *Empowerment in Mental health - working together towards leadership* (pp. 1–6).
- Griffiths, L. (1997). Accomplishing team : teamwork and categorisation in two community mental health teams. *The Sociological Review*, 45, 59–78.
- Grimaud, L. (2005). Psychanalyse et institution de soin. *Empan*, 2(58), 141–148. <https://doi.org/10.3917/empa.058.0141>
- Grimaud, L. (2010). Penser la clinique à l'heure du management : problématiques et concepts. *Empan*, 2(78), 111–118. <https://doi.org/10.3917/empa.078.0111>
- Grimaud, L. (2015). Hériter de la psychothérapie institutionnelle ? *VST - Vie Sociale et Traitements*, 1(125), 97–102. <https://doi.org/10.3917/vst.125.0097>
- Guattari, F. (1966). Intervention de Pierre-Félix Guattari. *Revue de Psychothérapie Institutionnelle*, (4), 29–34.

- Guattari, F. (1972). *Psychanalyse et transversalité*. (F. Maspero, Ed.). Paris.
- Guelfi, J.-D., & Rouillon, F. (2017). *Manuel de Psychiatrie (Troisième Édition)*. Elsevier Masson.
- Guery, A. (2003). Institution. Histoire d'une notion et de ses utilisations dans l'histoire avant les institutionnalismes. *Cahiers d'économie Politique*, 1(44), 7–18.
<https://doi.org/10.3917/cep.044.0007>
- Guest, G., Namey, E. E., & Mitchell, M. L. (2013). *Collecting qualitative data: a field manual for applied research*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Guézennec, P., & Roelandt, J.-L. (2015). Les conseils locaux de santé mentale en France : état des lieux en 2015. *L'information Psychiatrique*, 91(7), 549–556.
<https://doi.org/10.1684/ipe.2015.1372>
- Guilé, J.-M. (2016). Les groupements hospitaliers de territoire, un projet pour les patients en psychiatrie ? *Perspectives Psychiatriques*, 55(1), 5–7.
<https://doi.org/10.1051/ppsy/2016551005>
- Haut Conseil de la santé publique. (2011). *Évaluation du Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008*. Paris. Retrieved from https://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20111006_evalplapsysantementale.pdf
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2013). *Repères et principes d'une démarche qualité de vie au travail dans les établissements de santé*. Retrieved from https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-02/demarche_qvt_note_es.pdf
- Hazif-Thomas, C. (2016). *La liberté de choix des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques*. Rennes I. Retrieved from <http://www.theses.fr/2016REN1G013/document>
- Heidegger, M. (1927). *Être et temps*. (E. Martineau, Ed.). Retrieved from t.m.p.free.fr/textes/Heidegger_etre_et_temps.pdf
- Henckes, N. (2005). *Réformer la psychiatrie, organiser les pratiques de secteur. La construction de la psychiatrie de secteur dans "l'expérience du treizième arrondissement."* Retrieved from <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01163556>
- Henckes, N. (2007). *Le nouveau monde de la psychiatrie française. Les psychiatres, l'Etat et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après-guerre aux années 1970*. Ecole des Hautes

Etudes en Sciences Sociales. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Henckes, N. (2011). Reforming psychiatric institutions in the mid-twentieth century : a framework for analysis. *History of Psychiatry*, 22(2), 164–181. <https://doi.org/10.1177/0957154X11401867>

Hochart, M. (2016). Vers la généralisation du pouvoir d’agir et de l’empowerment ? *Pratiques En Santé Mentale*, (3), 25–30.

Hochmann, J. (1971). *Pour une psychiatrie communautaire: (these pour une psychiatrie des ensembles)*. Paris: Éditions du Seuil.

Hochmann, J. (2015). *Les antipsychiatries une histoire*. S.l.: s.n.

Honneth, A., & Forst, R. (Eds.). (2009). *Sozialphilosophie und Kritik* (1. Aufl). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Huber, C. G., Schneeberger, A. R., Kowalinski, E., Fröhlich, D., Felten, S. Von, Walter, M., ... Beine, K. (2016). Suicide risk and absconding in psychiatric hospitals with and without open door policies : a 15 year , observational study, *0366*(16), 1–8. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30168-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30168-7)

Huzzard, T. (2003). *The Convergence of the Quality of Working Life and Competitiveness. A current Swedish literature review*. Stockholm: National institute for working life.

Huzzard, T., Welp, A., & Kolbe, M. (2016). Teamwork in healthcare organizations. In A. Örtenblad, C. Abrahamson Löfström, & R. Sheaff (Eds.), *Management Innovations for Health Care Organizations: Adopt, Abandon or Adapt?* (Vol. 18, pp. 359–377). Routledge. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Jan_Schmutz/publication/291342147_Teamwork_in_Healthcare_Organizations/links/56a0db5708aee4d26ad8b613/Teamwork-in-Healthcare-Organizations.pdf

Idris, F., Suhaimi, M., & Ahmad, B. (2014). The impacts of team management on customer focus : The mediating role of operation flexibility. In T. Blacker, W. Kersten, & C. . Rignel (Eds.), *Innovative methods in logistics and supply chain management. Current issues and emerging practices* (pp. 433–455). Hamburg.

Iles, V., & Sutherland, K. (2001). *Organisational change. A review for healthcare managers, professionnels and researchers*. Retrieved from 632

<http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/adhoc/change-management-review.pdf>

Innovation in deinstitutionalization: a WHO expert survey. (2014). Retrieved from www.who.int/about/<http://apps.who.int/iris/handle/10665/112829>http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112829/1/9789241506816_eng.pdf

Isolement et contention dans les établissements de santé mentale. (2016).

Jeangirard, C. (1991). Psychothérapie institutionnelle : les nouveaux enjeux. *Psychiatries*, (94), 27–32.

Kaës, R. (2013). *Un singulier pluriel: la psychanalyse à l'épreuve du groupe.* Paris: Dunod.

Kaës, R. (2014). *Les alliances inconscientes.* Paris: Dunod.

Kaës, R., Bleger, J., Fustier, P., Enriquez, E., Fornari, F., Roussillon, R., & Vidal, J.-P. (2000). *L'institution et les institutions: études psychanalytiques.* Paris: Dunod.

Kawulich, B. B. (2005). Participant Observation as a Data Collection Method. *Forum : Qualitative Social Research*, 6(2).

Killaspy, H. (2006). From the asylum to community care: Learning from experience. *British Medical Bulletin*, 79–80(1), 245–258. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldl017>

Koechlin, P. (1980). La psychothérapie institutionnelle existe-t-elle encore ? *L'information Psychiatrique*, 56(5), 621–627.

Koechlin, P., & Koechlin, E. (1974). *Corridor de sécurité.* (F. Maspéro, Ed.). Paris.

Körner, M., Göritz, A. S., & Bengel, J. (2014). Healthcare professionals' evaluation of interprofessional teamwork and job satisfaction / Evaluation der Teamarbeit und der Arbeitszufriedenheit von Gesundheitsfachberufen. *International Journal of Health Professions*, 1(1), 5–12. <https://doi.org/10.2478/ijhp-2014-0006>

Kornig, C., Levet, P., & Ghadi, V. (2016). *Revue de littérature Qualité de vie au travail et qualité des soins.*

Krieg, R. G. (2001). An interdisciplinary look at the deinstitutionalization of the mentally ill. *The Social Science Journal*, 38, 367–380.

L'établissement psychiatrique comme ensemble signifiant: actes de la rencontre du Groupe de travail de psychothérapie et de sociothérapie institutionnelles, à Saint-Alban, les 4 et 5 juin 1960. (2014). Paris: Éditions d'Une.

- Laberge, D. (1988). D'une forme instituée à une autre : considérations sur l'analyse de la désinstitutionnalisation. *International Review of Community Development*, (19), 33–40. <https://doi.org/10.7202/1034238ar>
- Lacan, J. (1948). Intervention sur l'exposé de Lucien Bonnafé. *L'Evolution Psychiatrique*, (III), 52–54. Retrieved from <http://ecole-lacanienne.net/wp-content/uploads/2016/04/1947-03-25.pdf>.
- Lacan, J. (1956). Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse. *La Psychanalyse*, (1), 81–166.
- Lacan, J. (1967). Petit discours aux psychiatres. In *Cercle psychiatrique H. Ey-Sainte-Anne* (p. inédit). Retrieved from <http://www.psychasoc.com/Textes/Petit-discours-aux-psychiatres-de-Sainte-Anne>
- Lacan, J. (1973). *Le Séminaire livre III. Les psychoses*. Paris: Seuil.
- Lacan, J. (1975). Intervention aux "conclusions des groupes de travail." *Lettres de l'Ecole Freudienne*, (15), 235–244. Retrieved from <http://aejcpp.free.fr/lacan/1973-11-04.htm>
- Lacan, J. (1979). La transmission. Conclusion du Congrès de l'Ecole Freudienne de Paris. *Lettres de l'Ecole Freudienne*, 2(25), 219–220. Retrieved from <http://aejcpp.free.fr/lacan/1978-07-09.htm>
- Lacan, J. (1998). *Les écrits techniques de Freud: 1953 - 1954*. Paris: Éd. du Seuil.
- Laforcade, M. (2016). *Rapport relatif à la santé mentale*. Retrieved from http://www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport_telechargement/var/storage/rapports-publics/174000689.pdf
- Laloux, F. (2017). *Reinventing organizations: vers des communautés de travail inspirées*. Paris: Diatino.
- Lanquetin, J., & Tchukriel, S. (2012). *L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie*. Lyon. Retrieved from <https://www.sidiief.org/wp-content/uploads/Rapport-GRSI-Impact-Informel-Infirmier-Psychiatrie-2012.pdf>
- Laugier, F., Toliou, A., & Kapsambelis, V. (2012). L'accueil des patients psychotiques au long cours dans le système français de psychiatrie publique. *Santé Mentale Au Québec*, 37(1), 103–117. <https://doi.org/10.7202/1012647ar>

- Lazzeri, C., & Nour, S. (Eds.). (2009). *Reconnaissance, identité et intégration sociale*. Nanterre: Presses Univ. de Paris Ouest.
- Le Guillant, G. (2001). Fleury-lès-aubrais 1948 : Les Céméa s'engagent dans le champ de la santé mentale. *VST - Vie Sociale et Traitements*, 4(21), 50–51. <https://doi.org/10.3917/vst.072.0050>
- Le Guillant, L. (1965, November 16). Psychiatrie hors les murs II. *Le Monde*. Retrieved from abonnes.lemonde.fr/acces-restreint/archives/articles/1965/11/16/6b666b9d686c6ac5936d6462649669_2197572_1819218.html
- Le Guillant, L. (1984). *Quelle psychiatrie pour notre temps?* Toulouse: Érès.
- Leblanc, L. (2006). Le suivi communautaire en santé mentale : une invitation à bâtir sa vie, sous la direction de Rosanne Émard et Tim Aubry, Ottawa, Les Presses de l'Université d'Ottawa, 2004, 332 p. *Santé Mentale Au Québec*, 31(1), 203–206. <https://doi.org/10.7202/013693ar>
- Lecomte, Y. (1988). Le processus de désinstitutionnalisation aux États-Unis (première partie). *Santé Mentale Au Québec*, 13(1), 34–47. <https://doi.org/10.7202/030424ar>
- Ledoux, M. (2007). *Qu'est-ce que je fous là. Psychothérapie institutionnelle en résistance et dialogue avec la psychiatrie de qualité* (Le Plix).
- LePine, J. A., Piccolo, R. F., Jackson, C. L., Mathieu, J. E., & Saul, J. R. (2008). A meta-analysis of teamwork processes : tests of a multidimensional model and relationships with team effectiveness criteria. *Personnel Psychology*, 61, 273–307. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2008.00114.x>
- Les Conseils locaux de santé mentale : état des lieux*. (2015). Retrieved from <http://clsm-ccoms.org/2017/01/01/etat-des-lieux-national-des-clsm-juin-2015/>
- Les métiers du sanitaire, social et médico-social*. (2016). Paris: Association pour l'emploi des cadres.
- Lévi-Strauss, C. (1985). *La pensée sauvage*. Paris: Plon.
- Lhotellier, A., & St-Arnaud, Y. (1994). Pour une démarche praxéologique. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 7(2), 93–109. <https://doi.org/10.7202/301279ar>

- Lhuilier, D. (2005). Le « sale boulot ». *Travailler*, 2(14), 73–98.
<https://doi.org/10.3917/trav.014.0073>
- Lopez, A., & Turan-Pelletier, G. (2017a). *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960. Tome I : Rapport*. Paris.
- Lopez, A., & Turan-Pelletier, G. (2017b). *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960. Tome II : Annexes*. Paris.
- Lourau, R. (1970). *L'analyse institutionnelle*. Paris: Les Éd. de Minuit.
- MacDonald, M. B., Bally, J. M., Ferguson, L. M., Lee Murray, B., Fowler-Kerry, S. E., & Anonson, J. M. S. (2010). Knowledge of the professional role of others: A key interprofessional competency. *Nurse Education in Practice*, 10(4), 238–242.
<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2009.11.012>
- Mahmood-Yousuf, K., Munday, D., King, N., & Dale, J. (2008). Interprofessional relationships and communication in primary palliative care : impact of the Gold Standards Framework. *British Journal of General Practice*, 58(549), 256–263.
<https://doi.org/10.3399/bjgp08X279760>
- Majastre, J.-O. (1972). *L'introduction du changement dans un hôpital psychiatrique public*. (F. Maspero, Ed.). Paris.
- Manser, T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: A review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 53(2), 143–151.
<https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2008.01717.x>
- Marescaux, C. (2011). Entre soin et contrôle de gestion : place du DIM dans l'organisation hospitalière. *L'information Psychiatrique*, 87(6), 487–491.
<https://doi.org/10.1684/ipe.2011.0810>
- Marques, A., Saetta, S., & Tartour, T. (2016). Des murailles de papier. La contrainte aux soins en ambulatoire. *Revue Française Des Affaires Sociales*, 2(6), 57–74.
- Martin, B., & Franck, N. (2013). Rétablissement et schizophrénie. *EMC-Psychiatrie*, 10(37-290-A-20), 1–9. [https://doi.org/10.1016/S0246-1072\(13\)63171-5](https://doi.org/10.1016/S0246-1072(13)63171-5)
- Martin, P. (1995). *Pratiques institutionnelles et théorie des psychoses: actualité de la psychothérapie institutionnelle*. Collection “Logiques sociales.” Paris: Harmattan.

- Mathieu, J. E., Heffner, T. S., Goodwin, G. F., Salas, E., & Cannon-Bowers, J. A. (2000). The Influence of Shared Mental Models on Team Process and Performance. *Journal of Applied Psychology, 85*(2), 273–283. <https://doi.org/10.1037t/0021-9010.85.2.273>
- Matthews, S., & MacDonald-Renz, S. (2007). Healthy workplaces and teamwork for healthcare workers need public engagement. *Healthcare Papers, 7*(Special Issue).
- Mendell, M. (2006). L'empowerment au Canada et au Québec : enjeux et opportunités. *Géographie, Économie, Société, 8*(1), 63–85. <https://doi.org/10.3166/ges.8.63-86>
- Meynckens-Fourez, M. (2013). *Eduquer et soigner en équipe: manuel de pratiques institutionnelles*. Bruxelles: De Boeck.
- Meynckens-Fourez, M., Vander Borgh, C., & Kinoo, P. (2013). *Eduquer et soigner en équipe: manuel de pratiques institutionnelles*. Bruxelles: De Boeck.
- Michaud, G. (1966). A propos du contexte institutionnel dans les difficultés de la mise en place des activités psychothérapeutiques et notamment du psychodrame dans un service de psychiatrie de la Seine. *Revue de Psychothérapie Institutionnelle, 5*(5), 42–48.
- Michaud, G. (1977). *Laborde, un pari nécessaire: de la notion d'institution à la psychothérapie institutionnelle*. Paris: Gauthier-Villars.
- Mignot, H. (1975). Malades rejetés par les secteurs. *L'Évolution Psychiatrique, 15*(4), 711–717.
- Millon, R., & Trémeaux, D. (1966). Hiérarchie et thérapeutique. *Revue de Psychothérapie Institutionnelle, 4*(4), 137–143.
- Mills, M. J., & Cummins, B. D. (1981). Deinstitutionalization Reconsidered, 271–284.
- Mintzberg, H. (1979). *The structuring of organizations: a synthesis of the research*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
- Minvielle, E., Sicotte, C., Champagne, F., Contandiopoulos, A.-P., Jeantet, M., Préaubert, N., ... Richard, C. (2008). Hospital performance : Competing or shared values ? *Health Policy, 87*, 8–19. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2007.09.017>
- Miremont, M.-C., & Valax, M. (2015). Vers un leadership partagé à l'hôpital pour une GRH plus éthique. *@GRH, 2*(15), 15–35. <https://doi.org/10.3917/grh.152.0015>
- Modlin, H. C., & Faris, M. (1956). Brief Communications. *Psychiatry. Interpersonal and Biological Processes, 19*(1), 97–103. <https://doi.org/10.1080/00332747.1956.11023037>

- Mohr, W. K. (1995). A Critical Reappraisal of a Social Form in Psychiatric Care Settings : The Multidisciplinary Team Meeting as a Paradigm Case. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(2), 85–91.
- Molinier, P. (2016). L'accueil et le plaisir de soigner. *Le Sujet Dans La Cité*, 2(7), 141–150.
- Mordelet, P. (1987). *La santé mentale: organisation et gestion*. Paris: Berger-Levrault.
- Moret, L., Anthoine, E., Gillet, N., Fouquereau, E., & Colombat, P. (2014). Organisation du travail, démarche participative et satisfaction des patients hospitalisés : une évaluation dans 47 services d'oncohématologie. *Psycho-Oncologie*, 8, 157–164. <https://doi.org/10.1007/s11839-014-0466-2>
- Morin, P. (2005). De quelques théories et pratiques en santé mentale communautaire. *Santé Mentale Au Québec*, 30(1), 115–130. <https://doi.org/10.7202/011273ar>
- Mosher, L. R., & Burti, L. (1994). *Community mental health: a practical guide*. New York: W.W. Norton.
- Mossman, D. (1997). Deinstitutionalization, homelessness, and the myth of psychiatric abandonment : a structural anthropology perspective. *Social Science & Medicine*, 44(1), 71–83.
- Naudin, J., & Gozé, T. (2016). Psychothérapie institutionnelle et phénoménologie. *Revue Sud/Nord*, 1(26), 33–42. <https://doi.org/10.3917/sn.026.0033>
- Nelson, G., Lord, J., & Ochocka, J. (2001). Empowerment and Mental Health in Community : Narratives of Psychiatric Consumer / Survivors. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 11, 125–142.
- Nieminen, I., Kylmä, J., Åstedt-kurki, P., Kulmala, A., & Kaunonen, M. (2015). Mental Health Service Users' Experiences of Training Focused on Empowerment : Training Environment and the Benefits of Training. *Archives of Psychiatric Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.11.011>
- Nugus, P., Green, D., Travaglia, J., Westbrook, J., & Braithwaite, J. (2010). How and where clinicians exercise power : Interprofessional relations in health care. *Social Science & Medicine*, 71, 898–909. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.05.029>
- Odier, B. (2007). Du PMSI à la T2A, de la fiche par patient au RIMpsy : la grande peur de la

- VAP. *L'information Psychiatrique*, 83(7), 539–549.
<https://doi.org/10.3917/inpsy.8307.0539>
- Ogien, A. (1987). Le travail en équipe : l'imposition de la collégialité dans l'exercice de la psychiatrie. *Sciences Sociales et Santé*, 5(2), 61–84.
- Olupeliyawa, A., Balasooriya, C., & Hughes, C. (2009). A review of the literature on teamwork competencies in healthcare practice and training: Implications for undergraduate medical education. *South East Asian Journal of Medical Education*, 3(2), 61–72. Retrieved from [http://seajme.md.chula.ac.th/articleVol3No2/RP1_Asela M Olupelipawa.pdf](http://seajme.md.chula.ac.th/articleVol3No2/RP1_Asela%20M%20Olupelipawa.pdf)
- Oury, F. (2004). Institutions : de quoi parlons-nous ? *Institutions. Revue de Psychothérapie Institutionnelle*, (34), 1–3. Retrieved from https://www.meirieu.com/PATRIMOINE/fernandoury_institutions.pdf
- Oury, J. (1958). La participation de l'infirmier à la psychothérapie. *L'information Psychiatrique*, 54(5), 405–415.
- Oury, J. (1965). Transfert et compréhension en psychothérapie institutionnelle. *Revue de Psychothérapie Institutionnelle*, (1), 179–183.
- Oury, J. (1966a). Peut-on parler d'un concept des réunions ? *Revue de Psychothérapie Institutionnelle*, (5), 31–36.
- Oury, J. (1966b). Rapport du Docteur Jean Oury. *Revue de Psychothérapie Institutionnelle*, (4), 11–20.
- Oury, J. (1968). *Dialectique du fantasme, du transfert et du passage à l'acte dans la Psychothérapie institutionnelle. Séance du 24 janvier 1968 du Cercle de Psychothérapie institutionnelle*. Paris.
- Oury, J. (1986a). Alors, la vie quotidienne ? Séminaire de Sainte-Anne, septembre 1986 (pp. 1–6). Retrieved from www.revue-institutions.com/articles/19/Document5.pdf
- Oury, J. (1986b). *Le Collectif. Séminaire de Sainte-Anne*. Paris: CEMEA Editions du Scarabée.
- Oury, J. (1991). *Groupes et psychose. Séminaire de Sainte-Anne, séance du 15 mai 1991*. Retrieved from <http://www.revue-institutions.com/articles/10/Document1.pdf>
- Oury, J. (1992). *L'aliénation. Séminaire de Sainte-Anne, 1991-1992*. Paris: Editions Galilée.
- Oury, J. (1995). *Onze heures du soir à La Borde: essais sur la psychothérapie institutionnelle*.

Paris: Galilée.

Oury, J. (1998a). *Il, donc*. Vigneux, France: Matrice.

Oury, J. (1998b). *Les séminaires de La Borde, 1996-1997*. Nîmes (43 rue Flamande, 30000): Les Éd. du Champ social.

Oury, J. (2000). Liberté de circulation et espace du dire. *VST - Vie Sociale et Traitements*, (65), 1–7. Retrieved from <https://www.cemea.asso.fr/spip.php?article2944>

Oury, J. (2001). *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle: traces et configurations précaires*. Lecques: Éd. du Champ social.

Oury, J. (2002). Introduction au pragmatisme en psychiatrie. *Protée*, 30(3), 77–88. <https://doi.org/10.7202/006871ar>

Oury, J. (2003). Transfert, multiréférentialité et vie quotidienne dans l'approche thérapeutique de la psychose. *Cahiers de Psychologie Clinique*, 2(21), 155–165. <https://doi.org/10.3917/cpc.021.0155>

Oury, J. (2007a). Chemins vers la clinique. *L'Evolution Psychiatrique*, 72, 3–14. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2007.01.004>

Oury, J. (2007b). Psychanalyse, psychiatrie et psychothérapie institutionnelles. *VST - Vie Sociale et Traitements*, 3(95), 110–125.

Oury, J. (2008a). *Itinéraires de formation*. Paris: Hermann éd.

Oury, J. (2008b). *Préfaces*. Paris: Hermann.

Oury, J. (2013). *Le Transfert II, séance du 19 juin 2013*. Retrieved from [http://www.europsy.org/site/Publications_files/LE_TRANSFERT_2 - J O JUIN 2013 copie.pdf](http://www.europsy.org/site/Publications_files/LE_TRANSFERT_2_-_J_O_JUIN_2013_copie.pdf)

Oury, J. (2014). *Hiérarchie et sous-jacence. Séminaire de Sainte-Anne 1991-1992*. (Institutions, Ed.). Cour-Cheverny.

Oury, J. (2015). *La Décision. Séminaire de Sainte-Anne, 1985-1986*. Cour-Cheverny: Institutions.

Oury, J. (2016). *La psychothérapie institutionnelle de Saint-Alban à La Borde* (Editions d). Paris.

Oury, J., Bernier, P., Chedri, S. H., & Luca-Bernier, C. de. (2007). *Rencontre avec le Japon: Jean Oury à Okinawa, Kyoto, Tokyo*. Nîmes: Champ social éd.

Oury, J., Bernier, P., Chedri, S. H., & Luca-Bernier, C. de. (2012). *Rencontre avec le Japon: Jean*

- Oury à Okinawa, Kyoto, Tokyo*. Nîmes: Champ social éd.
- Oury, J., & Bonnafé, L. (2003). Conversations 2 avril 1987 (extraits). *Institutions. Revue de Psychothérapie Institutionnelle*, (33), 55–68.
- Oury, J., & Depussé, M. (2003). *A quelle heure passe le train ? Conversations sur la folie. Petite bibliothèque des idées CN - RC437.5 .O869 2003*. Paris: Calmann-Lévy.
- Oury, J., Guattari, F., & Tosquelles, F. (1985). *Pratique de l'institutionnel et politique*. Vigneux [France]: Matrice.
- Oury, J., & Roulot, D. (1996). Forclusion institutionnelle. *Institutions. Revue de Psychothérapie Institutionnelle*, (19).
- Oury, J., & Roulot, D. (2008). *Dialogues à La Borde: psychopathologie & structure institutionnelle*. Paris: Hermann.
- Paillé, P. (2007). La méthodologie de recherche dans un contexte de recherche professionnalisante : douze devis méthodologiques exemplaires. *Recherches Qualitatives*, 27(2), 133–151.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2015). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: A. Colin.
- Pain, J. (2013). L'institution comme système. Une lecture systémique de l'institutionnel. *Cahiers Critiques de Thérapie Familiale et de Pratiques de Réseaux*, 1(50), 31–45. <https://doi.org/10.3917/ctf.050.0031>
- Paugam, S. (2010). *Les 100 mots de la sociologie*. Paris: Presses universitaires de France.
- Péchillon, É. (2014). La responsabilité administrative de l'établissement pratiquant du soin psychiatrique. *Cahier de La Recherche Sur Les Droits Fondamentaux*, (12), 73–85.
- Péchillon, É., & Jonas, C. (2015). Liberté d'aller et venir : que dit le droit ? *Santé Mentale*, 28–34. Retrieved from <http://www.epsm-stvenant.fr/ifsi/index.php/centre-documentation/sources-documentaires/bibliographie?download=210:bibliographie-aller-venir-liberte-psychiatrie&start=20>
- Pelsser, R. (1984). Gisela Pankow ou la possible rencontre avec le psychotique. *Santé Mentale Au Québec*, 9(1), 80–96. <https://doi.org/10.7202/030212ar>
- Perrin-Niquet, A. (2010). La formation infirmière en psychiatrie, balbutiements, avatars et

- perspectives. *Soins Psychiatrie*, 31(267), 7–8.
- Picard, N. (2017, January 18). Demain, des soignants. *Le Monde*, pp. 4–5.
- Piel, E., & Roelandt, J.-L. (2001). *De la psychiatrie vers la santé mentale. Rapport de mission, juillet 2001*. Retrieved from <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/014000522/index.shtml>
- Pinel, J.-P. (1995). L'institution soignante, un espace potentiel pour le traitement de la violence pathologique ? *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, (24), 129–142.
- Poncin, C. (1962). *Essai d'analyse structurale appliquée à la psychothérapie institutionnelle*. Saint-Alban (Centre hospitalier, 48120) : Association culturelle du personnel, 1995. Retrieved from <http://gtpsi.fr/documentation/textes-de-referance/viewdownload/1-theses/3-essai-d-analyse-structurale-appliquee-a-la-psychotherapie-institutionnelle>
- Poncin, C. (1965). Hypotheses pour une approche structurale des phénomènes de transfert en thérapie institutionnelle. *Revue de Psychothérapie Institutionnelle*, (1), 109–116.
- Pouillaude, E. (2014). *L'aliénation: psychose et psychothérapie institutionnelle*. Paris: Hermann.
- Poulin, C., & Massé, R. (1994). De la désinstitutionnalisation au rejet social : point de vue de l'ex-patient psychiatrique. *Santé Mentale Au Québec*, 19(1), 175–194. <https://doi.org/10.7202/032302ar>
- Prades, J. (2015). L'imagination participative. Empowerment, pouvoir d'agir et actepouvoir. *Sciences et Actions Sociales*, (2), 1–19.
- Psychiatrie et société*. (1981). Toulouse: Erès.
- Psychothérapie multiréférentielle dans un milieu institutionnel: actes du GTPSI, [Saint-Alban, les 30 avril et 1er mai 1961]*. (2015). Paris: Éditions d'Une.
- Qualité de vie au travail : négocier le travail pour le transformer, enjeux et perspectives d'une innovation sociale*. (2016).
- Quétel, C. (2012). *Histoire de la folie de l'Antiquité à nos jours*. Paris: Tallandier.
- Racamier, P. C. (1973). *Le Psychanalyste sans divan: la psychanalyse et les institutions de soins psychiatriques [sic (2e éd. mise à jour)]*. Paris: Payot.
- Racine, Y. (1965). Transfert et défenses en psychothérapie institutionnelle. *Revue de*

- Psychothérapie Institutionnelle*, (1), 147–153.
- Rappaport, J. (1987). Terms of Empowerment / Exemplars of Prevention : Toward a Theory for Community Psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15(2), 121–148.
- Rappard, P. (1966). Organo-dynamisme et thérapeutique institutionnelle ou l'ubiquité du mythe de l'identité. *Revue de Psychothérapie Institutionnelle*, (4), 69–81.
- Rappard, P. (1983). L'institution des institutions ou l'Etat naissant. *L'information Psychiatrique*, 59(3), 447–460.
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2011). *Promoting partnership for health : Interprofessional teamwork for health and social care*. Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781444325027>
- Rhenter, P. (2004). *De l'institutionnel au contractuel : psychiatrie publique et politiques de santé mentale en France (1945-2003)*. Lumière Lyon II. Retrieved from www.theses.fr/2004LYO20091
- Rico, R., Alcover de la Hera, C. M., & Tabernero, C. (2011). Work team effectiveness, a review of research from the last decade (1999-2009). *Psychology in Spain.*, 15(1), 57–79. Retrieved from [http://www.jibc.ca/sites/default/files/community_social_justice/pdf/cl/Work Team Effectiveness.pdf](http://www.jibc.ca/sites/default/files/community_social_justice/pdf/cl/Work%20Team%20Effectiveness.pdf)
- Riolo, F. (2008). Les transformations psychanalytiques. *L'année Psychanalytique Internationale*, 1, 183–197. <https://doi.org/10.3917/lapsy.081.0183>
- Rissel, C. (1994). Empowerment : the holy grail of health promotion ?, 9(1), 39–48.
- Robcis, C. (2016). François Tosquelles and the Psychiatric Revolution in Postwar France. *Constellations*, 23(2), 212–222. <https://doi.org/10.1111/1467-8675.12223>
- Robiliard, D. (2013). *Rapport d'information n°1662 en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie*. Paris.
- Robin, D. (2013). *Dépasser les souffrances institutionnelles*. Paris: Presses universitaires de France.
- Roelandt, J. L. (2010). De la psychiatrie vers la santé mentale, suite : Bilan actuel et pistes d'évolution. *Information Psychiatrique*, 86(9), 777–783.

<https://doi.org/10.1684/ipe.2010.0689>

- Rogers, A., & Pilgrim, D. (2005). *A sociology of mental health and illness. Primary Care*. Open University Press. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1994-97819-000>
- Rollin, H. (1971). Book reviews. Mental Hospital Attitudes. *British Medical Journal*, (November 20), 496.
- Ronald, W., Palmer-Ganeles, J., & Chapman, D. (1986). Teamwork in Psychiatric Settings. *Social Work*, 31(1), 46–52.
- Rosen, A. (2006). Destigmatizing day-to-day practices: what developed countries can learn from developing countries. *World Psychiatry : Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 5(1), 21–4. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16757986>
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC1472257>
- Rosen, A., Gurr, R., Fanning, P., & Owen, A. (2012). The future of community-centred health services in Australia: “When too many beds are not enough.” *Australian Health Review*, 36(3), 239–243. <https://doi.org/10.1071/AHv36n3-RE>
- Rothbard, A. B., & Kuno, E. (2000). The Success of Deinstitutionalization, 23(3), 329–344.
- Rothberg, D. C. (1968). *Les réunions à l'hôpital psychiatrique* (CEMEA. Édi). Paris.
- Rouchy, J.-C., & Soula Desroche, M. (2010). *Institution et changement: processus psychique et organisation*. Toulouse: Erès.
- Roulot, D. (2006). *Paysages de l'impossible: clinique des psychoses*. Nîmes: Ed. Champ social.
- Roussillon, R. (2001). La fonction sémaphorisante du site analytique et des dispositifs-analysants. In *Colloque Odyssée. Cahiers C.R.P.P.C* (pp. 1–10). Lyon.
- Roussillon, R. (2008). La perlaboration et ses modèles. *Revue Française de Psychanalyse*, 72(3), 855–867. <https://doi.org/10.3917/rfp.723.0855>
- Rozier, E. (2014). *La clinique de La Borde ou Les relations qui soignent outils philosophiques pour comprendre le collectif*. Toulouse: Érès.
- Salas, E., Cooke, N. J., & Rosen, M. A. (2008). On Teams, Teamwork, and Team Performance: Discoveries and Developments. *Human Factors*, 50(3), 540–547. <https://doi.org/10.1518/001872008X288457>

- Salas, E., Rico, R., & Passmore, J. (2017). *The Wiley Blackwell Handbook of the Psychology of Team Working and Collaborative Processes*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781118909997>
- Salas, E., Rosen, M. A., Burke, C. S., & Goodwin, G. F. (2009). The Wisdom of Collectives in Organizations: An Update of the Teamwork Competencies. *Team Effectiveness in Complex Organizations: Cross-Disciplinary Perspectives and Approaches*. <https://doi.org/10.4324/9780203889312>
- Salzer, M. S. (1997). Consumer empowerment in mental health organizations : concept, benefits, and impediments. *Administration and Policy in Mental Health*, 24(5), 425–434.
- Sassolas, M. (2012). Vous avez dit « transmission » ? *L'information Psychiatrique*, 88(7), 521–526. <https://doi.org/10.1684/ipe.2012.0954>
- Schaller, J.-J. (2011). Des espaces institutionnels : lieux à vie ou lieux à vivre ? *Le Sujet Dans La Cité*, 1(2), 75–89.
- Scheid, T. L. (1994). An explication of treatment ideology among mental health care providers, 16(5).
- Scott, R. W. (1987). The Adolescence of Institutional Theory. *Administrative Science Quarterly*, 32(4), 493–511.
- Scott, R. W. (2004). Reflections on a half-century of organizational sociology. *Annual Review of Sociology*, 30, 1–21. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.30.012703.110644>
- Scull, A. (1985). Deinstitutionalization and public policy. *Social Science & Medicine*, 20(5), 545–552.
- Selznick, P. (2007). *Leadership in administration: a sociological interpretation* (California paperback ed., [Nachdr.]). Berkeley, Cal.: Univ. of California Press.
- Shamian, J., El-Jardali, F., Clements, D., Dault, M., & Priest, A. (2007). New models for the new healthcare. *Healthcare Papers*, 7(Special Issue).
- Shipton, H., Armstrong, C., West, M., & Dawson, J. (2008). The impact of leadership and quality climate on hospital performance. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(6), 439–445. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn037>
- Simon, H. (1929). *Pour une thérapeutique plus active à l'hôpital psychiatrique*. Retrieved from

<http://www.dimensionsdelapsychanalyse.org/wp-content/uploads/2017/10/Hermann-Simon-Une-thérapeutique-plus-active-à-lhôpital-psychiatrique.pdf>

- Sinclair, M. A., Siemieniuch, C. E., Haslam, R. A., Henshaw, M. J. D. C., & Evans, L. (2012). The development of a tool to predict team performance. *Applied Ergonomics*, 43(1), 176–183. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2011.05.004>
- Slade, M. (2009). *Personal Recovery and Mental Illness. A Guide for Mental Health Professionals* (Vol. 1). Cambridge, UK: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Smadja, C. (1998). Le fonctionnement opératoire dans la pratique psychosomatique. *Revue française de psychanalyse*, 62(5), 1367–1440. <https://doi.org/10.3917/rfp.g1998.62n5.1367>
- Soulé, B. (2007). Observation participante ou participation observante ? Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales. *Recherches Qualitatives*, 27(1), 127–140.
- St-Arnaud, L., Gignac, S., Gourdeau, P., Pelletier, M., & Vézina, M. (2010). Démarche d'intervention sur l'organisation du travail afin d'agir sur les problèmes de santé mentale au travail. *Pistes : Perspectives Interdisciplinaires Sur Le Travail et La Santé*, 12(3), 1–20. <https://doi.org/10.4000/pistes.2639>
- Stanton, A. H., & Schwartz, M. S. (1954). *The mental hospital : A study of institutional participation in psychiatric illness and treatment*. New-York, NY, US: Basic Books.
- Sugarman, P. A., Duggan, L., Dickens, G., Hughes, J. C., Cooke, L. B., Carpenter, P., ... Pearsall, A. (2002). The NHS, the private sector, and the virtual asylum. *Bmj*, 325(7375), 1300. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7375.1300/b>
- Svandra, P. (2011). Le soin sous tension ? *Recherches En Soins Infirmiers*, 4(107), 23–37. <https://doi.org/10.3917/rsi.107.0023>
- Swift, C., & Levin, G. (1987). Empowerment : An Emerging Mental Health Technology. *Journal of Primary Prevention*, 8(1/2), 71–94.
- Tanco, M., Jaca, C., Viles, E., Mateo, R., & Santos, J. (2011). Healthcare teamwork best practices: lessons for industry. *The TQM Journal*, 23(6), 598–610. <https://doi.org/10.1108/17542731111175220>

- Tanskanen, T., Buhanist, P., & Kostama, H. (1998). Exploring the diversity of teams. *International Journal of Production Economics*, 56–57, 611–619. [https://doi.org/10.1016/S0925-5273\(96\)00097-7](https://doi.org/10.1016/S0925-5273(96)00097-7)
- Taylor Salisbury, T., Killaspy, H., & King, M. (2016). The relationship between deinstitutionalization and quality of care in longer-term psychiatric and social care facilities in Europe: A cross-sectional study. *European Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.11.011>
- Thomson, K., Outram, S., Gilligan, C., & Levett-Jones, T. (2015). Interprofessional experiences of recent healthcare graduates: A social psychology perspective on the barriers to effective communication, teamwork, and patient-centred care. *Journal of Interprofessional Care*, 29(6), 634–640. <https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1040873>
- Torrubia, H. (2002). *La psychothérapie institutionnelle par gros temps*. Lecques: Éd. du champ social.
- Torrubia, H., Bicheron, O., & Morin, Y. (1966). Considérations autour de l'intervention du Dr Michaud. *Revue de Psychothérapie Institutionnelle*, (5), 48–52.
- Tosquelles, F. (1952). Intervention au Symposium de Bonneval. *L'Evolution Psychiatrique*, (3), 572–574.
- Tosquelles, F. (1958). La participation de l'infirmier à la psychothérapie. Intervention du Dr Tosquelles. *L'information Psychiatrique*, 54(5), 439–441.
- Tosquelles, F. (1966). Intervention au GTPSI. *Revue de Psychothérapie Institutionnelle*, (4), 5–9.
- Tosquelles, F. (1969). Que faut-il entendre par psychothérapie institutionnelle ? *L'information Psychiatrique*, 45(4), 377–384.
- Tosquelles, F. (2003a). *Cours aux éducateurs*. Nîmes: Editions du Champ social.
- Tosquelles, F. (2003b). *De la personne au groupe: à propos des équipes de soins*. Ramonville Saint-Agne: Erès.
- Tosquelles, F. (2006). *Éducation & psychothérapie institutionnelle*. S.l.: Matrice éditions.
- Tsz-Sum Lee, C., & Doran, D. M. (2017). The Role of Interpersonal Relations in Healthcare Team

- Communication and Patient Safety. *Canadian Journal of Nursing Research*, 49(2), 084456211769934. <https://doi.org/10.1177/0844562117699349>
- Turner, T. (2004). The history of deinstitutionalization and reinstitutionalization. *Psychiatry*, 3(9), 1–4.
- V. Lloyd, J., Schneider, J., Scales, K., Bailey, S., & Jones, R. (2011). Ingroup identity as an obstacle to effective multiprofessional and interprofessional teamwork: findings from an ethnographic study of healthcare assistants in dementia care. *Journal of Interprofessional Care*, 25(5), 345–351. <https://doi.org/10.3109/13561820.2011.567381>
- Van Dijk-de Vries, A., van Dongen, J. J. J., & van Bokhoven, M. A. (2016). Sustainable interprofessional teamwork needs a team-friendly healthcare system: Experiences from a collaborative Dutch programme. *Journal of Interprofessional Care*, 31(2), 1–3. <https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1237481>
- Vanier, A. (2006). A propos de “psychiatrie et psychanalyse.” *Psychologie Clinique*, (20).
- Vautier, V. (2017). Santé psychologique et qualité de vie au travail. Mobiliser les ressources collectives. *Gestions Hospitalières*, pp. 303–306.
- Veit, C. (2016). *Voyage à travers l’antipsychiatrie et la santé mentale : des discours organisateurs du sujet à l’épreuve de la folie et de la crise*. Nice Sophia Antipolis. Retrieved from <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01404394>
- Velpry, L. (2008). *Le quotidien de la psychiatrie: sociologie de la maladie mentale*. Paris: Colin.
- Velpry, L. (2009). Violences, troubles psychiques et société. *Regards Sur l’actualité : Mensuel de La Vie Publique En France*, 22–35. Retrieved from <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00916463>
- Véran, O. (2016). *L’évolution des modes de financement des établissements de santé. Une nouvelle échelle de valeur*. Retrieved from http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport__evolution_des_modes_de_financement_des_etablissements_de_sante.pdf.
- Verdiglione, A. (1974). *Psychanalyse et politique*. Paris: Seuil.
- Vermorel, H., & Vermorel, M. (2012). De l’asile à la politique de secteur : l’évolution des institutions et des soins psychiatriques à Bassens. *L’information Psychiatrique*, 88(9),

- 759–770. <https://doi.org/10.1684/ipe.2012.0983>
- Vidon, G., Petitjean, F., & Bonnet-Vidon, B. (1989). Thérapeutiques institutionnelles. *EMC-Psychiatrie*, (37930 G 10), 14.
- Vignaux, G. (2003). La ruse, intelligence pratique, *137*(4), 33–33.
- Watson, D. P. (2012). The Evolving Understanding of Recovery : What Does the Sociology of Mental Health Have to Offer ? *Humanity & Society*, *36*(4), 290–308. <https://doi.org/10.1177/0160597612458904>
- Weller, J., Boyd, M., & Cumin, D. (2014). Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgraduate Medical Journal*, *90*(1061), 149–154. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-131168>
- Williams, L. (2012). What Agile Teams Think of Agile Principles. *Communication of the ACM*, *55*(4), 71–76. <https://doi.org/10.1145/2133806.2133823>
- Wing, J. (2010). Institutionalism and institutionalization. *The Journal of Forensic Psychiatry*, *11*(1), 7–10. <https://doi.org/10.1080/095851800362319>
- Wing, J. K. (1962). Institutionalism in Mental Hospitals. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, (1), 38–51.
- Wing, J. K., & Brown, G. W. (2009). *Institutionalism and Schizophrenia: a Comparative Study of Three Mental Hospitals 1960-1968*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Winnicott, D. W. (1958). The capacity to be alone. *The International Journal of Psychoanalysis*, *39*(5), 416–420.
- Winnicott, D. W. (1974). *Processus de maturation chez l'enfant: développement affectif et environnement*. Paris: Payot.
- Winnicott, D. W. (1999). *Jeu et réalité: l'espace potentiel*. Paris: Gallimard.
- Zenoni, A. (2009). *L'autre pratique clinique: psychanalyse et institution thérapeutique*. Toulouse: Érès.

Résumé

Dans un contexte où la psychiatrie et plus largement le champ de la santé mentale semblent peiner à prendre soin de ceux qui y travaillent, nous souhaitons proposer une réactualisation du paradigme de la psychothérapie institutionnelle (P.I.) à l'aune des expériences, des pratiques et des discours des professionnels d'aujourd'hui.

A l'aide d'une méthodologie qualitative, nous avons comparé les résultats d'une étude de documents portant sur les écrits des principaux auteurs de la P.I. des années 50 à 80 et les conclusions d'une enquête de terrain menée dans quatorze institutions sanitaires et médico-sociales, au sein desquelles nous avons rencontré 85 professionnels du soin et de l'accompagnement lors d'entretiens semi-dirigés que nous avons enregistrés, retranscrits et anonymisés.

Notre recherche montre que la situation du monde de la santé français crée des opportunités et des risques pour la pérennité de la P.I. : préoccupation grandissante pour la Qualité de Vie au Travail de soignants en difficulté dans leurs services et absence de modèle *ad hoc* en santé mentale pour penser le travail d'équipe, mais aussi influence du paradigme de la désinstitutionnalisation en psychiatrie et rejet de toute approche revendiquant sa dimension « institutionnelle ».

Après avoir thématiqué le corpus de la P.I. en huit concepts opératoires ou « opérateurs » : distinction statut/rôle/fonction, coefficient thérapeutique de la vie quotidienne, « faire avec » comme mode relationnel principal, fonction de décision partagée et agie en réunion, liberté de circulation, fonction d'accueil, principe hippocratique de « ne pas suraliéner » et greffe d'ouvert, nous démontrons, extraits d'entretiens et de journaux de bords à l'appui, que chacun de ces opérateurs travaille encore fortement le champ de la santé mentale. Nous proposons par conséquent de redonner à la P.I. sa place de théorie de la pratique du travail d'équipe en psychiatrie et, plus encore, d'étendre ses conceptions aux liens inter-institutionnels en santé mentale afin d'analyser et de contribuer à leur développement dans les territoires français.

Mots-clés : psychothérapie institutionnelle, santé mentale, institutions, psychiatrie, qualité de vie au travail.

Summary : “Who cares for the network ? A tentative actualization of the institutional psychotherapy paradigm in the French mental health system”.

In a context where psychiatry and more broadly the French mental health field seem to fail at caring for their carers, we wish to actualize the institutional psychotherapy (I.P.) paradigm in the light of the practices and discourses of today’s mental health professionals.

Using a qualitative methodology, we compared the results of a document analysis we conducted on the writings of the major authors of the I.P. movement from the 50’s to the 80’s to the results of a field study we led in fourteen sanitary and medicosocial institutions, in which we interviewed 85 mental health professionals.

Our research shows the current situation of the French mental health field has created a series of risks and opportunities for the sustainability of the I.P. paradigm, most notably a growing concern for workers’ Quality of Working Life, the influence of the deinstitutionalization paradigm, and the defiance surrounding the term « institution » itself, despite its rich and plural meaning.

We transcribed, anonymized and analyzed the semi-directed interviews we conducted, and compared them to the eight « operators » of the I.P. movement which emerged from our document analysis. These operators help shed light on the questions which always lie under the organization of care for people with mental health issues : distinguishing between status, role and function ; considering daily life as having a therapeutic coefficient ; doing things together as the prime relationship structure between users and carers ; considering decision-making as a collective function enacted during pluriprofessional meetings ; freedom of circulation ; welcoming the singularity of patients ; trying not to further alienate them ; and finally “grafting openness” as a way to prevent the withdrawal of patients from their peers, and the withdrawal of the institutions away from the community.

All these operators name important questions and problems mental health professionals deal with in their day-to-day practice with people suffering from mental health issues. We therefore offer to actualize the I.P. paradigm so as to help these professionals reflect on their practices and empower themselves.

Keywords : institutional psychotherapy, mental health, institutions, psychiatry, quality of working life.