

Chapitre sur la psychothérapie institutionnelle dans le projet d'établissement de la Clinique de Chailles

1 Introduction :

Si le chapitre sur la Psychothérapie Institutionnelle apparaît dans le sommaire de ce travail avant celui dévolu au projet médical autour duquel les autres s'articulent, c'est que l'institution thérapeutique, ici la clinique de Chailles, constituée de la clinique et de ses satellites, les associations et leur prolongement, est le contenant qui rassemble les discours psychiatriques, psychanalytiques, politiques, sociologiques indispensables au traitement souvent prolongé d'une personne et de la prise en compte de son destin.

Dans ce chapitre, il n'est pas question de perspective à durée déterminée puisque dans sa définition la psychothérapie institutionnelle n'est qu'anticipation, mouvement des idées, recherche et accueil de nouvelles scènes soignantes. Si certains pensent le mouvement comme anachronique, d'autres l'appréhendent encore comme générateur d'histoires individuelles et collectives, programmées ou inattendues, comme les vraies choses de notre vie d'aujourd'hui.

Nous ne pouvons nous engager sur 5 ans à réaliser tel fantasme collectif ou telle rupture de fonctionnement, mais il nous paraît important de témoigner de la conviction et de l'engagement des médecins et des soignants de la Chesnaie à maintenir l'esprit de départ et à garantir, avec les moyens modernes, une pérennité de l'institution.

Le modèle que représente le projet d'établissement et son adresse : les organismes de tutelle, autorise peu les clin d'œil de connivence entre initiés, les références aux théories parallèles, les affirmations doctrinales. Il nous faut convaincre avec les mots du langage courant, s'adresser à nos interlocuteurs comme nous parlons à nos patients, dans un souci de la plus grande coopération au bénéfice des soins.

Les principaux textes sur la psychothérapie institutionnelle ont été écrits par les psychiatres, analystes et soignants de la génération précédente. De ce travail mêlant intimement la pratique clinique et l'expérience de l'écriture est né la libéralisation et l'ouverture des services de psychiatrie, l'expérience du secteur, une reconnaissance du malade mental dans un certain souci de ne pas l'exclure

La Chesnaie est une clinique psychiatrique recevant pour des soins de longue durée des patients présentant des troubles mentaux le plus souvent graves, évoluant depuis des années, ayant reçu pour la plupart d'entre eux de nombreuses réponses médicales hétérogènes et déliées. La clinique assure également des soins pour la plupart des symptomatologies aiguës (hormis les troubles des conduites quand elles apparaissent au premier plan) et y répond à l'aide de techniques modernes avec la même efficacité (qui peut le plus peut le moins) quand l'indication de l'hospitalisation est bien posée, que dans tout autre lieu de soins. L'utilisation des chimiothérapies, la mise à distance de l'environnement affectif quand il est pathogène, la reconnaissance de l'appel à l'autre que constitue le symptôme, permettent en effet maintenant aux équipes de contredire l'idée que la discipline psychiatrique est impuissante à soigner. Mais cela restera une guérison du symptôme. Seule la psychothérapie, quelle que soit sa forme, en tant que fondamentalement traitement par la parole, peut répondre aux effets de remaniements bouleversants, parfois définitifs, que constitue la survenue d'un processus psychiatrique dans l'organisation de la personnalité. Quand le symptôme est plus ou moins aigu, destructeur et déstructurant, la restauration est longue, difficile, aléatoire, parsemé de

crises, de rechutes et d'abandons dépressifs : un praticien isolé dans son cabinet ou son bureau de dispensaire, aussi doué et expérimenté qu'il puisse être, ne peut assumer de telles entreprises de soins : Seule une institution - en tant que système de médiation pour faciliter l'échange de la parole - où il accomplira sa tâche le lui permettra. La Chesnaie, établissement parmi beaucoup d'autres, s'est donné les moyens pour répondre à cette demande très spécifique de soins que peut être la restauration de la personne, de son intégrité psychique

2 Etude et histoire des concepts :

Instituer :

Le verbe « instituer » a vu son usage évoluer dans le temps. Initialement appliqué à un nom de chose au sens d'établir d'une manière durable : instituer un chemin par exemple, il s'est vu employé pour une personne : établir officiellement dans une fonction pour finir à partir du 16ème siècle par être principalement réservé à une personne morale : établir un état.

L'institution :

A partir du 18^{ème} siècle, l'institution est ce qui est établie par les hommes et non par la nature : les institutions sont les structures fondamentales de l'organisation sociale.

Au 20^{ème} siècle, le concept s'étend au delà du fondamental. C'est aussi bien les structures organisées qui maintiennent un état social que les secteurs de l'activité sociale – il est possible de dire ainsi l'institution littéraire.

L'usage du concept d'institution varie selon qu'il est utilisé au singulier ou au pluriel. Il semble qu'au singulier la déformation métonymique est plus fréquente et s'applique aux structures concrètes : le bâtiment de l'assemblée nationale pour l'assemblée législative, l'hôpital pour l'élément fractale du système de santé et plus particulièrement de l'hospitalisation. Au pluriel, les « institutions » correspondent plus spécifiquement à un dispositif d'organisation sociétale.

Dukheim reconnaît l'institution à son caractère contraignant – contrainte qui devait être autant une force – physique- qu'une autorité – morale.

Le fondement d'ordre moral revêt deux formes principales en interaction l'une et l'autre : le respect et l'autonomie :

Le respect :

Il faut pouvoir prendre au sérieux les obligations que l'institution impose.

Ces obligations ne doivent être ni absurdes, ni abusives, condition de leur légitimité.

L'autonomie :

L'autonomie est à entendre pour Dukheim comme la possibilité, la capacité d'assimiler, d'intérioriser les contraintes reconnues comme donnant les conditions d'un épanouissement et d'une libération de l'expression corporelle, compatibles avec les besoins fondamentaux individuels.

Cette compatibilité entre ce que prescrivent les institutions et ce que veulent les individus n'est possible qu'à la condition de considérer :

- Les fonctions latentes des institutions plus que leur finalité explicite

- Du côté de l'individu, non pas les objets de son vouloir, mais les conditions qui le constituent comme membre de la société.

On peut dire que l'homme attend de l'institution une reconnaissance, les conditions pour exister dans une dialectique qui reconnaît l'autre comme son semblable et qui lui permet de ne pas être le même.

L'hospitalisation :

L'hospitalisation est un traitement en tant que tel :

Pour un nombre important de patients, une indication d'hospitalisation est posée et il en est attendu des effets favorables à celle-ci sans changement notable de médication ou de temps de travail psychothérapeutique :

« Ceux qui savent qu'au XIXème siècle, le pourcentage de guérisons dans les asiles d'aliénés atteignait 33%, ne doutent pas que l'hospitalisation soit une thérapeutique en soi. Les mécanismes les plus souvent invoqués de son efficacité sont l'isolement thérapeutique (on parlerait aujourd'hui de mesures de séparation), la surveillance continue, les soins généraux et le climat bienveillant et sûr. »

« l'hospitalisation peut être considérée comme un moindre mal, indépendamment de la densité et de l'efficacité des soins qu'elle dispense, lorsqu'elle protège un sujet de dangers considérés comme certains. »

« certains considèrent que les soins ambulatoires sont ceux qui réclament une grande maîtrise clinique, beaucoup de sûreté et d'assurance dans la direction du traitement et qu'ils se révèlent les plus difficiles à mettre en œuvre, à développer, et à maintenir dans la durée. Comme les hospitalisations psychiatriques temps plein demanderaient moins de technicité, elles mériteraient alors le statut de prestation de base (sur le plan du niveau technique des soins) à assurer aux malades. La régression démographique à venir (moins de psychiatres, moins d'infirmiers) obligerait à ouvrir des lits par impossibilité de soutenir pour un nombre suffisant de traitements ambulatoires la complexité nécessaire. »

B. Odier : « Les conceptions de l'hospitalisation psychiatrique » dans « L'Information psychiatrique »

L'institution psychiatrique:

L'institution n'a pas de limite géographique ; ce sont les personnes qui travaillent et qui se soignent ensemble qui la constituent à la condition que ces personnes se causent, fassent cause commune. Cela peut être un établissement ou un service de secteur. Regrettons, en passant, l'usage tout à fait malheureux du terme désinstitutionalisation à la place de celui de déshospitalisation : ce dernier suffisait largement pour décrire le mouvement de sortie des malades mentaux des murs psychiatriques. Aujourd'hui le signifiant a rattrapé les différents acteurs et sans avoir à parler d'externement arbitraire, le drame de la solitude et de l'isolement touche un nombre croissant de malades mentaux particulièrement désarmés, compte tenu de leur propension à l'autisme, pour y répondre.

Aujourd'hui, la situation sanitaire d'un nombre très important de malades mentaux est préoccupante. A Paris, dans les grandes villes, le nombre de schizophrènes en errance ne peut plus être ignoré de toute la population.

La politique de désinstitutionnalisation a été parfaitement appliquée. Bon nombre de service reconnaissent ne pas avoir les moyens d'assurer des soins hospitaliers prolongés et nécessaires pour des malades présentant des troubles graves ; les mêmes ou d'autres ne pas pouvoir prolonger les prises en charge à cause de la saturation de leur structure alternative. Les plans de soins sont découpés, sans lien suffisant entre les intervenants. La pathologie des patients évolue et répond à cette politique avec une fréquence accrue des crises et de la violence. Et pour reprendre contenance, le discours psychiatrique a inventé un nouveau syndrome : celui de la porte tournante mais sans en proposer son traitement qui pourrait bien ressembler à celui pratiqué dans les établissements de psychothérapie institutionnelle.

Dans le chapitre sur le projet médical, nous verrons qu'en fonction de l'environnement loco-régional, de l'évolution du discours ambiant et des politiques en matière de santé mentale, le collège médical a à se positionner pour répondre à telle particularité évolutive de la demande de soins, ce qui peut engager certaines modifications, protocoles d'admission, collaborations diverses mais qui ne doit changer en rien la libre circulation de la parole, l'organisation institutionnelle en réseau seule contenante des processus morbides.

La psychothérapie :

L'analyse institutionnelle :

Il en est du transfert comme de la psychothérapie dans une clinique recevant en majorité des schizophrènes. C'est un transfert multi-focal, de poids et d'expression variables, s'exprimant souvent là où l'interprétation ne se conçoit habituellement pas. Il se lit en décalage dans le temps et l'espace dans les nombreux lieux de parole où la présence de soignants ayant l'expérience personnelle de l'analyse donne le ton et le tempo.

La fonction d'analyste de l'institution n'est pas l'apanage d'un soignant – fut-il médecin. Il s'agit d'une fonction diffuse que l'on perçoit électivement dans les réunions de soignants mais qui peut s'exprimer également dans la survenue d'une pensée trop rapidement circonscrite comme délirante. L'essentiel réside dans le nouage, le lien entre les personnages et les lieux de l'institution pour que s'instaure une trame qui peut devenir à l'occasion une grille de lecture.

Le contre-transfert engage en analyse le thérapeute – dans la psychothérapie institutionnelle, il engage le groupe dans son ensemble. Il met en cause les liens interrelationnels des soignants et de la structure. Tant qu'elles ne sont pas traitées, les réactions de type contre-transférentiel chez les soignants orientent la vie sociale et collective sur un mode passif laissant le champ libre à l'apragmatisme et à la persécution..

3 Principes de la psychothérapie institutionnelle :

Les principes fondamentaux de la psychothérapie institutionnelle sont évidents, très près du bon sens commun, de la moindre des choses.. D'autres peuvent apparaître comme obsolètes. Tous peuvent se retrouver autour d'un même enjeu : la lutte permanente contre les effets de discours qu'ils soient culturels, professionnels, corporatistes, lutte contre le mouvement naturel, les habitudes, la répétition - mais aussi traitement de la maladie mentale en tant que productrice d'une discours pathologique, traitement des symptômes des soignés et soignants dans une prise en compte du transfert et du contre-transfert.

Cet auto-traitement de l'institution est autant la mise en place d'un dispositif de protection contre les discours vertueux ou xénophobes qui enferment les patients et leur imposent de se conformer à une image stéréotypée de la folie que d'une stratégie toujours vaine de défense contre tous les processus qui participent à notre aliénation sociétale. Tous les patients ne souffrent pas d'aliénation mentale au sens où ils seraient enfermés dans des discours délirants par exemple. Pour certains très dissociés et dépersonnalisés, c'est l'aliénation qui leur fait défaut par absence totale de texte. Ce n'est pas le moindre des paradoxes de notre action de soignant que de s'autoriser alors à en écrire un avec eux avec le risque que nous verrons plus loin de produire de l'aliénation. Seule la psychanalyse, technique et théorie consubstantielle du mouvement de la psychothérapie institutionnelle, donne aux soignants les moyens de maintenir un front de contestation contre l'avancée inéluctable de la doxa.

Des voix depuis des décennies se sont levées pour que disparaissent les murs de l'asile et que son image ne se confonde pas avec celle de la prison. L'expérience de cliniques comme la Borde et la Chesnaie qui soignaient les schizophrènes en milieu ouvert a été révolutionnaire dans les années 50. L'absence de murs, de fermetures, n'est plus véritablement innovante, ce qui ne veut pas dire que la politique d'ouverture se soit complètement généralisée. Les services fermés dans le public existent encore, ne serait ce que pour répondre à la nécessaire sécurité qu'impose le traitement de certaines Hospitalisations d'Office et Hospitalisations à la demande d'un tiers. Cependant, c'est dans le maintien de la lutte contre toutes les procédures d'enfermement que la dimension expérimentale persistera. Ce qui se matérialisait dans les murs n'a pas toujours disparu et peut même avoir profité du voyage pour se retrouver à l'extérieur, dans les traces des malades. Le malade mental pour un certain nombre de gens est désigné sous le terme de fou : il est réputé étrange, bizarre, fauteur de troubles, dangereux. Il peut pour d'autres être un planqué, un falsificateur. De sorte que le travail d'ouverture aujourd'hui n'est pas tant de laisser circuler les malades en dehors de l'établissement que de faire rentrer, avec les précautions qu'imposent les soins médicaux, le public, les citoyens au sein de l'institution – traitement semble-t-il le plus efficace contre l'ostracisme, la méfiance et la haine. Les murs à détruire ne sont plus aujourd'hui les murs de l'asile mais métaphoriquement ceux du voisin, de l'université, de la bureaucratie, du club de vacances.

L'enfermement, paradigme de l'aliénation, n'est pas le privilège de l'autre extérieur, du voisin ou de la rumeur. Cet enfermement peut prendre des formes variées et subtiles à l'intérieur de l'établissement. La liste exhaustive des formes qu'il peut prendre n'existe pas, pas plus qu'il n'est possible de recenser celle de l'inconscient. Mais certaines sont connues et ont été dénoncées très tôt par les fondateurs du mouvement de la psychothérapie institutionnelle :

La nosographie, le discours psychiatrique :

Le texte savant qui délimite les diagnostics dans le champ de la pathologie mentale offre aux esprits doctrinaux ou en jachère, soignants inexpérimentés ou malades déstructurés, une forme, un habit à endosser pour les seconds dont les conséquences sont dramatiques et se repèrent dans des comportements, des attitudes et des propos stéréotypés. Certains signes de la schizophrénie ne sont pas naturels et apparaissent – puisqu'on peut les faire disparaître isolément – indépendamment du processus comme des stigmates de la réponse, d'un véritable enfermement dans les textes. Il se crée ainsi une nouvelle et fausse identité quand le patient n'est pas pris dans sa globalité, qu'il s'inscrit dans une forme discursive au prix d'y laisser une histoire, une éducation, des reliquats de désir.

L'usage le plus parcimonieux de la terminologie diagnostique limité à la définition des plans de soins, l'utilisation du langage commun, la prise en compte, rapidement et fortement, de la biographie, la volonté de créer une histoire commune sont les principales thérapeutiques contre l'aliénation nosographique. La présence parmi le personnel soignant de professionnels ne provenant pas du milieu sanitaire incarne cette disposition.

L'infantilisme, le discours maternel :

Il est souvent évoqué l'institution, l'établissement maternant où les malades, objets de soins bénéficient d'un statut d'enfant, d'irresponsable, incapable de subvenir aux nécessités du quotidien, de pouvoir se nourrir (se faire à manger), s'habiller (en y prêtant de l'attention), travailler. La mère toute puissante est là et supplée aux besoins. Il n'est pas difficile d'imaginer la difficulté que peut représenter le «projet de sortie», l'acquisition d'une autonomie, lorsque les patients se retrouvent brutalement dans le monde de tous les jours, pas spécialement réputé accueillant. Pour y remédier, l'entreprise de réinsertion doit commencer au sein de l'institution par une prise de responsabilité, personnelle à la bonne marche de ses affaires, et collectives quand tous les acteurs soignants et soignés interviennent dans le fonctionnement de la clinique et de ses associations. Faire le ménage dans sa chambre, remplir ses papiers administratifs avec l'aide de l'assistante sociale, faire la plonge, coller des affiches pour le prochain concert du club, participer à la restauration d'une chambre qui ne sera pas obligatoirement la sienne, prendre les commandes au restaurant associatif témoignent, plus que tout acte de discours, de la lutte quotidienne contre la régression et l'irresponsabilité.

La hiérarchie, les liens d'assujettissement :

La société est divisée en caste, liée par des relations de subordination. Dans un établissement de soins, le directeur administratif et le médecin chef se partagent le haut de la pyramide. Il est classique de dire que les malades se retrouvent à la base, ce qui témoigne d'une double aliénation : celle liée à la subordination proprement dite et celle qui transforme une relation de soins en lien d'asservissement. La première, le lien hiérarchique entre les personnes, n'a pas la réputation de faciliter le contact, la capacité d'expression et d'échange de la parole. Elle crée des espaces de non-dit, de déresponsabilisation et de désengagement. Elle ne favorise pas une bonne ambiance de travail. La seconde, qui se surajoute à la précédente, se traduit sous forme de rituels, de règles et d'exigences multiples au bénéfice du mouvement naturel de séparer le monde des soignants et celui des soignés, au nom de la responsabilité et de l'assurance tout risque. Cette aliénation est impropre à la bonne circulation de la parole et à l'expression des affects : elle transforme la demande du malade en celle de l'infirmier, délimite et alimente l'espace des symptômes.

Éliminer la verticalité de la hiérarchie administrative et médicale n'est pas une entreprise aisée si l'on veut maintenir la responsabilité des plans de soins et de la gestion. Le

risque est grand que la structure devienne le jouet de mouvements incontrôlables d'échanges au gré des pulsions et impulsions individuelles.

Le traitement consiste à transformer la pyramide en une forme asymétrique, non visualisable globalement, en une forme constituée par des scènes où les acteurs changent de statut et de prérogative, des espaces où par l'intermédiaire du jeu démocratique, le pouvoir se délègue. Lorsque les circuits de commande et de pouvoir sont traversés par des espaces non techniques où sont présents les soignants, ou non médicalisés où sont présent les patients, le principe de transversalité est opérant.

Si une contrainte, bonne ou mauvaise – ce n'est pas là le sujet principal – se déplace et s'élimine du haut de la pyramide vers le bas, l'enfermement sera maximal. Si au contraire, elle est exprimée, vécue et partagée par tous les acteurs, si elle circule, emprunte des chemins multiples et rencontre des commentaires variés, elle ne sera plus une manœuvre d'assujettissement et peut dans le meilleur des cas devenir facteur d'émancipation collective.

A la Chesnaie le remplacement d'un chef du personnel par des commissions élues démocratiquement responsables de l'embauche et de la gestion de l'emploi du temps, l'importance que représente la liberté de parole dans les réunions, l'existence de réunions de constellation où la situation d'un pensionnaire peut être abordée par un groupe de soignants ou parfois par un groupe mixte de soignants et de soignés (invités par le pensionnaire concerné), la présence de patients dans tous les secteurs de la clinique excepté le secrétariat médical, ...témoignent d'une volonté forte de l'institution de maintenir un fort coefficient de transversalité.

Aliénation du travail et de la productivité :

A l'imaginaire du travail et de la productivité, aliénation sociale majeure s'il en est, condition pour les névrosés ou névropathes de s'inscrire dans le discours commun, d'exister comme citoyen, d'être autonome dans un système accepté et reconnu, l'institution propose pour répondre à l'apragmatisme - qui n'est pas un symptôme en tant que tel mais l'absence de tout symptôme, un défaut d'aliénation - un espace artificiel où activités et soins se substituent en partie au travail et à la productivité.

Les activités ne sont pas occupationnelles ou, pour être plus honnête, pas uniquement occupationnelles. Elles doivent avoir un sens, ne pas être repérées comme factices, répondre autant au besoin de fonctionnement du système qu'au désir de chacun de s'exprimer. Ce qui se vit dans les scènes entre les soignants et les soignés, les échanges de parole et d'acte autour des objets participent à toutes les phases du soin, de l'accueil à la restauration psychique. Accueil car il est plus facile de rencontrer des personnes et de se faire connaître en participant à une tâche commune ou à un atelier qu'en utilisant dans un espace indéfini ses propres ressources psychiques très souvent défaillantes, du fait de la maladie, pour rencontrer l'autre. Soins psychothérapeutiques car les activités sont pour cela toutes, sans exception, du travail de la salle à manger à l'atelier dessin des espaces de projection et d'identification qui peuvent être immédiatement interprétés ou repris dans d'autres scènes plus spécifiques.

Aliénation professionnelle, le mythe des statuts :

Son traitement participe directement à la notion de soigner l'institution.

Tout le personnel doit s'inscrire dans une perspective psychothérapique, être investi d'une fonction authentique de soignant qui doit supplanter les différents champs d'intervention corporatistes.

Le risque est important de découper l'approche du patient selon sa spécialisation. Lorsque l'on sait que les mots et les choses pour des malades dissociés s'équivalent, le morcellement de la prise en charge se trouve immédiatement en phase avec le syndrome de dépersonnalisation. Ce sera alors à qui deviendra le modèle pour l'autre : le processus psychotique ou la spécialisation. Si pour aggraver le tableau, celui qui pratique l'injection n'a rien à dire à celui qui repeint la chambre, ce dernier n'ayant aucune approche du travail de cuisinier, il n'est pas sûr qu'un événement familial pour un patient porté à la connaissance du secrétariat médical pourra permettre la compréhension d'une crise survenant chez le même patient en présence du jardinier, si tous les acteurs soignants et soignés n'ont pas une logique d'échange de la parole commune.

Le traitement au long cours de malades mentaux graves ne peut être qu'une prise en charge de la globalité de la personne sans condition. Tout moniteur en tout lieu doit être authentiquement investi de la fonction soignante.

La polyvalence est au cœur du dispositif institutionnel. Polyvalence dans le changement de fonction qui tous les 4 mois réorganise les unités de fonction des grands secteurs : l'hôtellerie, les chambres et les soins, les secrétariats, en déplaçant les moniteurs soignants. Du jour au lendemain, le secrétaire médical se retrouvera au service de table, celui ou celle qui se trouvait à cette fonction sera en charge d'un secteur de chambre en remplacement d'un collègue qui s'initiera ou reprendra un travail à la cuisine. Polyvalence dans les locaux dévolus aux différentes activités avec la contrainte que cela suppose au niveau de la conception et de la maîtrise d'œuvre pour ne pas fixer définitivement l'affectation d'un local.

Un tel dispositif nécessite le recours à la formation pratique et théorique permanente et à des organes de transmission multiples et révisibles.

Aliénation du temps, des horaires de travail

Que peut vouloir signifier pour un malade déstructuré qui n'est plus sûr de son âge et même d'exister, le dimanche ou les vacances d'été ou la fin d'une journée de travail. Ce découpage du temps qu'imposent à juste titre les lois sociales est en totale contradiction avec la prise en charge permanente nécessaire. Cette situation aggrave le mouvement naturel repérable dans tous les établissements psychiatriques de multiplier les lieux d'exclusion des patients, de la pause café dans l'office réservé aux salariés à certaines réunions non médicales où les soignants participants ne se sont pas posés la question de l'absence des malades (le diagnostic de l'affection étant la réunionnisme).

L'approche communautaire, la présence de médecins «à plein temps», la prise en charge 24 H sur 24 de l'hospitalisation de jour, le prolongement de la mission de la clinique par des associations qui ne sont pas régies par les lois du travail sont à des degrés divers les réponses imparfaites au processus d'exclusion des patients hors du temps professionnel.

Il persiste dans les cliniques de Psychothérapie Institutionnelle une dimension communautaire qui n'a plus l'importance qu'elle pouvait avoir, il y a à peine 20 ans quand la majorité des soignants habitaient sur place ou à proximité, travaillaient plus de 50 heures par semaine et étaient donc dans une relation importante avec les patients. Aujourd'hui, la

présence de stagiaires hébergés, de quelques moniteurs et médecins résidents maintient l'esprit du phénomène communautaire.

L'aliénation institutionnelle et ses différentes formes :

L'institution n'est pas indemne de créer elle-même ses propres enfermements. Soigner l'institution n'est pas plus une figure de style qu'un luxe. C'est une obligation, la condition pour s'autoriser à s'occuper des affaires des autres.

La secte

Lorsque l'institution fonctionne sans discours critique, qu'elle s'organise autour d'une idéologie, la pente naturelle la dirige vers un fonctionnement sectaire. La secte est une sorte d'institution qui fonctionne à l'envers car elle impose dans son processus d'adhésion une aliénation unique. Elle a comme particularité de s'isoler, d'éviter la présence de tiers, de témoin.

L'accueil des familles, la formation des stagiaires, la reconnaissance, les contacts et les visites des professionnels de santé mentale, l'ouverture de la clinique lors des grandes manifestations, la coopération des associations aux différents niveaux local et régional sont les mesures permanentes prises contre l'isolement et l'autarcie. Mais ce sera la psychanalyse, non pas sous forme de doctrine mais comme technique de parole, comme seule approche par définition des processus inconscients, qui maintiendra le niveau nécessaire de vigilance et de clairvoyance.

Le fonctionnement

« Quant un atelier marche bien, il faut l'arrêter ». Cet aphorisme bien connu des anti-psychiatres, qui peut être une mesure puissante sur le plan institutionnel ne doit pas être décidée à la légère au nom de la seule subjectivité. Si c'est une décision du collectif, elle servira de relance au mouvement institutionnel ; si c'est une décision univoque et surtout prise par celui qui anime l'atelier, cela sera une démission. Pour autant, maintenir, garantir, protéger, consolider peut évoluer vers le « fonctionner ». Un lieu dévolu aux soins qui fonctionne ressemblera plus à un établissement où les choses sont bien établies qu'à une institution, où elles doivent vivre. Quand tout fonctionne, il n'y a plus d'histoire en commun possible ; tout le monde est à sa place avec rapidement un espace pour les soignants et un autre pour les malades.

La persécution :

Il est classique de dire que le travail en institution est un travail en négatif, puisqu'il s'oppose aux différentes procédures d'aliénation. Cette résistance qui s'alimente de l'historique du mouvement peut conduire le collectif à voir des ennemis partout, à devoir se défendre contre l'obscurantisme et la malveillance supposée des différents pouvoirs en place. Le traitement est tout simplement celui de la prise en charge d'un paranoïaque – mais

traitement à s'auto-administrer. Le reste n'est plus ensuite qu'une affaire de distance relationnelle permettant la gestion des conflits, de rencontres où s'échange la parole vraie.

Accepter de s'interroger sur les procédures d'enfermement et leur conséquence est un véritable travail de recherche active. Une institution digne de ce nom se doit de remplir cette mission et d'y répondre auprès des patients par tous les moyens à sa disposition qui respecteront la déontologie et l'éthique du soin. C'est un acte politique car la dimension de citoyenneté, de démocratie, de responsabilité collective et individuelle est toujours présente. Nous faisons l'hypothèse que la clinique de la Chesnaie comme quelques autres qui se sont regroupées dans l'association EPPI représente une certaine idée du soin qui dépasse le domaine de la santé et s'adresse à une certaine idée de la chose publique, mais ce n'est qu'une hypothèse de travail !

4 La résistance aux formes modernes d'enfermement :

Nous avons comblé en quelques années le retard sur les pratiques anglo-saxonnes et nous avons à nous adapter à un certain nombre de mesures, de textes de loi, de positions théoriques et sociétales qui font entrer le monde de la médecine et de la psychiatrie dans celui de la loi, de la norme et de la recherche de la preuve.

Contre les effets de discours administratifs, les exigences normatives, les phénomènes de judiciarisation, l'extension du principe de précaution, les outils de la psychothérapie institutionnelle restent performants.

Il ne s'agit pas tant de modifier des pratiques, de créer une forme moderne de résistance que d'observer, d'étudier, de nommer et d'analyser les effets des discours sur la planification en santé mentale,

Il est important de ne pas confondre la loi et le règlement, le règlement et la norme.

Compléments :

Le temps du séjour est un paramètre important à prendre en compte pour la mise en place d'une prise en charge institutionnelle.

Un autre élément à prendre en compte est le recrutement. Il est national, avec une proportion importante de malades de la région parisienne. Avec le Contrat d'objectifs et de moyens, nous nous sommes engagés à augmenter le quota des malades de la région Centre mais ils ne représentent pas, loin de là, la majorité de l'effectif des patients.

Les raisons de ce recrutement sont historiques, et clinico-pratique :

historique avec la connaissance que certains collègues partout en France ont de ce type de travail et qui posent des indications spécifiques

clinico-pratique par ce qu'il est extrêmement fréquent que les psychiatres le plus souvent dans les services de secteur demandent une admission dans un établissement éloigné de la famille – ce souhait est tout à fait contradictoire avec le discours actuel sur le soin de proximité à dispenser aux psychotiques – pour autant, cette mise à distance de l'environnement affectif considéré comme pathogène est parfois la seule solution pour engager un véritable plan de soins.

J.L PLACE le 28 juin 2004