

Intervention aux 37èmes journées nationales de la psychiatrie privée

Jean Louis Place, Psychiatre, Médecin Directeur de la Clinique de Chailles

Annecy le 4 octobre 2008

Résumé :

Engagement et institution sont mouvement et espace indissociés. Le soin à la psychose nécessite de porter une demande et cette charge ne peut se faire que dans une organisation de soins qui produit de l'engagement. La psychiatrie moderne risque en s'aliénant au scientisme et à la bureaucratie du protocole de perdre les repères théoriques indispensables pour que tous les acteurs du soin s'approprient l'institution dans l'artifice qui structure la relation à l'autre.

Mots clés :

Institution, engagement, psychose, transfert, appropriation

Titre :

« L'engagement institutionnel »

En répondant à la commande d'E Roueff de parler d'engagement dans l'institution, j'ai repéré quelques points communs entre ce titre et le mouvement de l'écriture. Position personnelle bien sûr quand je trouve comme paramètre à partager le renoncement et l'inquiétude, une certaine idée d'un travail qui se fait en sollicitant l'exigence et l'exploration, et la certitude de s'attendre à un résultat imprévisible. Quelque chose qui se passe à notre insu, de peu confortable et qui apparaît cependant comme une nécessité, un bout de réponse au sentiment confus de ne pas être là par hasard.

S'engager, entrer dans une situation qui ne laisse pas libre, donner pour caution sa parole, son honneur, se lier par un contrat, une promesse, se trouver dans une situation sociale qui implique des obligations : dans cette conception classique, l'action de s'engager invite à un rétrécissement de l'espace, mais il faut aussi comme l'ont fait un certain nombre d'intellectuels autour de Sartre repérer le supplément de sens que prend le concept d'engagement dans le champ de l'esthétique : « pensée ou art de celui qui renonce au confort que pourrait lui assurer sa position d'intellectuel ou d'artiste, pour prendre part aux conflits sociaux de son temps »

Cette entrée dans le politique « pour y défendre des valeurs menacées et surtout les faibles, les persécutés et les exploités qui n'ont pas eux même la parole », nombreux l'ont pris même s'il a fait prendre le risque pour certains de s'aliéner dans des discours qui n'avaient d'humanisme que leur promesse.

Le périmètre du concept d'engagement doit se situer là, dans un renoncement qui doit donner un supplément d'être – d'être à l'autre.

Le terme institution mérite ou impose toujours des développements plus longs, et les raccourcis qui résument des milliers de pages et d'heures de travail font toujours prendre le risque du contre sens.

D'une façon arbitraire il s'agira ici de parler de l'institution psychiatrique selon les définitions ou l'absence de définitions produites par le mouvement de la psychothérapie institutionnelle. Et pour ne pas avoir à trancher, je proposerai celle en creux qui emprunte à la pédagogie institutionnelle et qui en faisait un mouvement de résistance : « La pédagogie institutionnelle est la méthode qui consiste à aménager, par une analyse permanente des institutions externes, la marge de liberté dans laquelle le groupe-classe pourra autogérer son fonctionnement et son travail, assurer sa propre régulation par la création d'institutions diverses ». (in René LOURAU : « L'analyse institutionnelle » - les éditions de minuit p 255).

La psychiatrie est la discipline médicale qui voit son exercice se modifier le plus au gré d'un certain nombre de forces contradictoires. Soumise au flux et au reflux du rapport qu'entretient l'Etat à la déviance, bousculée par des mouvements médiatiques hystérisés, contrainte par des transferts de compétence administratives et dépendante des instances qui en ont sa charge financière, la psychiatrie ouvre ses portes à l'exploration du psychisme et de ses mécanismes, ou les ferme en s'alignant sur des positions obsessionnelles et procédurières que lui offrent le protocole, l'évaluation et le règlement.

Depuis de nombreuses années, avec l'impression subjective d'un mouvement exponentiel, une théorie de règlements, de procédures, de modes d'emploi, habillés des costumes de la Faculté, envahissent le socius et n'épargnent pas la pratique psychiatrique. La stricte application de ces textes rend illusoire la rencontre des personnes, l'avènement d'une parole pleine. Se donner les outils pour opérer une traduction éthique de ces textes participe de notre mission de professionnel.

En médecine somatique, les modalités du soin, les techniques opératoires s'inscrivent dans le discours scientifique et dans une conception parfois atomistique des rapports sociaux. En psychiatrie, par contre, si la maladie mentale est la maladie de la liberté, la place du sujet doit rester fondamentalement l'objet du soin et elle est à ce titre en permanence menacée.

S'engager dans l'institution telle qu'elle vient d'être définie participe de la tautologie. Constituée par ceux qui la fondent et la font vivre, il n'y a d'institution que si les soignants et les soignés s'y inscrivent. Sans engagement, il n'y a pas d'institution et sans institution la plupart des engagements ne résistent pas au mouvement naturel.

Quelles sont les modalités, les conditions de cet engagement mais aussi les obstacles, voire les échecs qui rabattent l'institution au rang d'établissement ?

Nous sommes dans un environnement assez basique fondé sur la preuve immédiate, le raisonnement psychopathologique à l'économie et une certaine idée du bien et du mal qui laisse peu de place à l'observation des manifestations de l'inconscient.

Quel appareil de mesure peut évaluer le degré holistique d'une prise en charge, quelles sont les écoles qui inventent et mettent en pratique des outils pour des entreprises de re-narcissisation ou de mise à l'épreuve de la réalité ? Quels sont les établissements de soin qui ont l'ambition de faire œuvre avec des histoires communes et des destins singuliers ?

Certains lieux ont eu cette épaisseur, d'autres l'ont encore – ils ont un caractère d'exception par leur degré de confidentialité et par l'intérêt authentique qui leur est porté. Les personnes qui travaillent

dans ces lieux ont ceci de régulier qu'ils aiment les gens et qu'ils ne se détestent pas non plus, ce qui ne les distingue pas de la catégorie des gens ordinaires.

Un groupe de soignants aimables, dévoués, responsables, institués et instituants d'une institution se différenciera peu d'un tas de gens susceptibles d'emprunter à tous les désaccords s'il n'y avait la présence de patients et singulièrement de ceux traversés par la parole, de ceux pour lesquels la demande de soin ne peut être qu'anticipée.

Le soin en psychiatrie nécessite un engagement réciproque dans le mitan des cas et asymétrique dans ses marges et extrêmes. Il ne s'agit pas uniquement d'une synergie de forces positives comme cela peut s'écrire en médecine somatique pour décrire la part de guérison qui revient au patient, mais de la condition de possibilité d'un soin, de l'ambition qui existera ou non dans l'entreprise pour que les uns et les autres prennent le risque de ne plus être les mêmes

Il ne peut y avoir engagement qu'au prix d'un renoncement. Ce qui est déposé ou abandonné selon le terme choisi est différent selon que cela concerne un infirmier un psychologue, un médecin, un schizophrène, un phobo obsessionnel déprimé, ou un hystéro anxieux caractériel.

Mais aussi ce qui ne pose pas de problème pour l'un peut faire violence pour l'autre ; ce qui peut représenter une atteinte narcissique est vécu d'une façon triomphale chez celui qui aura pour autant le même statut et le même parcours.

La condition impérative de cette inscription dans l'institution est une perte à un moment ou à un autre où ce qui est perdu est propre à chacun.

Quelques uns de ces objets perdus restent repérables : les petits pouvoirs, le confort de la réglementation, la certitude d'avoir raison, la protection d'un statut, et aussi l'addiction au symptôme, la protection des illusions, le collectionnisme du délire. A l'image de l'accouchement, l'acte d'engager met le sujet ou le futur sujet en situation de fragilité, de devoir perdre une protection, de se retrouver en situation d'avoir à se déployer, à se construire ou à se reconstruire dans un corps à corps entre institution et sujet.

Lorsque nous recevons à la clinique un courrier de demande d'admission, sans abord téléphonique préalable, indemne de toute influence recommandable ou non, notre façon de traiter ce qui devient un dossier d'admission participe de l'arbitraire argumenté. Nous pourrions refuser par manque de place, parce que l'indication de la clinique est mal posée, parce que l'importance des troubles des conduites nous paraît rédhitoire pour une prise en charge en milieu ouvert. Pas d'état d'âme, pas l'impression d'avoir manqué à une parole, de s'être défaussé. Il en va autrement lorsque le patient entre dans la clinique pour une visite d'admission. Cette rencontre physique nous fait témoin et acteur de l'engagement de l'institution dans ce qui est déjà entreprise de soins.

Pour la majorité des admissions, le collègue des médecins donne son accord après la visite. Il peut y avoir des situations d'attente où le patient aura à confirmer personnellement sa demande de soin, parce qu'il a démontré en avoir la capacité et parce que cette contrainte est déjà un outil institutionnel utilisé pour que le patient s'engage dans l'institution. Il est des situations où cette lettre de motivation n'est pas attendue, le plus souvent parce que la gravité de la psychose ne met pas la personne en capacité de désirer quoi que ce soit et a fortiori de se soigner – il nous faudra mettre en jeu d'autres outils pour qu'un engagement puisse se réaliser.

Il est aussi des situations où nous refusons l'admission. Cela devrait avoir un caractère exceptionnel et limité aux positions névrotique ou psychopathique délibérées de ne pas s'engager, tel le refus d'abandonner une conduite addictive ou d'utiliser l'admission dans un autre lieu pour se dégager d'une contrainte qu'elle soit médico-administrative ou judiciaire ou même psychothérapique. Il y a là un arbitraire, une position d'expert qui exige que la sélection sur dossier soit de plus en plus fiable à la condition bien sûr que les données fournies le permettent.

En phase d'accueil, les patients nouvellement entrés font partie des personnes dites « à surveiller ». A la réunion du matin la liste épelée de ces personnes donne l'occasion et la nécessité aux soignants présents d'en dire quelque chose et ce qui revient souvent est : « Il n'est pas encore entré dans la clinique » ou au contraire : « il s'inscrit », « il prend des initiatives »

Ce qui est quasi protocolaire pendant la phase d'accueil reste au cœur de la pratique et de la vigilance de tous. Les ruptures du contrat de soin sont une réalité permanente et lorsque les signes en sont manifestes, il est de la mission des soignants de remettre en œuvre les outils de l'accueil ou d'en utiliser d'autre plus spécifique telle la réunion de constellation ou la mise en place d'une scène psychothérapique supplémentaire. Le plus souvent il y a corrélation entre désengagement des soins et aggravation des troubles mais l'aggravation de la pathologie n'est pas systématiquement liée à un non engagement, parfois bien au contraire – un délire peut davantage s'exprimer et à travers lui des liens plus solides se tisser.

La grille codifiée de l'engagement n'est pas faite et je ne vois que les spécialistes des usines à gaz pour pouvoir oser s'y aventurer. Car si pour l'un, ce sera l'amélioration du contact et la mise au repos du négativisme, pour celui là une participation régulière dans les activités, pour celui ci le simple fait de se mettre à table avec les autres. Cela a été plus récemment pour un patient satellite, déambulant sur le périmètre de ce qui faisait pour lui institution, l'achat et le port jour et nuit d'une cote de travail avec casquette l'inscrivant à l'atelier jardin.

A contrario, rien ne prouvera que celui qui participe à de nombreuses activités, s'exprime dans les entretiens, le patient modèle, ne déclinera pas une forme de non engagement : je fais ce que vous me demandez de faire, foutez moi la paix – je ne veux pas changer.

Nous avons utilisé trop rapidement à la Chesnaie l'expression « diagnostic institutionnel » pour désigner cette sémiologie de l'engagement dans les soins. C'est un diagnostic simpliste fonctionnant sur un mode binaire : on/off. Je fais l'hypothèse que cette expression aura du mal à passer à la postérité d'autant que la dimension projective de son usage la rend inutilisable dans bon nombre de situations – il est toujours délicat d'utiliser le patient pour évaluer son propre degré d'implication dans les soins.

Il n'y a pas de travail en psychiatrie, de production d'une parole pleine, sans une participation effective de tous les acteurs, sans des rencontres formelles ou insolites, nombreuses et variées entre des malades et les autres.

S'il est une approximation, qui se retrouve dans bon nombre de textes sur le traitement de la psychose, qui permet d'appareiller le couple soignant – soigné à l'opposition névrose psychose, il faut envisager, dans un établissement recevant en priorité des pathologies lourdes, une autre ligne de partage lorsqu'il s'agit d'engagement.

L'engagement de bon nombre de patients lorsqu'il existe est de même nature que celui des soignants— son universalité se déploie dans tous les lieux de soins, du cabinet médical aux différents établissements et ses effets se démontrent tous les jours avec les succès de la discipline.

Mais il est des conditions du soin qui nécessitent de faire institution car ce qui est observé comme engagement est exclusivement la marque du contre transfert. Lorsque l'absence de parole - pour citer Lacan - se manifeste « par les stéréotypes d'un discours où le sujet est parlé plutôt qu'il ne parle », les conditions du soin avec des patients dissociés, menés par le négativisme, l'ambivalence et le clivage, exige des soignants, mais peut être aussi de quelques patients, de porter la demande. Cet engagement institutionnel qui se déliterait dans les articles du code du travail ou la charte du patient hospitalisé s'il devait être formalisé, se reconnaît dans l'usage du pronom très personnel « je » et dans le passage du singulier de cet engagement au pluriel de ceux qui le reconnaissent et le soutiennent.

Une psychopathologie de la vie institutionnelle ordinaire peut en faire la preuve tous les jours. C'est la réunion de constellation où un groupe de soignants parle avec authenticité d'un patient en difficulté, inabordable, et c'est celui-ci qui change ses rapports aux autres sans qu'il soit possible de repérer le moment de ce changement. Dans les réunions qui suivent l'observation collective de l'engagement, le « il est enfin entré dans la clinique » participe d'une naïveté indispensable.

Cette parole ne trouve son efficacité thérapeutique qu'à la condition d'être tenue par toutes les personnes concernées par le patient dans tous les lieux possibles de l'institution sans exclusive. Cette prise de parole qui met en jeu pour chacun ses propres représentations est une prise de risque qui nécessite un travail psychique personnel fait ou à faire et une solidité du cadre institutionnel.

Si le soignant nouvellement arrivé, tient la posture de l'ethnologue, observe, participe au fonctionnement avec rigueur et conscience de son savoir et de sa technique, il sera reconnu pour ses compétences. Il sera engagé dans l'institution. A ses côtés, celui qui prend conscience de l'influence qu'il envisage d'exercer sur l'organisation de son travail en intégrant les règles et les principes, qui reconnaît la porosité permanente d'un vécu professionnel sur la vie psychique, deviendra progressivement partie prenante de l'institution, dans un engagement institutionnel. Les deux postures coexistent mais c'est au génie de l'institution, de faire le passage de la première à la seconde pour le plus grand nombre de professionnels.

Qu'un psychothérapeute sort de son bureau pour participer à un atelier sans avoir à l'animer, qu'un médecin donne un coup de main à un infirmier pour ranger une chambre avec son occupant, qu'un aide soignant arrête son geste pour écouter la parole d'un malade, il y a là des marques d'engagement institutionnel qui ne feront institution qu'à la condition de leur banalité.

A contrario, toute interdiction de faire ou de dire au nom d'un statut professionnel est la marque de la bureaucratie qui peut se retrouver jusque dans la voie royale de la pratique psychothérapique. Qu'un psychothérapeute ne puisse dans une institution, au nom du transfert, ou du principe de la confidentialité ou de la neutralité thérapeutique, être à la même table qu'un patient, ne puisse participer à une tâche commune, est le signe réhibitoire de ne pas accorder à son lieu de travail les capacités à créer de la distinctivité. C'est penser l'établissement sans effets de lieu, sans temporalité, sans imaginer le chemin symbolique qui permet de rencontrer la même personne, en tant que psychothérapeute l'après midi, et convive le soir. C'est fantasmer que le schizophrène retrouvera

une conscience d'être, une cohésion psychique pour distinguer l'espace psychothérapeutique de tous les autres lieux, afin d'en livrer l'étendue de sa dissociation.

Une institution de soins psychiatriques doit être une machine à produire de l'engagement, son organisation doit avoir la souplesse et l'inventivité nécessaire pour créer un jeu continu de scènes distinctes les unes des autres sans figer les acteurs dans un rôle définitif.

Le changement de fonction à la Chesnaie fait toujours événement institutionnel. Tous les 4 mois, entre le tiers et la moitié des moniteurs, appellation générique pour les soignants, quelle que soit leur formation, changent de fonction conformément à un des principes fondamentaux de la clinique : la polyvalence. De la cuisine aux chambres en passant par les secrétariats ou le ménage, cette rotation permanente des soignants crée un inconfort, une nécessaire remise en cause des habitudes, une obligation de se former à des gestes et des apprentissages différents tout en gardant la même position de soignant, la même capacité d'être à tout moment dans la rencontre.

Cette rencontre avec le patient participe d'une technique, technique de la parole et de la gestuelle qui ne va pas de soi, qui n'est pas du côté de la moindre des choses. La libre circulation de la parole, selon la formulation de G Michaud pour parler de l'institution, ne peut se concevoir que sur un mode asymétrique selon qu'il s'agisse de la parole du patient ou de celle du soignant. Si pour le premier, tout le dispositif doit s'employer à libérer et à faciliter les différentes formes possibles d'expression, le second, lui, verra sa marge de manœuvre, pour dire et faire, régulée par une élaboration collective dans les réunions de travail. Entre la spontanéité des bons sentiments et le quant à soi de ne pas se sentir concerné, la responsabilité d'une parole ne s'autorisera que de l'institution.

Ainsi, que dire à une patiente délirante lorsqu'elle s'adresse à vous entre la préparation de la crème brûlée et la blanquette de veau et qui vous accuse de l'avoir mise enceinte si vous n'êtes pas en situation, en capacité et en autorisation institutionnelle de pouvoir lui répondre ? S'il s'avère que c'est la multiplication des rencontres pour un patient qui fait l'essentiel du traitement, tous les lieux doivent pouvoir représenter l'institution, tout professionnel doit se reconnaître comme surface de projection entre le patient et l'institution et accepter que sa parole engage l'ensemble du collectif.

Et pour que la parole du soignant soit celle de l'institution il faut qu'un travail s'opère, que tout ce qui peut se ressentir pour chaque soignant pris dans la constellation d'un patient soit exprimé, analysé, confronté et que le texte qui en ressorte soit reconnu et assimilé par l'ensemble du collectif. Cela nécessite des espaces d'élaboration soumis à des règles de confidentialité, de liberté d'expression, où sont écartés le dogmatisme et le terrorisme intellectuel – toute phrase qui commence par je, qui n'emprunte pas au chapitre 3, verset 2 et prend pour objet la trajectoire d'un patient participe de la construction du plan de soin. Cette élaboration est indemne de toute hiérarchisation, sans priorité donnée à une parole plutôt qu'à une autre, à celle du médecin sur celle du stagiaire. Si la validation de la décision institutionnelle incombe au médecin pour cause de responsabilité, rien ne l'autorise à revendiquer une priorité de pensée sur celle de toute autre, même et surtout si cela devait se faire au nom de l'expérience ou de la science.

L'engagement sera ainsi pour le stagiaire de s'autoriser à penser quitte à y perdre le confort de l'ombre et pour le médecin de partager un avantage imaginaire au prix de faire vaciller une posture symbolique.

L'essence de l'engagement institutionnel est de s'approprier un outil de soin qui réponde au mieux à la problématique d'un patient qui n'en veut mais. Cette posture qui dialectise les expressions ambivalentes d'une pathologie est délicate et nécessite un traitement permanent de l'ambiance pour éviter toute corrosion dans la relation. Il ne s'agit pas de créer un environnement stérile sans heurt ni divergence, policée comme pourrait l'être le recours permanent et religieux à la parole d'un maître incontesté, mais d'une position de responsabilité collective qui prenne en compte, exprime et gère les conflits sans jamais en faire des clivages. Je ne suis pas d'accord avec toi, j'ai entendu tes arguments et tu as pris en compte les miens, nos collègues se sont également exprimés avec un certain nombre en position légitime d'assurer le tiers régulateur – nous avons choisi de prendre telle direction dans une cure et nous nous y tiendrons – nous savons après ces étapes que des divergences à ce niveau de l'élaboration d'un soin représentent un risque pour la personne. Nous ne savons pas si nous avons pris la meilleure option mais nous avons la certitude que nous sommes au-delà d'un choix possible – nous avons engagé l'institution.

La validation d'un plan de soin ou d'un nouvel aménagement de l'organisation institutionnelle nécessite pour chaque soignant de faire acte d'appropriation, de modifier sa perception de la réalité du soin, d'accepter de se transformer comme une fractale de l'institution. La mesure du temps n'est cependant pas la même et ce qui doit s'assimiler dans l'instant pour une décision thérapeutique peut prendre plusieurs mois avec des étapes successives pour une transformation organisationnelle. Sur ce point, la cohérence et la qualité de l'ambiance restent une priorité sur la précipitation.

Ce qui fait engagement reste une opération hautement bénéficiaire en terme de qualité et de confort de travail et ce qui se perd en ego se retrouve avec une forte plus value dans la sensation de ne jamais se sentir seul, d'avoir toujours un collègue quels que soit sa fonction, sa formation et son parcours en capacité de relayer et d'étayer sa parole.

Aujourd'hui ce qui se donne pour être de la science me propose une autre façon de travailler :

Si je devais appliquer tous les textes qui déterminent le fonctionnement d'un établissement psychiatrique, je réorganiserais mon organigramme du personnel avec un directeur des ressources humaines associé à un qualitatif, j'embaucherais un cadre infirmier chargé des plannings, j'augmenterais le nombre d'infirmiers afin que ceux-ci prennent le temps de quotter tous leurs actes, des protocoles seraient affichés partout pour le lavage des mains, le don d'organe, les droits du patient, toutes les vitres seraient incassables, les portes fermées et l'enceinte de l'établissement protégée par des grilles, les bureaux réservés aux secrétaires compétents, la cuisine serait assurée par un prestataire externe ; il y aurait la télévision dans les chambres, des caméras dans les couloirs et à l'entrée ; chaque professionnel serait identifié avec blouses, costumes de travail, et badges ; les diagnostics seraient donnés à tous les patients au terme d'entretiens d'exploration anamnestiques codifiés et secondés par les grilles de la DSM, chaque prescription ferait l'objet d'une information sur les risques liés à l'usage du traitement et serait authentifiée par un accord signé des deux parties. Régulièrement la Commission de Lutte contre les Infections Nosocomiales afficherait les indicateurs de ses affections et le taux décelé des bactéries multi résistantes.

Ce nouvel établissement qui participerait du mouvement de la psychiatrie moderne représente pour un certain nombre de professionnels le modèle du soin hospitalier en psychiatrie à proposer à la génération à venir, modèle qui peut certainement convenir aux névrosés que nous sommes, soignants encore ou futur patients tant nos capacités d'aliénation sont sans limite. Mais il est peu

probable que cette sorte d'entreprise, d'industrie du soin hiérarchisée, réglementée, normalisée, codifiée, encadrée, offre les conditions de possibilité d'un engagement institutionnel, de cet engagement qui exige et autorise une personne à devenir greffe de désir pour une autre, sherpa de la demande de soin. Sans la polyvalence, avec un coefficient de transversalité réduit aux réunions du comité d'entreprise, sans la participation des patients au fonctionnement de l'établissement, sans l'existence d'associations qui ouvriraient à la citoyenneté, le rapport asymétrique qu'institue la relation de soin ne pourra être qu'amplifié, sa dimension dialectique effacée au profit d'un clivage où le narcissisme de ceux qui éviteront la dépression leur fera faire l'économie de toute implication personnelle. Le mouvement naturel qui fait nous écarter de la folie devient alors justifié au nom de la sécurité des personnes, du droit du patient et d'une conception scientiste de la maladie mentale.

« La clinique est affaire de modestie » écrivait Patrick Faugeras en 2006 qui propose « d'entendre cette dimension de modestie comme une mise à disposition de ce qui advient », « accepter d'être un passeur », « d'être traversé sans trop vouloir profiter de ce qui se passe, accepter d'être pensé par les pensées », afin que quelque chose puisse se passer, « qu'un signifiant nous trouve et nous révèle, et pourquoi pas, nous invente » (Lettre de la psychiatrie française avril 2006)

Il y a plus de 40 ans, Louis Le Guillant écrivait :

« La condition de toute cure rationnelle des troubles mentaux est dans la création d'une néo société où le malade maintienne ou retrouve un échange humain dont la disparition double à elle seule la tare de la maladie »

La mission qui nous est dévolue aujourd'hui n'a pas la dimension héroïque des aventures conceptuelles de nos prédécesseurs et la perte de confort dans nos engagements professionnels reste bien relative. Le risque de disparition de certaines pratiques n'est cependant pas à écarter et il nous faut faire acte de résistance tout en évitant des positions d'arrière garde de martyr de la Psychothérapie institutionnelle. Ce que nous avons à soutenir participe d'une conception psychodynamique du traitement de la psychose qui nécessite à certains moments plus ou moins longs de la vie des malades une hospitalisation et celle-ci ne peut prétendre être thérapeutique qu'au prix de notre engagement pour faire institution.

Cet engagement est notre liberté.

« il est essentiel à la liberté de n'exister qu'en acte, dans le mouvement toujours imparfait qui nous joint aux autres, aux choses du monde, à nos tâches, mêlée au hasard de notre situation. Isolée, comprise comme un principe de discrimination, elle n'est plus, comme la loi selon St Paul, qu'un Dieu cruel qui réclame ses hécatombes »

Ce propos de Merleau Ponty où le mot liberté peut être remplacé par celui d'engagement sans perte de sens, nous rappelle qu'il n'y a d'engagement personnel que dans une tension à exister qui ne peut se faire sans l'autre.

Je terminerai par cette phrase d'Emmanuel Levinas :

« Si je ne réponds pas de moi, qui répondra de moi ? Mais si je ne réponds que de moi, suis-je encore moi ? »

Bibliographie :

FAUGERAS, Patrick « La lettre de la psychiatrie française » n°154, avril 2006

LACAN, Jacques Ecrits I Editions du Seuil collection Points « Symbole et langage comme structure et limite du champ psychanalytique »

LE GUILLANT, Louis « Le service psychiatrique, instrument de guérison » écrit dans les années 1960, non publié du vivant de l'auteur et paru dans Chimères n°33, 34 et 35 (Printemps, automne et hiver 1998)

LEVINAS, Emmanuel : « Sans identité », L'Ephémère, 1970, publié in « Humanisme de l'autre homme », Fata Morgana, 1972

LOURAU, René : « L'analyse institutionnelle » - les éditions de minuit

MARTIN Jean Jacques « Le métier de psychiatre » texte inédit

MERLEAU PONTY « Humanisme et terreur », 1947, Gallimard cité in Article de Roger-Pol Droit, in Le Monde du 16 VII 2008

PENOT, Bernard « Dépsychotiser en institution », Bulletin de Psychologie Tome XXXVI, n°360