

# Essai sur l'Histoire de la Psychothérapie Institutionnelle

*Jean Ayme*

Ce syntagme, proposé en 1952 par Georges Daumézon, indique sa double origine. La psychothérapie institutionnelle naît de la rencontre de la psychanalyse et de la psychiatrie publique au milieu des années 40.

Certes, la première rencontre entre héritiers de Pinel et héritiers de Freud remonte à 1925, année de la création de *L'Évolution Psychiatrique*, creuset de réflexions et d'élaborations très riches sur le plan clinique, psychopathologique, épistémologique mais sans retombées pratiques sur les structures de soins. En revanche la fin de la guerre et de l'occupation, dans le grand élan de renouveau qui suit la libération, est l'occasion d'une remise en question du sort fait aux malades dans un dispositif de soins archaïque et de projets novateurs, en même temps que la psychanalyse freudienne, qui envahit le champ socioculturel, pénètre le milieu médical. C'est à l'intersection de ces deux mouvements que prend naissance la psychothérapie institutionnelle.

Objet d'un engouement pour la création d'activités offertes aux malades au sein de l'hôpital, elle reste souvent plus un gadget ou un effet de mode qu'un véritable travail pratique et théorique sur ce tissage du sociologique et du psychanalytique. Et, même chez ceux qui s'y engagent avec plus de rigueur, l'accord ne se réalise pas toujours sur les conditions nécessaires et suffisantes.

Les conditions nécessaires ne seront réalisées que par une transformation, voire une subversion de l'appareil de soins centré sur l'accueil, la resocialisation et un traitement assuré au plus près du lieu de vie des malades. Les Journées Nationales de 1945 et 1947 tracent les grandes lignes de ce renouveau escompté. Elles seront reprises dans le combat mené par le Syndicat des Médecins des Hôpitaux Psychiatriques pour la modernisation de l'hôpital, la multiplication des dispensaires, la création de structures extra-hospitalières, l'augmentation des effectifs de personnel et de médecins. Déjà se dessine le schéma de ce qu'on appellera plus tard la politique de secteur.

Mais à ces conditions nécessaires vient s'ajouter, pour lutter efficacement contre la logique des camps, la possibilité de s'occuper des malades un par un, dans le respect de leur singularité et par une écoute personnalisée. C'est le modèle psychanalytique qui va servir de référence. Mais il doit s'adapter aux conditions particulières de ce travail dans un cadre collectif où la population est composée en

majorité de malades psychotiques, ceux-là précisément qui ne peuvent être pris en charge par un seul thérapeute. On sait que c'est là que Freud avait laissé les choses en l'état, butant sur la problématique du transfert dans ce qu'il appelait la névrose narcissique. Une psychothérapie prenant pour support la vie quotidienne et la convivialité avec les schizophrènes, c'est à cette tâche qu'il fallait s'atteler, faire preuve d'inventivité et recueillir en contre partie les effets formateurs de cette nouvelle clinique. On pourrait dire que si l'hystérique fut le maître de Freud, le schizophrène fut le maître de la psychothérapie institutionnelle.

Projet passionnant qui va réunir les fondateurs d'un groupe qui se donne le nom collectif du fictif Docteur **Batia** (espoir, en langue basque) à l'instar des mathématiciens qui avaient fondé le groupe Bourbaki. Vont se réunir dans l'immédiat après guerre, pendant un temps hélas trop court qui ne permettra que quelques publications, Julian de Ajuriaguerra, Paul Bernard, Lucien Bonnafé, Georges Daumézon, Henri Duchêne, Henri Ey, Pierre Fouquet, Sven Follin, Jacques Lacan, Louis Le Guillant, Paul Sivadon, François Tosquelles. Mais la "révolution psychiatrique" tant espérée tarde à venir malgré la position privilégiée qu'occupent, comme conseillers techniques auprès du Ministre de la Santé, Bonnafé et Le Guillant. De plus la "guerre froide" ne tardera pas à faire sentir ses effets : la psychanalyse est désignée comme l'adversaire, imposant à certains une douloureuse interruption. Dès lors, les uns retournent à leur divan, les autres à l'hôpital.

De cet échec historique, laissant le goût amer d'une incompatibilité entre la promesse émancipatrice individuelle et sociale, il restera toujours des traces, même en des temps plus libérés. Quelques années plus tard, en 1953, se produira la première scission dans le mouvement psychanalytique, qui en entraînera d'autres, le plus souvent liées au personnage de Jacques Lacan, alors qu'il s'engage dans une avancée théorique sur le traitement de la psychose. Derrière le reproche affirmé d'une pratique non orthodoxe, se dissimule l'agacement de l'association internationale dominée par les Américains de la place qu'il prend désormais comme théoricien, entraînant de saines polémiques mais également ignorance et anathèmes. Serge Lébovici, qui fut pourtant l'un des signataires de la condamnation de la psychanalyse en 1949, ce qui ne l'empêcha pas de devenir un personnage important de l'IPA, ne déclarait-il pas au début d'une conférence à l'Institut : "ceux qui pensent que l'inconscient est structuré comme le langage ne sont pas obligés de rester dans la salle" ?

C'est au travers de ces divisions et de ces affrontements dans le champ politique et dans le champ psychanalytique que se déroule la longue histoire du courant de psychothérapie institutionnelle, que je vais essayer de narrer, à ma manière, qui pourra être jugée subjective et partisane. Dans ce grand brassage d'idées, de projets, de réalisations et d'approches théoriques, des "tendances" se produiront, que je tenterai de dégager dans une dernière partie. En effet si tous s'accordent sur la nécessité de transformer le dispositif soignant (et je montrerai au passage comment le courant de psychothérapie institutionnelle se développe parallèlement et en parfaite complémentarité avec la mise en place de la politique de secteur), des divergences se manifesteront sur la place et la forme qu'y occupe la psychanalyse.

Je souhaiterais au préalable faire un arrêt sémantique sur le terme *institution* pour éviter les contresens. Contrairement à l'usage anglo-saxon pour qui l'institution est l'hôpital, d'où découle la "désinstitutionnalisation", pour désigner la prise en charge des malades hors de l'hôpital, *institution* désigne en français, d'abord l'action d'instituer, puis "tout ce qui est inventé par les hommes en opposition aux faits de

nature” (Litré). Nous désignons plus volontiers l’hôpital par le terme d’*établissement* et la démarche visant à le transformer et à traiter les malades dans le tissu social de “*désaliénisme*”. Le mot *institution* n’a pas dans notre langue de connotation péjorative. Il a au contraire des implications créatives, transformatrices, voire révolutionnaires. Saint-Just disait que plus la société crée d’institutions, plus l’homme est libre. C’est en effet la Révolution Française qui crée de *nouvelles institutions* face au système monarchique qui concentrait tous les pouvoirs en un seul homme, pouvoirs qu’il détenait de droit divin. Ces nouvelles institutions, créées par les représentants élus du peuple, chacun devra s’y soumettre, mais elles sont améliorables et révisables.

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 une 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.

## I — Les origines.

L’hôpital psychiatrique de **Saint-Alban** est situé dans le département de la Lozère, au cœur du Massif Central, le château d’eau de la France d’où partent les fleuves et les rivières qui coulent, les uns vers l’Atlantique, les autres vers la Méditerranée. C’est de là que partira le courant de psychothérapie institutionnelle. De 1940 à 1944 la population française connaît des restrictions alimentaires liées à l’occupation. Elles vont provoquer la mort de 40.000 malades hospitalisés. Ce drame touche tous les hôpitaux psychiatriques. Mais à Saint-Alban le personnel, les médecins et les malades organisent l’approvisionnement en aliments avec le complicité de la population. Durant cette même période l’hôpital accueille des résistants et des personnalités poursuivies par le régime de Vichy, dont le plus connu est le poète Paul Eluard. Cette lutte pour la survie introduit des changements sur le plan relationnel et sociologique. Ces changements se révèlent porteurs de modifications symptomatologiques et évolutives chez les malades.

L’arrivée de **François Tosquelles** en 1941, psychiatre Catalan contraint de fuir l’Espagne après la victoire de Franco, donnera ses fondements à cette nouvelle praxis. Ayant déjà une formation psychanalytique, il apporte avec lui deux ouvrages qui vont lui servir de bases de référence, le livre d’Hermann Simon qui rend compte de son expérience à Gütersloh et la thèse de Jacques Lacan sur la personnalité paranoïaque. Ces ouvrages ne sont pratiquement pas connus à l’époque en France. Il fait réaliser une édition clandestine des deux livres par l’imprimerie du Club des malades.

A **Hermann Simon** il emprunte l’idée qu’il faut à la fois soigner l’établissement

et soigner chaque malade, auquel il convient de rendre initiative et responsabilité, en multipliant les occasions de travail et de créativité. A **Lacan** il emprunte la démarche de compréhension de la psychose qui s'appuie sur les découvertes freudiennes. Le discours du psychotique a un sens ; encore faut-il se doter de moyens de lecture et de lieux pour dire. D'où l'importance des rencontres, des échanges et des réunions qui donnent toute leur place à la parole des soignants comme des soignés. Ce qu'il désigne comme "ergothérapie", "sociothérapie" constitue la trame sur laquelle se déroule la vie quotidienne des malades, support de la démarche psychothérapique. Il compare l'établissement psychiatrique à un service de chirurgie dans lequel l'asepsie conditionne l'efficacité de l'acte chirurgical. L'asepsie du milieu par la sociothérapie peut réaliser à elle seule un "pansement", mais elle est surtout la condition nécessaire à la réalisation d'une authentique psychothérapie.

Saint-Alban fait école. Parmi les internes qui feront choix de ce lieu de formation, pourtant bien déshérité sur le plan géographique, citons, parce qu'ils feront souche ailleurs, **Jean Colmin, Maurice Despinoy, Franz Fanon, Robert Millon, Jean Oury**. Ce dernier ouvre en 1951 au Château de Laborde près de Blois, où le rejoindra peu après **Félix Guattari**, une clinique dont la renommée n'est plus à faire comme modèle de psychothérapie institutionnelle.  **Ginette Michaud** et **Jean-Claude Polack** relateront dans leur livre "Laborde... un pari impossible" l'histoire de cette création.

L'hôpital psychiatrique de **Fleury-les-Aubrais** est situé près d'Orléans. **Georges Daumézon** en est le Médecin-Directeur. Reçu à 25 ans au concours du médocat, c'est son deuxième poste, qu'il occupe à la fin de la guerre. D'origine protestante, élevé dans un milieu humaniste, il avait fait sa thèse sur l'histoire du statut des infirmiers en psychiatrie. Il s'intéressait également aux problèmes sociologiques. Il dénonce, bien avant Goffman décrivant l'asile comme "institution totalitaire", le caractère aliénant de l'hôpital psychiatrique, montrant comment ce système hiérarchisé en castes place le malade au bas de la pyramide. S'inspirant de son expérience du scoutisme, il introduit de multiples activités distractives, culturelles, sportives auxquelles participe tout le personnel, y compris le personnel administratif et technique. Il crée des réunions de pavillons où sont dégagées les stratégies thérapeutiques de chaque patient, liant traitement biologique et psychothérapie, et où on débat des conflits et problèmes liés à la vie du pavillon. Nommé en région parisienne, il poursuivra cette démarche désaliéniste à **Maison-Blanche** avec la collaboration de ses deux internes **Philippe Paumelle** et **Philippe Koeklin**. C'est avec ce dernier qu'il rédigera en 1952 son article qui paraît dans les *Annales Portugaises de Psychiatrie* énonçant pour la première fois le syntagme "psychothérapie institutionnelle". Quant à Paumelle, il consacre sa thèse au traitement de l'agitation, et ceci, il faut le noter, en 1951, soit un an avant l'utilisation du premier neuroleptique. Il y décrit les expériences de Saint-Alban, de Fleury-les-Aubrais et de Maison-Blanche.

Daumézon attachera toujours une très grande importance au *rôle de l'infirmier* dans cette nouvelle stratégie thérapeutique. Il crée en 1949 des stages de formation dans le cadre des **Centres d'Entraînement aux Méthodes d'Éducation Active**, avec Germaine Le Guillant, permanente des CEMEA. Nés à la Libération d'un certain nombre de mouvements de jeunes, ils forment les moniteurs et les cadres des colonies de vacances. Les infirmiers qui sont accueillis dans ces stages vivent, dans une relation inversée, des activités collectives et créatives, qu'ils reporteront à leur retour sur leur relation avec les malades. Ils découvrent également de nouveaux modes

d'échanges avec les médecins qui encadrent ces stages. Ils sont initiés aux techniques liées à la dynamique de groupe ou au psychodrame. Il est vrai qu'ils éprouvent parfois une certaine déception lorsque, de retour dans leur service, ils se heurtent au conservatisme de l'encadrement infirmier ou médical. Daumézon organise alors des stages destinés aux surveillant-chefs, puis se décide à réunir les médecins eux-mêmes pour des journées de réflexion et d'étude qui se tiendront à l'**École expérimentale de Sèvres**.

Georges Daumézon est également le Secrétaire Général du **Syndicat des Médecins des Hôpitaux Psychiatriques**, fondé en 1945 sur la dissolution de l'Association Amicale des Médecins des Établissements Publics d'Aliénés. Cette première équipe est animée par une volonté novatrice fondée sur la condamnation de la conduite ségrégative de la société à l'égard des malades mentaux. Il s'agit tout à la fois, de *transformer* l'hôpital pour en faire un instrument de soins, véritable subversion par rapport à ce lieu concentrationnaire qu'il était devenu depuis plus d'un siècle et de *déplacer* la prise en charge du malade vers le tissu social, réalisant les prémices de la "politique de secteur". Je souligne au passage qu'à Saint-Alban, situé dans un département de 60.000 habitants, dont Tosquelles disait qu'il était "le jardin de l'hôpital", les interventions au domicile des malades, à la demande de la famille ou du médecin-traitant, étaient pratiques courantes.

On assiste ainsi à un renversement de la logique asilaire héritée du XIX<sup>ème</sup> siècle. D'une part l'érection de l'hôpital en appareil de soins rend nécessaire la neutralisation des effets pathogènes de la hiérarchie et de la division en castes. Il convient de substituer au système pyramidal, un dispositif horizontal où les multiples réunions permettent à la parole de passer sans "suivre la voie hiérarchique", où la parole libre permet l'émergence de la parole vraie, où la dimension humoristique soit considérée comme un élément fondamental de la thérapie. Félix Guattari proposera le concept de *transversalité* pour désigner ce nouveau mode relationnel où l'assujetti devient sujet.

D'autre part la rupture avec le dispositif asilaire fondé sur la technique de l'*isolement* est marqué par le fait que désormais le traitement du malade doit se réaliser *au plus près de son lieu de vie*. Pour donner corps à ce projet, est confié à une même équipe la prévention et les soins d'une masse géo-démographique à dimension humaine, désigné par le terme de "secteur". Pour répondre à tous les temps de la trajectoire thérapeutique de chaque patient, chaque secteur devra se doter de structures diversifiées implantées dans le tissu social, dispensaire, hôpital de jour, foyer d'accueil, appartements, ateliers, l'hôpital devenant désormais un, parmi d'autres, des éléments de cette panoplie.

Cet ambitieux projet, qui mettra de très longues années à aboutir, réalise un dispositif conforme aux usages hérités de la Révolution qui donne à tous les citoyens les mêmes droits, qui veut qu'un service public de même qualité soit mis à la disposition de tous les usagers. De fait la politique de secteur permet d'assurer des *soins d'égale valeur pour tous*, sans discrimination nosographique, géographique ou économique. Chaque malade, chaque famille sont assurés de trouver au plus près de chez eux, même dans les campagnes les plus reculées, une équipe de soins de même qualité susceptible de répondre à leur demande. On l'a parfois comparé au système scolaire mis en place à la fin du siècle dernier : une école par village, une école par quartier. Pour une masse géo-démographique de 60 à 70.000 habitants, c'est une même équipe médicale qui assure la prévention, les traitements hospitaliers et

ambulatoires dans les lieux d'accueil ou au domicile, permettant de réaliser pour chaque malade une continuité de la prise en charge tenant compte de toutes les étapes évolutives.

La politique de secteur c'est aussi l'action menée dans la collectivité desservie auprès des médecins, des travailleurs sociaux, des enseignants et d'une manière générale de tous ceux qui sont concernés par les problèmes d'hygiène mentale, par des rencontres, des conférences, des propositions d'actions communes. La sensibilisation aux problèmes de la maladie mentale, souvent vécue dans la population comme se résumant à l'asile où aux exactions des malades sortis trop tôt, peut être obtenue, avec des propositions d'aide et de soutien, au delà de la famille, auprès d'un entourage élargi, immeuble ou quartier. Bonnafé proposait, dans ces formules dont il a le secret, de faire appel "au potentiel soignant du peuple". A Fleury-les-Aubrais, l'équipe de football de l'hôpital, composée de membres du personnel et de malades, disputait des matchs avec des équipes locales. Tosquelles a, pendant de longues années animé le ciné-club de Saint-Chély d'Apcher où les spectateurs se pressaient pour l'entendre traiter de problèmes psychopathologiques.

Si l'on veut comparer ces deux orientations, qui mobilisent les psychiatres français dans les années d'après-guerre, avec ce qui s'est passé dans les pays anglo-saxons, on fait généralement référence à la notion de *psychiatrie communautaire*, anglicisme porteur de confusion. Il faut préciser en effet que le "traitement dans la communauté" équivaut à la politique de secteur et que les "communautés thérapeutiques" équivalent à la psychothérapie institutionnelle. Mais les différences ne sont pas que terminologiques. En Grande Bretagne par exemple, le traitement dans la communauté n'a pas eu ce caractère généralisé et uniforme lié aux traditions jacobines françaises. (bien qu'au long des années apparaissent des différences importantes dans l'équipement des secteurs). D'autre part les réalisations de communautés thérapeutiques ont presque toujours eu lieu hors des structures officielles et en particulier hors de l'hôpital jugé trop conformiste et inapte à toute modification ou innovation. D'où la part importante qu'y a pris l'"anti-psychiatrie", alors qu'en France elle n'a jamais été qu'une logomachie sans aucune portée pratique.

## II — Histoire ou légende ? Retour aux sources.

Je ne me cache pas que cette façon de narrer les origines de la Psychothérapie Institutionnelle risque de glisser vers le mythe ou le discours édifiant. François Tosquelles fait l'objet d'études, d'interviews. Un film vient de lui être consacré. Le risque est de donner de son personnage une image saint-sulpicienne : il est contraint d'interrompre sa psychanalyse pour, s'engageant dans les rangs du POUM durant la guerre civile, défendre la République Espagnole, puis passe la frontière avec, dans sa valise en carton, ses deux livres qui vont changer l'image de la psychiatrie française. D'abord rémunéré comme psychiatre par le Gouvernement du Mexique, le seul État qui ne reconnaîtra jamais le gouvernement de Franco, il occupera ensuite, cependant qu'il doit repasser ses examens de médecine, les statuts d'infirmier, d'interne, de médecin intérimaire, pour devenir en 1952 le médecin-directeur de Saint-Alban, "la Mecque de la psychiatrie".

Par bonheur Tosquelles, dont l'originalité du discours enchantait ses amis et effarait ceux qui croyaient n'y rien entendre seulement à cause de son accent catalan, mettait en garde contre toutes les formes d'achèvement institutionnel ou discursif,

préférant les “incomplétudes peu cohérentes”. Heureusement aussi, il existe chez tout “psychothérapeute institutionnel” une dimension ludique et iconoclaste. C’est même peut-être à ça qu’on les reconnaît : j’ai le souvenir de rencontres où, en présence de représentants d’autres courants nous nous apostrophions de manière très véhémement pouvant laisser croire à une rupture prochaine. Nous nous en amusions, la réunion achevée. Tout en restant attachés à un souci de rigueur, nous avions pour règle de ne pas nous prendre au sérieux. Une des formules préférées était “ne pas se prendre pour le médecin-chef”, ce qui sous-entend, non seulement un partage de l’information et du pouvoir, mais encore la capacité de distinguer entre rôle, statut et fonction dans la dialectique imaginaire symbolique.

Il nous est souvent arrivé d’évoquer avec, Jean Oury, la place occupée dans nos identifications par le personnage créé par Martin Brauner entre les deux guerres, qui paraissait chaque semaine dans le “Dimanche Illustré” en bande dessinée, *Bicot et le Club des Rantamplan*. Une autre évocation qui m’est plus personnelle, lorsque je raconte l’histoire de la psychothérapie institutionnelle avec ses deux villes repères dans l’hexagone, Saint-Alban et Fleury-les-Aubrais, est le livre de Jules Romain, *Les copains*. Penchés sur la carte de France, ils font choix d’Ambert et Issoire pour s’y livrer à leur salutaires facéties, dont la présence de l’un d’entre eux, nu sur le cheval de Vercingétorix, lors de l’inauguration officielle de la statue.

Cette incursion dans un imaginaire personnel ne me dispense pas d’une recherche plus sérieuse sur *les sources*.

Il y a d’abord l’apport des *pays anglo-saxons* : **Harry Stack Sullivan**, animateur du courant culturaliste, qui dès 1930 menait une recherche socio-psychiatrique pour le traitement des schizophrènes. **Kurt Lewin** et son laboratoire social, **Maxwell Jones** et la psychiatrie sociale, **Stanton et Schwartz**, **DS Lansen** et les thérapies de groupe dans une communauté thérapeutique, **Moréno** et le psychodrame, ainsi que le courant **Kleinien** qui s’est développé en Angleterre et en Argentine. On sait le reproche qui a été fait aux “culturalistes” d’avoir favorisé, dans une visée psychagogique, la psychologie de l’ego, affadissement de la psychanalyse. Il n’en reste pas moins que ce courant nous a apporté son expérience des phénomènes de groupes dans les structures de soins.

Viennent ensuite les *techniques d’éducation active*. Là aussi une image d’Épinal : Tosquelles empruntant à l’instituteur de Saint-Alban, qui appliquait les techniques de **Célestin Freinet**, son imprimerie pour le club de malades. De la classe coopérative naîtra après guerre le courant de **Pédagogie Institutionnelle** animé par **Fernand Oury** et **Aïda Vasquez**. Il s’appuie également sur **Makarenko** et ses “Poèmes pédagogiques”, sur **AS Neill**, “Libres enfants de Summerhill”, sur **JR Schmid**, “Le Maître camarade et la pédagogie libertaire”, **Elise Freinet**, “Éloge d’une pédagogie populaire”, **Fernand Deligny**, “Adrien Lomme”, “Les vagabonds efficaces”. **Deligny**, créateur de “La grande cordée”, qui prend en charge, à la Libération, des adolescents en difficulté, ne cessera pas de travailler à sa manière dans le champ de la psychiatrie, en accueillant dans les Cévennes des enfants autistes auxquels ils consacra de longues années de travail patient et de théorisation, en particulier sur les “lignes d’erre”, dont rendra compte un film qui eut beaucoup de succès dans les années 60, “Ce gamin là”. Toutes ces réalisations ont en commun de favoriser l’ouverture et la créativité, en donnant aux enfants, comme aux malades, initiative et responsabilité.

La troisième source est, bien entendu, l’entrée de la *psychanalyse* dans les

structures de soins publiques, après-guerre, dans un certain nombre de pays européens. C'est à ce thème que sera consacré le Congrès des psychanalystes de langue romane à Lisbonne en 1968. On constate que le retentissement de l'entrée de la psychanalyse dans les structures de soins publiques soulève les mêmes problèmes que chez nous. J'en extrais, à titre illustratif, une communication de deux collègues portugais, **Coimbra de Matos** et **Azevelo e Silva**, sur "Quelques recommandations à l'intention des réparateurs d'institutions psychiatriques usées". Sur la quinzaine de recommandations, je retiendrai la première et la dernière : "N'engagez pas de traitements individuels complexes (psychothérapies en particulier) avant d'avoir entrepris le traitement de l'institution elle-même. Faute de cette précaution vos entreprises thérapeutiques seraient déformées, déviées annulées ou rendues dangereuses ou pénibles"... "Ne croyez jamais que l'institution ait fini d'évoluer".

Mais c'est bien entendu à **Jacques Lacan** que nous allons pouvoir, en France, emprunter l'outillage conceptuel qu'il met en place dès le début des années 50. Son "retour à Freud" lui permet une avancée théorique sur le traitement des psychoses. Il nous propose ce qu'on peut appeler une "psychanalyse à trois dimensions" qui offre la possibilité de prendre en compte les aspects institutionnels. Par exemple la distinction entre privation, frustration et castration, articulée aux trois catégories de l'imaginaire, du symbolique et du réel, ou encore le tétrapode sur quoi s'appuient les quatre discours du maître, de l'hystérique, de l'universitaire et de la psychanalyse, selon la place qu'occupent respectivement S barré, "a", S1 et S2.

On pourrait également évoquer l'influence du structuralisme, de l'anthropologie ou de la linguistique, les emprunts à **Sartre** sur les concepts de "totalisation" ou de "pratico-inerte", ou à **Lévi-Strauss** qui met en évidence que toute société, même la plus archaïque est structurée par trois types d'échanges, échange des femmes, de paroles et de marchandises. Quant à la linguistique, elle permettra à Claude Poncin, qui venait de suivre l'enseignement de Gagnepain, de proposer — ce qui sera le sujet de sa thèse — le terme de "situème" pour désigner la plus petite unité distinctive dans le champ social, comparable au phonème pour le langage, et à Jean Oury d'évoquer la "gesticulation syntaxique" d'où pourraient surgir des effets de sens, ou encore les "calculateurs sémiotiques".

J'ajouterais que Tosquelles n'était pas seul à Saint-Alban. Balvet et Chaurand étaient là à son arrivée. Bonnafé les rejoindra en 1942. **Lucien Bonnafé**, c'est le surréalisme, la Résistance et le discours poétique. C'est lui qui appellera leurs rencontres où s'élabore une théorie naissante "Société du Gévaudan".

**Paul Balvet**, issu d'un milieu bourgeois, n'avait pas réagi de manière hostile au Gouvernement de Vichy. Saint-Alban sous l'Occupation lui fait découvrir des aspects sociologiques et politiques. Il lancera un cri d'alarme au Congrès de Montpellier sur les carences alimentaires qui mettent la vie des malades en danger. Il compare l'hôpital à l'usine où a pris naissance au siècle dernier le mouvement ouvrier. Il déclare au Groupe de Sèvres, sur les rapports médecins-infirmiers : "Il y a entre le métier de psychiatre et celui d'infirmier psychiatrique une homogénéité qui n'existe absolument pas entre le médecin de médecine générale et l'infirmier. Dans notre domaine, c'est plus deux stades d'un même métier que deux métiers différents." A son départ pour Lyon, pour faciliter le travail de deuil, Tosquelles proposera d'appeler le club de malades "Club Paul Balvet".

**André Chaurand** va plus spécialement s'occuper avec Tosquelles de la psychiatrie infantile dans l'hôpital et dans le département. Quand il quittera Saint-

Alban, il dirigera pendant de très longues années une École d'éducateurs près de Toulouse. Ils feront un travail de pionniers dans une pédo-psychiatrie qui prend à peine son essor, créant des structures nouvelles, découvrant chez des enfants réputés débiles profonds des personnalités psychotiques parfaitement améliorables. Tosquelles évoquera souvent cette "longue marche" et l'importance pour la formation du psychiatre de "l'enfance comme pratique", réfutant toute division entre une prétendue "psychiatrie d'adultes" et la *psychiatrie infanto-juvénile*.

### III — L'âge d'or.

Il couvre à peu près les deux décennies 1950-70. Seront menées parallèlement la transformation de l'hôpital pour en faire un authentique instrument de soins, véritable subversion de l'asile, et la multiplication des dispensaires avec les premières réalisations de secteurs. Deux personnages vont contribuer à cette extension qui va profondément modifier le paysage psychiatrique français.

**Eugène Aujaleu**, Directeur Général de la Santé, avec ses collaborateurs, **Pierre Jean** et **Marie-Rose Mamelet**, va faire paraître des arrêtés et circulaires ministériels témoignant de l'intérêt qu'ils accordent à la vie quotidienne des malades. La *circulaire 148* datée du 21 Août 1952, vise à faire disparaître tout ce qui de près ou de loin rappelle l'univers carcéral. Daumézon salue par un éditorial de *L'Information Psychiatrique* ce texte fondateur d'un renouveau de la psychiatrie hospitalière. Il recommande la disparition progressive des uniformes, en les remplaçant par des vêtements seyants et variés, et en permettant aux malades de conserver leurs propres vêtements, ainsi que leurs objets personnels, dont leur alliance, qui leur était systématiquement retirés. Les femmes cesseront d'être appelées par leur nom de jeune fille et devront disposer de garnitures périodiques (ce détail en dit long sur l'archaïsme de la vie dans les hôpitaux à l'époque). Les locaux devront être aménagés de façon agréable et conviviale : nappes sur les tables, rideaux aux fenêtres, horloges, postes de radio et même de télévision.

La circulaire exige que chaque service dispose d'une secrétaire médicale et d'une assistante sociale et rappelle les normes en personnel infirmier, qui n'étaient pas respectées dans beaucoup d'établissements. Ce document fut très important pour les psychiatres de ma génération. Il permit d'obtenir de l'administration un accroissement de personnel, des aménagements nouveaux et des équipements pour organiser le travail et les loisirs. L'hôpital ouvre ses portes à l'occasion de fêtes, de kermesses. Peu après, paraissent des circulaires sur les permissions et les sorties permettant de réaliser des séjours thérapeutiques.

Pour bien marquer la rupture avec la période asilaire, les hôpitaux neufs, programmés par le Ministère, prennent le nom de "Centres psychothérapeutiques". Ils sont conçus sur le modèle de l'hôpital-village avec des unités de soins de petite dimension et un centre social, lieu d'échange et de rencontres.

La *circulaire du 4 Février 1958* règle les problèmes du travail et de l'argent. Elle s'accompagne d'un arrêté qui renverse la logique asilaire dont le règlement-modèle édictait en son article 175 que "le produit du travail des malades appartient à l'établissement", en compensation des charges supportées par la collectivité pour leur hébergement. Le nouvel article établit que désormais "le produit du travail des malades appartient aux malades", venant confirmer l'anticipation incluse dans le règlement intérieur de Saint-Alban qui dès 1947 introduisait une clause restrictive à

cette absorption de la plus-value par l'hôpital lorsque la matière première et l'outillage était la propriété du club. Ce qui est rendu possible par ce nouveau texte nous fait découvrir que le maniement de l'argent par les malades eux-mêmes est un puissant facteur de désaliénation, permettant de distinguer ce qu'on désigne alors par ergothérapie des banales techniques occupationnelles.

Il faut enfin rappeler que c'est à Aujaleu, Jean et Mamelet que l'on doit le *décret-loi du 20 Mai 1955* qui met à la charge de l'État plus de 80% des dépenses des dispensaires au titre de la prévention et la *circulaire du 15 Mars 60* dont l'application effective à tout l'hexagone ne se réalisera qu'au début des années 70, car peu avant sa parution la France avait changé de république.

L'autre personnage qui va beaucoup contribuer à cette extension est **Henry Ey** dont l'influence l'a fait désigner comme le "pape de la psychiatrie". Il est conquis par les techniques d'ambiance et le rôle important qu'elles jouent tant dans le climat du service que dans l'évolution de chaque patient. Désireux d'aller plus avant dans la compréhension des mécanismes en jeu dans ce changement du milieu social, il m'invite un soir avec François Tosquelles rue Delambre. Il se montre intéressé mais néanmoins réservé sur l'importance que nous accordons au politique et au psychanalytique ainsi qu'au rôle joué par les associations amicales du personnel. Cependant il crée dans son service un club et une association. Celle-ci contribuera à l'organisation matérielle des célèbres "Journées de Bonneval". Il inspire à **Philippe Rappard** une thèse sur "les Clubs psychothérapeutiques".

La relire avec 40 ans de recul met en évidence des malentendus. Philippe Rappard relate les expériences réalisées dans quatre établissements, ceux qu'il appelle, selon une formule qu'il attribue à Tosquelles, "les quatre grands" : chez **Sivadon** au CTRS de **Ville-Evrard**, à **Bonneval**, à **Saint-Alban** et chez **Ueberschlag** à **Lannemezan**. Or chez ce dernier, à la différence des trois autres qui fonctionnent sur la base d'associations de la loi de 1901, tous les ateliers sont gérés par l'administration. Il met en place toute une organisation artisanale voire industrielle allant de la fabrication de tapis, de matelas, de sandales jusqu'aux pâtes alimentaires vendus ou utilisés par l'hôpital. Il crée une piscine, un bassin où évoluent des bateaux. Il organise des courses de chevaux. Mais dans cette néo-société qui fonctionne de façon quasi-autarcique, image d'un phalanstère musclé, il crée pour ceux des malades qui ne se plient pas à la règle ou ont une conduite antisociale une prison, ce qui va de pair avec les témoignages rapportés par certains de ses collègues sur ses violences physiques ou verbales à leur égard. La "salle de police du Docteur Ueberschlag" fera l'objet de virulentes critiques dans la presse professionnelle. Pour justifiées qu'elles soient, elles seront l'occasion de stigmatiser les créateurs de néo-sociétés, mettant dans le même sac Lannemezan et Saint-Alban. Il est certain qu'à l'époque nous n'avons pas pris garde de dénoncer comme il le fallait cet aspect caricatural de la psychothérapie institutionnelle. Philippe Rappard s'était contenté de souligner le caractère "paternaliste" de l'entreprise.

Si on pose un regard sur ces deux décennies, on ne peut s'empêcher de considérer de manière très positive les changements intervenus dans l'immense majorité des hôpitaux psychiatriques où existaient à minima dans chaque service un atelier et une table de ping-pong, transformant en erre de travail et en erre de jeu ce qui n'était jusque là qu'erre de gardiennage<sup>1</sup>. L'ergothérapie, la sociothérapie font

---

<sup>1</sup> Aire ? [NDC]

désormais partie de l'arsenal thérapeutique sous le regard approbateur et incitatif de l'autorité administrative et professionnelle. Si tous les effets iatrogènes ne sont pas éradiqués, au moins observe-t-on la disparition de certaines formes évolutives comme la catatonie ou le maintien durable d'un refus d'aliment, s'accompagnant d'une alimentation prolongée à la sonde.

Mais il faut bien constater que sont plus rares les services dans lesquels se déroulent de façon régulières de simples *réunions de pavillons* et, plus encore, où existent des *associations du personnel* et des *clubs de malades*. Il est vrai que les études médicales ne préparent pas à des interventions dans le champ social. L'Université dans ce domaine sont les auberges de Jeunesse, le scoutisme, le militantisme politique et syndical étudiant. De plus le club assorti d'un amicale du personnel met en oeuvre des mécanismes sociologiques qui conduisent à un partage du pouvoir. Le médecin-chef n'est plus le "patron" au sens archaïque du terme. A une logique monarchique se substitue une logique républicaine, qui n'est pas dans les traditions du milieu hospitalier, où le népotisme <sup>1</sup> est en vigueur.

Ainsi se produisent, de façon disparate, des transformations portant sur les aspects relationnels et la vie quotidienne dans l'ensemble des structures de soins. C'est à ces changements plus ou moins profonds qu'on accolera l'étiquette de psychothérapie institutionnelle, marquant également par là l'importance croissante de la psychanalyse dans la psychiatrie publique. C'est l'époque où, même si c'est pour certains un effet de mode, 9 internes sur 10 entreprennent une psychanalyse personnelle. C'est également l'époque des premières scissions dans le mouvement psychanalytique. Mais quelque soit leur appartenance, on observe chez les "psychanalystes de métier" un repli frileux et une crainte du galvaudage de leur pratique. C'est à l'occasion des rencontres de Sèvres que s'exprimeront craintes et réserves.

Le **Groupe de Sèvres** fonctionnera pendant deux ans. Daumézon nous convoque le 26 Mai 1957, non pas à Henri Rousselle où se tenaient traditionnellement les rencontres psychiatriques, mais "en un lieu plus dégagé du poids asilaire". Nous avons obtenu l'hospitalité du Centre International Pédagogique de Sèvres. De sa lettre j'extrais les passages suivants : "Voici sept ans qu'avec Mme Le Guillant nous organisons des stages de perfectionnement destinés aux infirmiers. Cette forme d'enseignement et d'action alors que quelques établissements tentaient, par l'introduction d'une vie sociale dans le vieil asile, de rompre la fatalité de certaines structures aliénantes. (...) [Mais] l'utilisation par des médecins et des administrateurs qui ne participant pas à nos perspectives des stages et de leur enseignement, donne lieu souvent à des résultats aussi aliénants que l'était l'asile traditionnel." Le caractère pessimiste de ces lignes est cependant tempéré par cette phrase d'inspiration marxiste avec laquelle il termine sa lettre : "Il n'y a pas de révolution sans doctrine révolutionnaire ; il n'y a pas de révolution sans parti, l'un et l'autre découlant d'une analyse lucide de la situation que nous vivons."

Vingt-trois personnes répondront à cet appel. Six réunions au total rassemblant jusqu'à quarante participants, psychiatres des hôpitaux, psychanalystes et psychiatres privés travaillant à temps partiel dans les établissements publics, moniteurs des CEMEA. Réunis pour traiter des stages et de la revue *Vie sociale et Traitement*, très rapidement le groupe dépasse cet objectif et abordera dans une attitude prospective

---

<sup>1</sup> Despotisme ? [NDC]

nombre des problèmes qui se posent à l'époque pour le devenir de la psychiatrie : formation des internes, hôpitaux de jour, évolution de l'hôpital psychiatrique, relation médecin-malade, soins à domicile, etc.

Le Groupe de Sèvres, c'est le retour au Groupe Batia, élargi à la génération suivante. Deux thèmes vont dominer les débats : la politique de secteur, la participation des infirmiers à la psychothérapie. Si sur le premier, le groupe se sent suffisamment cohérent pour proposer une action concertée au sein des sociétés scientifiques et des congrès, le second fait apparaître des dissonances surprenantes.

**Henri Duchêne**, qui fut le virtuose de l'organisation des dispensaires dans le département de la Seine, présente un rapport sur les "Tâches d'Hygiène Mentale dans la psychiatrie de secteur". Deux autres rapports sur ce même thème sont au menu de ce Dimanche 26 Octobre 1958 présentés par Bonnafé et Daumézou ainsi que par Follin et Koechlin. La riche discussion, au cours de laquelle Pierre Lambert relate son expérience de mixité à Chambéry et Philippe Paumelle son projet de création d'un secteur dans le XIIème, alimentera le rapport que Duchêne présentera en Juillet 59 au Congrès de Tours. Ce document remarquable inspire et précède de quelques mois la circulaire du 15 Mars 60.

Cette belle unanimité ne se retrouvera pas sur les différents rapports sur "La participation des infirmiers à la psychothérapie". Déjà Le Guillant exprime ses craintes en déclarant : "Je me suis souvent demandé si le sujet choisi pour cette réunion était un bon sujet. La psychothérapie en effet met en question des aspects essentiels de notre conception de la maladie mentale, et par suite les fondements mêmes de notre métier. Je crains que de ce fait bien de questions posées à ce propos le soient avec passion..." Il est vrai que Daumézou avait tenu à souligner que "trop souvent ce que le médecin appelle psychothérapie est la constatation de l'influence qu'il exerce ou croit exercer sur le malade... par le prêche ou l'autorité", à quoi répondait la définition proposée par Jean Oury : "Nous ne donnons le nom de psychothérapie qu'à une technique médicale particulière dont le prototype est la relation analytique". Son exposé, s'appuyant sur l'expérience de Laborde et de Saint-Alban, va susciter, de manière inattendue des critiques et des réserves chez les psychanalystes présents. **Jean Kestenberg**, qui effectue des vacances chez Le Guillant considère que "les connaissances psychanalytiques peuvent avoir, pour ceux qui n'ont pas reçu une formation spéciale, un double inconvénient : premièrement elles restent vides de sens et peuvent créer une nouvelle barrière entre les groupes par ceux qui soignent et ceux qui sont soignés, deuxièmement, inconvénient certain, ces notions demandent une connaissance précise et rigoureuse à défaut de laquelle elles risquent de perturber aussi bien les malades que les infirmières. C'est un peu jouer l'apprenti-sorcier que de déclencher des réactions profondes sans en manier aussi parfaitement que possible le contrôle". **René Diatkine** se fera plus insistant : "La compréhension des contenus inconscients, des pulsions, des conflits risque d'être infiniment plus éprouvant qu'utile et peut conduire à trois résultats : une érotisation plus ou moins poussée du personnel prédisposé, une réaction dépressive encore plus fâcheuse, une dévalorisation des mots et des affects entraînant un rejet aussi dangereux que le rejet nosologique" et d'ajouter : "quelque soit la valeur thérapeutique d'un service hospitalier, le personnel infirmier, par la nature même de sa position et de sa fonction, est particulièrement éprouvé et son intégrité mentale est toujours attaquée". Cette sollicitude jugée excessive par Gentis et méprisante par Oury, trouve un renfort inattendu chez Bonnafé qui redoute une formation partielle, un "teinture

psychanalytique” et chez Follin qui craint “une psychanalyse au rabais pour infirmier”. Après cette discussion orageuse, Oury prononce, à l’intention de ceux qui considèrent les infirmiers comme des soignants à part entière sa phrase devenue célèbre : “Les infirmiers ne sont pas plus cons que les médecins et les psychologues.”

Si on s’interroge sur cette levée de bouclier, on y voit, chez les “psychanalystes de métier”, sous tendue par une réaction de classe, la crainte de devoir partager leurs secrets de fabrication. La psychanalyse est chose trop sérieuse pour être placée dans des mains inexpertes et doit se dérouler, même dans une structure de soins, dans le secret du cabinet. Quant aux collègues membres du PCF, bien qu’ayant pris leurs distances avec leur déclaration de 1949, dénonçant la psychanalyse comme “idéologie réactionnaire”, ils conservent à l’égard de celle-ci une position ambiguë. En particulier, ils n’ont pas tiré tout le parti de l’avancée de Jacques Lacan qui, après avoir dénoncé à sa manière la dérive adaptative de la psychanalyse aux USA, développe une psychanalyse subversive, renouant ainsi, par son “retour à Freud”, avec les mots que celui-ci aurait dit à Jung devant les acclamations de la foule à leur arrivée dans le port de New York : “Il ne savent pas que nous leur apportons la peste”.

La dernière rencontre du Groupe de Sèvres aura lieu le 27 Avril 1959. Sa disparition, qui n’est pas étrangère aux désaccords sur le participation des infirmiers à la psychothérapie, marque un tournant. On entre dans une période de dispersion riche de réalisations mais également de divergences portant sur la primauté du politique ou du psychanalytique, sur le transfert dans la psychose, sur l’articulation de la psychanalyse avec les techniques d’ambiance et le rôle qu’elle joue dans le vie quotidienne. Ces divergences donnent naissance à divers courants qui tous se veulent novateurs sur le plan institutionnel et qui tous privilégient la psychothérapie, mais ne se réclament pas tous de la “psychothérapie institutionnelle”.

Pour l’heure, la majorité des collègues se tourne plus volontiers vers des procédures qui impliquent moins d’engagement et plus de facilité, ce qui permettra à certains d’annoncer dès le début des années 70 “la fin de la psychothérapie institutionnelle”.

#### **IV — Les coups de freins et les faux problèmes.**

L’utilisation de nouveaux médicaments dits “psychotropes” à partir de 1952, année de la découverte du premier *neuroleptique*, va donner un nouvel élan à l’optimisme thérapeutique et faciliter à la fois la mise en place de techniques relationnelles et d’ambiance et la possibilité de prise en charge des malades sur le mode ambulatoire. Leur usage nuancé et individualisé va permettre d’inscrire la prescription dans une démarche psychothérapique respectant la singularité de chaque patient. Il vient renforcer le “traitement du milieu” qui avait déjà permis de faire disparaître ces deux plaies du système asilaire, le gâtisme et l’agitation. Mais pour ceux qui n’avaient pas procédé préalablement à cette désaliénation et dont les malades vivaient encore sur un mode concentrationnaire, les neuroleptiques, abondamment distribués de manière systématique et uniforme, permettront, certes de faire disparaître les symptômes les plus gênant socialement, mais au prix parfois d’une cessation de toutes possibilités d’activités et d’échanges. C’est l’époque où l’on voit, dans les cours de certains services, des malades ralentis, figés, tremblants et bavant, ce qui avait amené des collègues à préconiser l’usage de neuroleptiques desinhibiteurs. Cet encouragement à la paresse va de pair avec l’importance que va prendre

progressivement la psychopharmacologie et la psychiatrie dite “biologique”.

Le deuxième facteur de freinage est, paradoxalement, l’extension au début des années 70 de la *politique de secteur*. Obtenant enfin, après un long combat syndical, un nouveau statut leur accordant un traitement décent et l’accord gouvernemental pour l’application de la circulaire du 15 Mars 1960, ils se lancent dans la mixité des services, la multiplication des dispensaires et la création de structures extra-hospitalières. Mais certains considèrent que seule compte désormais la prise en charge des malades hors de l’hôpital, où ils les ont généralement laissé croupir dans une situation à peine modifiée depuis la période asilaire. Ils ont alors beau jeu de dénoncer l’hôpital comme lieu de chronicisation que précisément leur passivité a entretenu. L’hôpital devient un mauvais objet en opposition à l’extra-hospitalier, lieu paradisiaque où la schizophrénie se dissoudra par la seule vertu d’un évitement de l’hospitalisation. Si celle-ci est parfois consentie, c’est à regret, témoignage d’un échec et comme une mauvaise action. Cette naïveté “écologique”, plus ou moins teintée d’anti-psychiatrie, réalise une véritable *fuite en avant* dans laquelle vont s’engouffrer ceux qui étaient restés inactifs dans l’hôpital où ils se contentaient de distribuer des médicaments.

Voilà un exemple de ce que j’appelle les faux problèmes. Au lieu de s’apercevoir que le fait qu’une même équipe s’occupe des malades tout au long de leur trajectoire thérapeutique induit une *nouvelle dialectique du dedans et du dehors*, ils s’en tiennent à une *position manichéenne*, la Société devenant une bonne mère et l’hôpital un lieu maudit. Certains pensent même qu’ils peuvent se passer totalement de l’hospitalisation plein-temps (ils laissent bien entendu cette charge aux collègues du secteur voisin) rejoignant ceux qui veulent “brûler les hôpitaux psychiatriques” et préconisent le modèle italien. J’ai proposé, pour tenter de sortir de cette fausse opposition, de prendre, pour imager le secteur, le modèle topologique de la *bande de Moebius* caractérisée par le fait qu’on peut passer d’une face à l’autre sans franchir de bord, mettant en évidence ce qui constitue l’essence du secteur, la continuité.

Pour en finir avec les faux problèmes, je rappellerai la prétendue opposition entre politique de secteur et psychothérapie institutionnelle, celle-ci laissant la place à la première en s’appuyant sur une approche historique simplette. Si elle a pris naissance dans l’hôpital, c’est parce qu’il n’y avait à l’époque pas d’autre lieu d’accueil de la psychose. L’hôpital doit être considéré, comme le rappelait récemment Hélène Chaigneau, comme le laboratoire où s’est élaborée cette nouvelle praxis liant le sociologique et le psychanalytique. Ceux qui ont pu, lors de leur fuite en avant vers les verts pâturages de l’extra-hospitalier, avoir l’illusion qu’il n’y aurait plus désormais de facteurs d’aliénation, ont bien dû convenir qu’un hôpital de jour ou un appartement thérapeutique n’échappait pas aux risques de chronicisation, et que dans une structure, aussi “intermédiaire” soit-elle, on ne pouvait méconnaître sans risque l’élément axial de toute visée thérapeutique pour l’individu comme pour le groupe, le conflit.

Cependant le mythe de la fin de la psychothérapie institutionnelle a la vie dure. Il transparait dans le rapport au Congrès de Caen en 1971 et dans les deux numéros spéciaux de *L’Information Psychiatrique* de 1970. Comme tout mythe, il a une fonction sociale, sans doute le maintien de la croyance en de bonnes institutions, les fameuses “alternatives”, qui, par le choix même de ce terme, désignent le bouc émissaire, le CHS. Il faudra le dynamisme d’un Pierre Delion pour qu’en 1983 paraissent deux nouveaux numéros spéciaux de *L’Information Psychiatrique* témoignant de l’actualité de la psychothérapie institutionnelle.

## V — La Société de Psychothérapie Institutionnelle.

Le GTPSI naît de la disparition du Groupe de Sèvres. Le 1er Mai 1960 se réunit à Saint-Alban un groupe restreint composé des médecins de Saint-Alban, **Roger Gentis**, **Yves Racine**, **Claude Poncin**, **François Tosquelles**, de **Jean Oury** avec des membres de l'équipe de Laborde, d'**Horace Torrubia**, et **Jean Colmin** et **Maurice Paillot**, anciens de Saint-Alban qui travaillaient depuis peu avec moi à Clermont-de-l'Oise. Il se donne le nom de **Groupe de Travail sur la Psychothérapie et Sociothérapie Institutionnelle** et se fixe pour objectif la réflexion et l'étude permettant une élaboration théorique avec des retombées dans le champ psychiatrique. Il concrétise un projet formé naguère par Jean Oury, Hélène Chaigneau et Philippe Koechlin de fonder le Parti Psychiatrique Français, projet qui n'eut pas de suite ne serait-ce que parce que le sigle évoquait un parti politique de sinistre mémoire. C'est dans cet esprit que sont élaborés des statuts dignes d'un organe de combat pour la relance de la Révolution psychiatrique, conduisant à une politique de recrutement fondé sur des critères rigoureux. Nous nous sommes livrés durant une demi-journée à ce qu'on a appelé "la séance des melons". En réalité cette inspiration "bolchevique" sera abandonnée dès la rencontre suivante où viendront nous rejoindre des collègues dont nous n'aurons tâté ni le fond ni la queue. Les statuts resteront ignorés et ne seront jamais déposés en application de la loi de 1901. 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 Rappard**, **Henri Vermorel** ainsi que **Félix Guattari** et **Jacques Schotte** de Louvain.

Il y aura durant cinq ans douze réunions. Elles se dérouleront le plus souvent dans des auberges de campagne, trois jours durant. L'ambiance y est conviviale, la parole est libre, on se raconte nos rêves, la nourriture est bonne. (Félix nous reprochera parfois d'y sacrifier les nourritures spirituelles et la rigueur théorique.) Le GTPSI fonctionne à la fois comme un groupe d'analyse et d'élaboration théorique et didactique. Nous venons y chercher un ressourcement pour poursuivre un travail souvent éprouvant, un contrôle proche du contrôle analytique, où est interrogé ce que Oury, faisant un emprunt à Szondi, désigne comme le "*désir opérotropisé*". La règle est de "ne pas s'en laisser passer une", règle aussi difficile à appliquer à la lettre que l'association libre. Chacun est là comme représentant d'un collectif. Il soumet au groupe son équation personnelle dans la mesure où le praticien, comme dans la relation psychanalytique est lui-même un élément du système institutionnel.

C'est également la recherche d'une "cohérence théorique", comme le dit Tosquelles, la fabrication d'outils conceptuels pour guider notre pratique mais également pour tenter de dégager la problématique spécifique de la psychothérapie institutionnelle. Nous ne craignons pas à l'époque de déclarer que la psychanalyse n'est qu'un cas particulier de la psychothérapie institutionnelle. Oury nous mâchait du Lacan, ce qui parfois indisposait ceux qui n'avaient pas un accès hebdomadaire à la parole du maître et mettait en lumière la question du leadership. Sans mettre en péril la cohérence du groupe, on observera des réactions d'agacement entre "saint-albanistes" et "labordiens".

Pour donner une idée de ces lignes de recherche où nous faisions feu de tout concept, fût-ce à titre provisoire, voici quelques uns des thèmes abordés :

“L'établissement comme ensemble signifiant”. “L'argent à l'hôpital”. “Fantasmatisation des réunions de thérapeutes par les malades”. “Les échanges matériels et affectifs dans le travail” (thème d'une table ronde qui s'est tenue en annexe du Congrès de Montpellier). “Fantasme et institution”. “Phallus et institution”. “L'Extra-analytique”. “La Neutralité”. “Le concept de production dans le collectif”. “Psychothérapie et institution” (préparation de l'article de l'Encyclopédie qui sera signé de Ayme, Rappard et Torrubia). “Transfert et institution”. “Notion de superstructure”. Le thème traité à notre dernière rencontre fut “Surmoi et institution”.

En 1965 le GTPSI se dissout et donne naissance à la **Société de Psychothérapie Institutionnelle**. Les motifs de cette décision tiennent à ce que nous étions sortis de notre semi-clandestinité et que nous subissions un envahissement incontrôlable ne nous permettant plus de fonctionner en petit groupe. Claude Edelman, journaliste et cinéaste, fait paraître dans l'hebdomadaire *Arts*, qui se déclare “l'hebdomadaire de l'intelligence française” (sic), une enquête sur trois numéros portant sur “les hommes du getepsi” et ce qu'il appelle “la psychiatrie totale”. Cet effet médiatique renforce le phénomène d'invasion de nos réunions sous le houlette de Félix Guattari. Il créa pour la canaliser la **Fédération des Groupes d'Étude et de Recherche Institutionnelle** regroupant des étudiants, des architectes, des enseignants et divers responsables d'institutions publiques ou privées. La FGERI crée la revue *Recherches* qui publie des numéros spéciaux sur la pédagogie, l'architecture et la politique de secteurs.

La SPI organise un réunion d'information le 31 Octobre 1965. Elle présente son bureau, ses objectifs et son mode de fonctionnement. C'est dans le discours inaugural que Tosquelles énoncera la fameuse métaphore des “deux jambes, la psychanalytique et la sociologique”. La SPI envisage la création de groupes régionaux ne réunissant pas plus d'une quinzaine de personnes, des groupes de recherche spécialisés sur des thèmes et des stages. Elle publie une revue dont il ne paraîtra que 6 numéros car en 1968 la SPI cesse de fonctionner.

Pourquoi cette disparition si rapide ? On a incriminé Mai 68 qui aurait entraîné le bateau sur sa vague déferlante et l'a fait échouer au moment du reflux. Mais d'autres explications doivent être trouvées. En Septembre 68 se tient à Baden, près de Vienne le Congrès International de Psychodrame dont Tosquelles est le co-président avec un collègue de Prague où devait se tenir le congrès. Celui-ci n'a pu venir à cause des événements. Guattari aurait souhaité profiter des circonstances qui nous laissaient le champ libre pour y développer nos thèses. Tosquelles a une position beaucoup plus en retrait. D'où des affrontements et une tentative d'explication en groupe restreint sans autre effet que cette déclaration de Tosquelles : “Ma carrière publique est terminée”.

Je pense pour ma part que la SPI a toujours révélé une certaine faiblesse sur le plan organisationnel par crainte de se transformer en société savante ou en association porteuse d'une doctrine. Je reconnais volontiers une responsabilité personnelle dans cette incapacité à organiser sous la bannière de la SPI congrès ou colloques car j'en étais le secrétaire général. Mais il m'a semblé que nous convenait fort bien cette position en parasite dans des rencontres initiées par d'autres associations, Association Internationale de Psychodrame, Association Internationale de Psychothérapie, Fédération des Association de Croix Marine, à la limite de l'“entrisme”.

C'est un peu cette même attitude, avec plus d'ambiguïté encore, que nous avons adopté à l'égard de la toute nouvelle École Freudienne. Lacan, désireux de créer une École et non une société de psychanalyste de plus, avait contacté un certain nombre

d'entre nous pour s'instruire sur les aspects institutionnels auxquels sa pratique ne l'avait pas préparé alors qu'ils étaient au coeur même de son projet. Mais ce fut sans lendemain. Nous aurions dû sans doute traiter de puissance à puissance. Il me semble que plus fondamentalement encore il y avait la crainte de tomber dans le "Nous", dont chacun sait que Jean Oury ne cesse de dénoncer les effets ravageurs.

La disparition de la SPI ne met pas pour autant fin au courant de psychothérapie institutionnelle. Un groupe régional au moins continue de fonctionner, le groupe de Brignac qui réunit régulièrement les collègues du Centre : Jean Oury et les médecins de La Borde, Pierre Delion, Jacques Henry, Alain Buzaré, Daniel Denis, d'Angers, Charles Dissez de Tours, Serge Drylewicz de Château-Renault, Martine Goethals de Cholet et Gaby Richon de Thouars. Mais surtout se développent des séminaires, colloques, journées, rencontres, organisées à l'initiative des Amicales ou Associations du personnel ou de collègues de divers établissements pour qui la vie quotidienne est le support de la stratégie de soins et qui considèrent qu'il faut traiter tout à la fois la structure soignante, quelque soit son niveau de modernité, et chaque malade dans sa singularité. Je cite au fil de la plume, quitte à endosser le reproche de me comporter en stratège du Café du Commerce plantant ses petits drapeaux sur l'hexagone : **Eve-Marie Roth** à Sarreguemines, militante de l'association Sar-Lor-Lux, **Marie-Françoise Le Roux**, qui a organisé la Journée Annuelle des Amicales à Landerneau en 92, **Michel Minard**, l'infatigable organisateur des Journées de Dax, **Paul Marciano et Hubert Tonnelier**, initiateurs des Journées de Saint-Alban, qui sont allés essaimer, l'un à Béziers, l'autre à Toulon, d'autres encore, **Richard Dabrowski** à Saint-Vallier, **Jean Darrot** à La Roche-sur-Foron, **Jean-Pierre Legendre** à Annemasse, **Michel Phérvong** à Rennes, **Michel Ribstein** à Montpellier, **Jacques Tosquellas** et **Antoine Viader** parmi les organisateurs des Journées de Marseille, **Dimitri Karavokyros**, le rassembleur des Journées de Laragne, et, en Région Parisienne, **Jean Artarit, Guy Baillon, Alain Certhoux, Jean-Jacques Gausse, Jean-Paul Liauzu**, sans oublier ceux qui travaillent dans des structures privées ou associatives comme la Fondation PI à Nantes, la Nouvelle Forge dans l'Oise avec **Loïc Loizel** et **Catherine Poncin**, Saint-Martin de Vignogoul avec **Hervé Bokobza** et **Jean-Marie Enjalbert**. J'ai sans doute fait des omissions et je prie ceux-là de m'en excuser. Ceux que je viens de citer me paraissent avoir en commun une certaine qualité de la relation aux psychotiques et une conviction du caractère indissociable et interactif du traitement de chaque patient et du traitement de chaque institution.

Cette démarche rend nécessaire l'usage des deux jambes. Comme le rappelait en 1965 Tosquellas, qui a toujours attaché dans sa pratique beaucoup d'importance aux problèmes locomoteurs, "pour que la première jambe ose se projeter dans le vide, tout le corps prend appui sur l'autre jambe, et ainsi alternativement. Hélas ! nous constatons que certains voudraient pouvoir avancer la jambe freudienne sans jamais bouger l'autre... Ne manquent non plus ceux qui font le choix unijambiste inverse". C'est de là que part ma réflexion sur les "tendances".

## VI — Les tendances.

Plus que de "tendances", ce qui supposerait leur maintien dans un mouvement unifié, c'est de "courants" qu'il faudrait parler. Ils résultent de divergences théoriques ou pratiques, conduisant à une démarche privilégiant une des deux jambes.

### A — La jambe politique.

Bien que beaucoup d'eau soit passée sous les ponts depuis la déclaration de 1949, dénonçant la psychanalyse comme "idéologie réactionnaire", "doctrine mystifiante", "technique ésotérique" et "conception idéaliste des rapports individu-société", il en demeurera longtemps encore méfiance ou réserve.

Parmi les signataires de ce documents, **Lucien Bonnafé, Sven Follin et Louis Le Guillant** vont être des militants parmi les plus actifs du désaliénisme et du renouveau des structures de soins après guerre. Les deux premiers, lors du colloque de Bonneval en 1946 sur "La psychogenèse des névroses et des psychoses", où Lacan fait une critique percutante de l'organo-dynamisme de Henri Ey, avaient tenté d'établir les bases d'une "psychiatrie concrète" en référence à Politzer. Ils tenaient à préciser que pour eux "la psychiatrie ne saurait se réduire à une simple spécialité médicale, pas plus que la folie à une simple maladie du cerveau". Tout en rejoignant Ey sur sa critique des "abstractions de la psychanalyse", ils ne rejettent pas certains apports "concrets" dont la notion de "contenu latent". Toutefois ils précisent : "le sens que nous donnons à la notion de contenu latent est très différent cependant de celui que lui accordent les psychanalystes. Pour eux le contenu latent traduit la vie des instincts (sic) et par là la psychanalyse ne sort pas de la mythologie".

Lors d'un nouveau Colloque à Bonneval de 1952, Le Guillant se livre à une véhémence diatribe de l'exposé de Tosquelles sur l'expérience saint-albanaise, considérant que les techniques de groupe "flottent à mi-chemin entre des concepts psychanalytiques imprécis et une sociologie approximative", ajoutant plus loin à propos de l'élection des délégués de malades que "les habitudes de soumission sont bien ancrées chez les hommes et, pour ma part, le climat d'un asile ne me paraît propice à leur abolition". Plus loin, il déclare : "Ces transformations à l'intérieur du dispositif de l'asile et de l'esprit qui l'inspire nous éloigne des vrais problèmes psychiatriques que sont l'étude des situations pathogènes qui aliènent les hommes, leur mode d'action et leur transformation. L'hôpital psychiatrique n'est ni un village, ni une usine et il n'a que faire de singer leur institution. Il (le malade) doit certes participer à des groupes, mais à ces groupes humains réels auxquels il appartenait et continue d'appartenir : sa famille et ses amis, son village et son pays, son syndicat et son parti. C'est là que s'est joué et se jouera toujours sa destinée." Tosquelles lui objecte qu'il scotomise précisément le rejet par l'usine ou la famille et qu'il suppose le problème de la psychose résolu.

On sait cependant l'importance du travail qu'ils réaliseront tant sur le terrain que dans le syndicat et à la commission des maladies mentales. Bonnafé, rejoignant Mignot à Sotteville-lès-Rouen après son passage à Saint-Alban, profitant de ce que l'hôpital avait été presque entièrement détruit par les bombardements, y réalisera une psychiatrie ouverte sans recours à la loi de 38. C'est également ce que fera Follin à Montauban après son passage comme assistant chez Sivadon à Ville-Evrard. Quant à Louis Le Guillant, il fut un des promoteurs de la politique de secteur et prend des risques en créant dans son services des ateliers gérés par le personnel et les malades ce qui lui vaudra d'être poursuivi pour "comptabilité occulte". A l'époque, le produit du travail des malades, en vertu de l'article 175 du règlement-modèle, appartient à l'établissement et ne peut être utilisé par un organisme privé comme une association ou un club de malades. C'est en partie pour le tirer d'affaire que paraîtra le décret du 4 Février 1958 qui modifie l'article 175 et attribue aux malades le produit de leur travail. Le Guillant met également en place des structures extra-hospitalières "à l'échelle humaine et créant des rapports moins impersonnels", selon les termes de son

exposé au Groupe de Sèvres. Il passe convention avec la Sécurité Sociale pour transformer son service en Centre de Traitement et de Réadaptation Sociale.

Durant mon internat, à la fin des années 40, ignorant à l'époque l'expérience saint-albanaise, ces personnages étaient à mes yeux les "trois mousquetaires" de la psychiatrie. Il s'y adjoignait, comme il se doit, un quatrième, Georges Daumézon. Il m'arrivait de me rendre dans son Service à Maison-Blanche. J'avais été séduit par la façon dont il en avait, en quelques mois, totalement transformé l'ambiance.

La mort de Staline en 1953 puis le rapport Krouchtchev en 1956, même si le PCF n'en a pas tiré toutes les conséquences qui s'imposaient, va gommer le caractère diabolique de la psychanalyse. Les collègues qui animent la revue "La Raison" prennent l'initiative d'une rencontre à Henri-Rousselle sur la psychothérapie, dont le compte rendu dans la revue s'intitulera, compte tenu du nombre de participants, "27 positions sur la psychothérapie". Le rapport introductif rédigé par **Bernard Muldworf et Paul Béquart**, pourtant engagés dans une formation analytique, reste marqué par une attitude de défiance et de démarcation. Ils reconnaissent son caractère incontournable, "quelque soient les réserves que la psychanalyse nous inspire en tant qu'anthropologie". Ils sont à la recherche d'une "psychothérapie scientifique au-delà de la psychanalyse", à la recherche de "significations", s'appuyant sur la "fonction relationnelle", visant à la "réadaptation du sujet à son milieu". Ils définissent la psychothérapie comme "l'utilisation à des fins thérapeutiques de la connaissance des lois du comportement de l'individu dans la société". On est en effet là bien loin de la psychanalyse dont ils réfutent le "postulat de l'inconscient" et la "notion de transfert". Ils lui préférèrent une "rééducation émotionnelle" avec "passage de l'affectif au cognitif" et une "prise de conscience de manière concrète et non intellectuelle" (?). On croirait ce texte rédigé par nos comportementalistes et cognitivistes contemporains, s'il n'y était fait référence au "concret", expression de la filiation politzerienne. Mais là encore leur appartenance politique ne leur permet pas de faire la différence entre le Politzer de 1929 et celui de 1939, qui a dû renoncer à une critique créative pour passer à une dénonciation systématique de la psychanalyse, après avoir, avant de tomber sous les balles nazies, avalé toutes les couleuvres que les virages stratégiques de Staline imposait aux partis frères.

On trouve également des "politico-thérapeutes" hors des frontières. **David Cooper**, par exemple, qui, sans aucune référence au freudisme, propose une démarche qui, dans le respect de la "métanoïa" et s'appuyant sur les analyses de Sartre, crée des lieux d'accueil et de vie en rupture complète avec la fonction médicale et le soin. D'autres anti-psychiatres pousseront encore plus loin en niant même la notion de maladie mentale, pur produit des contradictions de la société capitaliste, impliquant une démarche purement politique dans laquelle du reste la folie est réputée ferment révolutionnaire.

L'autre exemple est **Franco Basaglia**, dont les efforts méritoires à Trieste puis dans la création du mouvement de "Psychiatria Democratica", s'appuie sur une stratégie thérapeutique socio-politique sans qu'à aucun moment il soit fait référence aux concepts freudiens. Les troubles résiduels à cette démarche de désaliénation globale ne peuvent, à l'évidence, que relever du neurologique.

Si j'ai cité ces deux exemples, c'est pour souligner l'influence qu'ils ont eu, au moins dans les esprits, lorsqu'ils ont pu faire croire un temps qu'il était possible de faire une psychiatrie sans lits et sans "institution", au sens anglo-saxon du terme. Il est curieux de constater que les laudateurs de l'expérience italienne en France sont pour la

plupart marqués comme par une mémoire ancestrale, d'une condamnation de la psychanalyse adaptative à l'américaine dénoncée comme "idéologie réactionnaire".

## **B — La jambe sociale.**

Ceux-là n'ont à l'égard de la psychanalyse ni rejet ni méfiance. Elle est au contraire assez bien accueillie à condition qu'elle se tienne à sa place, celle d'une thérapeutique, parmi d'autres, destinée à la "relation duelle". Elle n'intervient pratiquement pas dans le cadre collectif et n'est pas convoquée à la transformation de l'appareil de soins. En revanche tout leur effort pratique et théorique porte sur l'aménagement de l'appareil thérapeutique, centré sur une visée rééducative et réadaptative.

### **— Paul Sivadon.**

Sivadon, dont on connaît la considérable activité déployée dans le champ psychiatrique et les fonctions importantes qu'il y a occupées (membre de la première équipe syndicale à la Libération, il en est le Secrétaire Général pendant deux ans, entre Georges Daumézon et Henri Ey, il devient en 1950 le premier Trésorier du Congrès Mondial de Psychiatrie et termine sa carrière comme Professeur à Bruxelles) a sans doute réalisé à Ville-Evrard après guerre un modèle d'organisation sociothérapique et réadaptative. Bénéficiant de relations privilégiées avec la Sécurité Sociale, il ouvre le 1er Janvier 1948 le premier **Centre de Traitement et de Réadaptation Sociale** résultant d'une convention entre la Préfecture de la Seine et la Caisse Régionale de Paris qui lui alloue, pour un effectif de malades ramené de 400 à 250, un complément de personnel tout à fait substantiel : deux collègues en position d'assistant, deux internes supplémentaires soit six au total, une deuxième assistante sociale, une deuxième secrétaire médicale, un kinésithérapeute et dix infirmiers moniteurs. Sivadon, avec les collègues qui viennent travailler au CTRS, dont Follin puis Chaigneau, va multiplier les clubs éphémères ou permanents associé à un club de post-cure, "l'Élan", tous coiffés par une association de la loi de 1901, "l'Élan retrouvé". Cette structuration permet de mener de front la thérapeutique par le travail et la réinsertion sociale des malades.

Concernant l'*ergothérapie*, Sivadon mène assez loin son effort de théorisation. Partant d'une critique de l'usage traditionnel du travail dans l'asile et des expériences de thérapeutique occupationnelle des anglo-saxons, il préconise différents niveaux d'activité en fonction des stades que peut franchir le malade dans des groupes de dimensions variées avec des tâches de difficultés croissantes. Il distingue des "niveaux fonctionnels" en fonction des trois aspects : biologique, psychologique et social. Sont également beaucoup utilisés les techniques de jeux et les activités sportives en vue de la "rééducation corporelle des fonctions mentales". Il fait appel à des masseurs, kinésithérapeutes et rééducateurs de la psychomotricité. Il ne manque pas de souligner l'importance des aspects relationnels des ateliers et des activités centrées sur le corps mais il ne considère pas que pour autant il existe une situation psychodramatique ou psychanalytique à utiliser.

Lorsque sur sa réputation d'organisateur et de novateur, la riche Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale lui demandera de créer des structures de soins qui échappent à la pauvreté de l'équipement du service public, il appliquera ses conceptions au Château de La Verrière réservé aux enseignants, en sélectionnant le personnel soignant et en créant sa propre école de formation.

Il inscrit dans l'architecture ses visées sociothérapiques. L'établissement

comporte sur 20 hectares, centre social, piscine, théâtre, ateliers, gymnase et 10 pavillons d'hospitalisation pour 300 malades regroupés en 3 "villages". Il précise dans un article de *L'Évolution Psychiatrique* l'usage qu'il entend faire de ce remarquable instrument, réservé au départ aux seuls enseignants mais qui prendra par la suite en charge le secteur d'implantation de l'établissement : "La cité psychiatrique doit comprendre des pavillons adaptés aux diverses catégories de malades et répondant aux exigences hygiéniques, thérapeutiques, psychologiques et sociales de ces derniers sélectionnés suivant leur mode de sociabilité".

Lorsqu'en 1965 le Ministère charge les Docteurs **Guy Ferrand** et **Jean-Paul Roubier**, programmistes hospitaliers, d'une étude sur les normes de construction applicables aux hôpitaux psychiatriques, ils rédigent un rapport sur "un hôpital urbain de moins de cent lits", programme qui ne verra jamais le jour mais qui aura au moins eu le mérite de réunir sur plusieurs mois des architectes, urbanistes, psychiatres et psychanalystes. Cet important travail permettra le parution d'un numéro spécial de la revue *Recherches* sur "Programmation, Architecture et Psychiatrie". Ferrand et Roubier font la critique de l'hôpital-village, observant avec ironie que, "parvenu à son degré de perfection, se pose avec une acuité grandissante le problème non pas des risques d'évasion mais bien celui des sorties". Ils préconisent, implantés dans le tissu social, des structures diversifiées répondant à tous les temps de la trajectoire thérapeutique de chaque patient. Ils tiennent à dissiper les illusions perfectionnistes en soulignant que "ce ne sont ni les lieux par eux-mêmes ni les activités par elles-mêmes, dont ils sont les supports, mais les rencontres, les situations interhumaines symboliques et fantasmatiques dont ces lieux et ces activités sont l'occasion qui doivent faire repenser les structures de l'hôpital psychiatrique". L'avenir n'est pas à la Cité psychiatrique mais à la psychiatrie dans la Cité.

Sivadon revendique son appartenance à la mouvance de la psychothérapie institutionnelle. Il accueille des psychanalystes et coorganisera avec Tosquelles lors du premier congrès international du psychodrame à Paris en 1964 une *table ronde sur le transfert*. Après l'exposé de Tosquelles qui souligne sa valeur opérationnelle et tente en toute rigueur de le sortir d'un certain confusionnisme conceptuel, l'équipe de la Verrière présente un rapport sur "*le contre-transfert institutionnel*". Ce texte semble avoir été en grande partie rédigé par **François Gantheret**, psychomotricien, sociologue et psychanalyste. Il s'appuie sur Kurt Lewin et la notion de "laboratoire social", mais également sur les avancées théorique d'Oury, de Tosquelles et de Poncin, dont il cite un extrait de sa thèse pour souligner que "la réalité institutionnelle est de l'ordre du récit" : "Il s'agit d'un ordre humain, où les lois n'existent que comme l'expression d'un ordre symbolique, le signifiant, dont l'origine semble être l'échange, clé de voûte de toute description ethnographique". Et il conclut : "L'existence d'attitudes institutionnelles dans la réalité thérapeutique se traduit par une Gestalt du groupe des soignants vis à vis des soignés, Gestalt qui n'existe en tant que phénomène contre transférentiel, qu'à travers le laboratoire social qui la met à jour pour la transformer : cette Gestalt représente l'articulation dialectique de la réponse au transfert institutionnel des malades, avec les données propres de l'institution." Mais Gantheret quittera la Verrière quelques années plus tard et désormais la psychanalyse y sera l'affaire des psychanalystes auxquels est confié le traitement individuel les malades et ne sera plus sollicitée pour mettre en lumière le "transfert institutionnel".

Dans le rapport sur "Les thérapies institutionnelles" au Congrès de Caen en 1971 est citée cette remarque d'un "grand psychiatre contemporain", dans la partie

probablement rédigée par Hélène Chaigneau : “Tout ça vient de l’infiltration de la psychanalyse. Les thérapies institutionnelles on ne s’en sort pas parce que on ne peut rien organiser sur le processus primaire de l’inconscient.” Je ne suis pas loin de penser que cette citation est de Sivadon. Mais même si cette hypothèse est fautive, je tiens de lui combien il supportait mal cette prééminence donnée à la psychanalyse dans le mouvement de psychothérapie institutionnelle et en particulier aux avancées théoriques de Lacan auxquelles nous nous référons si fréquemment. De vieilles rivalités d’internat lui faisaient trouver particulièrement intolérable qu’il apparaisse en position de théoricien dans un domaine étranger à sa pratique.

#### — L’ASEPSI et les “désinstitutionnalistes”.

Le fondateur et principal animateur de l’**Association pour l’étude et la promotion des structures intermédiaires** est **François Reverzy**. J’aurais pu le classer dans le groupe des “politico-thérapeutes” du fait de son engouement pour Basaglia et même pour Thomas Szasz, ainsi que sa condamnation de la société capitaliste qu’il désigne plus volontiers comme “stalinienne et gaulliste”. Cependant il m’a paru plus conforme à la mission de l’Association et de la revue “Transition” de les placer sous la rubrique de la jambe sociale.

En 1978 Reverzy et **Jean-François Dameron** présentent au Congrès du Syndicat des Psychiatres de Hôpitaux un rapport sur les “structures intermédiaires”. Je crois que le terme leur revient. L’année suivante ils organisent à la Faculté d’Orsay des journées sur les *Appartements thérapeutiques*. Au delà de toute attente, elles rassemblent près de 800 participants. Pressentant cette attractivité, j’avais pris la précaution d’y présenter une communication sur une expérience d’appartement mis en route depuis deux ans, pour que la psychiatrie publique y soit présente et ne pas laisser le terrain libre à ses pourfendeurs. En 1980 l’ASEPSI organise à Paris des Journées sur la *désinstitution* où se rassembleront plus de mille personnes. Il s’agit de “faire dépérir l’Institution psychiatrique, innover, créer de nouveaux points d’accueil, de nouveaux espaces de vie ou de soins”. Pour tenter de remettre les pendules à l’heure en ce qui concerne l’usage du terme d’“institution” et contrer les propos démagogiques de Reverzy, j’y présente une communication sur *l’institution secteur*, nouvel espace d’accueil et de travail des psychiatres des hôpitaux conquis de haute lutte sous différents gouvernements. Il va de soi que se voient reprocher le retard mis à son application ces “psychiatres anachroniques qui, non contents de s’appuyer sur Freud et sur Marx, ont la prétention d’être nommés responsables et gestionnaires de services à titre quasi définitif jusqu’à leur retraite sans aucun contrôle des usagers”.

Cette citation n’est qu’un extrait bien modéré de propos qui, relayés par la grande presse, visent à faire table rase de tout l’effort de créativité mené depuis la Libération. Ignorant tout de la psychothérapie institutionnelle, les *transitionnalistes* se lancent dans des formules qui se veulent novatrices, y incluant les colonies familiales conçues il y a un siècle pour désencombrer les asiles de la Seine. Ils proposent un mode relationnel et des activités dans les structures de soins new-look à l’identique des réalisations mises en place dès après guerre, ce qui me faisait dire qu’ils avaient réinventé la bicyclette.

Très admiratif de l’expérience italienne et de l’efficacité américaine — Reverzy n’écrivait-il pas : “On est loin de l’inertie et de l’interminable phraséologie négativiste qui sévit dans les institutions françaises” — ils préconisent des secteurs sans lits d’hospitalisation et des lieux de vie où l’amour remplace la technocratie médicale. Les événements survenus dans un de ces lieux de vie “le Coral”, qui sera l’objet de

poursuites judiciaires, donnera un coup de frein à l'enthousiasme militant de l'ASEPSI. La prise d'un poste par Reverzy dans un département d'outre-mer coïncidera avec l'extinction de la revue. Il n'en reste pas moins que la lecture de ses 24 numéros est très riche d'informations sur un mouvement qui pendant une quinzaine d'années avec son caractère brouillon et démagogique, à l'opposé de la rigueur monastique des "gétépsistes", vient prendre une place que l'incapacité organisationnelle de ceux-ci a laissée vide.

#### — La Réhabilitation.

Loin du bouillonnement idéologique de l'ASEPSI, avec l'ASFFALTA, le GERART, l'APPART, on a affaire à des techniciens de la réinsertion sociale. S'ils ont une formation psychanalytique, celle-ci n'intervient pas dans la démarche, qui se veut pragmatique et adaptative. On pourrait dire, paraphrasant Lacan à propos de la guérison dans la psychanalyse, que la thérapeutique n'intervient que de surcroît.

Première créée, au milieu des années 80 par **Gilles Vidon**, l'**Association Française des Foyers, Appartements et Logements Thérapeutiques et Associatifs** vise "l'hébergement thérapeutique" comme "alternative à l'hospitalisation". L'objectif est de permettre au malade d'échapper à l'hôpital psychiatrique dont la disparition est annoncée comme facteur de chronicisation et d'excès de dépenses. Apparemment libératrice, cette démarche s'inscrit dans une logique "civilisatrice" où le malade reste dépendant affectivement, juridiquement et économiquement. Il n'obtiendra son indépendance qu'au terme d'une "réhabilitation", nouvel anglicisme à la mode. C'est le retour au traitement moral, mais hors l'hôpital.

Ces nouvelles associations rejoignent dans leur esprit et leur finalité la Société Parisienne d'Aide à la Santé Mentale créée il y a de nombreuses années à Paris. Elle gère un hôpital de jour, un foyer, une structure d'aide au reclassement professionnel. Elle est dirigée par **Bernard Jolivet**, qui est également Président de la **Fédération des Sociétés de Croix-Marine** et fervent adepte de la réhabilitation.

#### — Le Systémisme.

Les théories de la communication et les travaux de l'École de Palo Alto ont pénétré en France le champ psychiatrique il y a une vingtaine d'années, surtout en offrant une pratique centrée sur la thérapie familiale. Cet emballement a été parfois tempéré par un jumelage avec la psychanalyse. Toutefois en toute rigueur et orthodoxie systémiste l'analyse et l'intervention sur le milieu laisse dans un au-delà ou un en deçà la psychanalyse et la sociologie puisqu'ils s'en tiennent à repérer des phénomènes dans une démarche qui s'apparente, en fonction des deux niveaux qu'ils décrivent, à la gestalt-thérapie et au structuralisme. L'intérêt pour ces techniques s'inscrit dans un période où sont renvoyées aux oubliettes de l'histoire les références à l'inconscient et à la lutte de classes. Elles ne menacent pas l'ordre établi ni l'équilibre réputé fragile des infirmiers et permettent de réduire les conflits sans soulever la problématique du désir et du fantasme ni prendre parti sur les antagonismes liés aux aspects matériels et culturels.

**Jean-Claude Benoit** est celui à qui, en France, on doit sans doute le plus grand nombre de travaux et de publications sur les théories systémiques et leur application en psychiatrie. Il a présenté, au Congrès des psychiatres de langue française à Luxembourg en 1984, un rapport sur *Les théories systémistes et la thérapeutique institutionnelle*. Son référent en la matière est Paul Sivadon.

Les différents courants se réclamant de la thérapeutique institutionnelle lui

paraissent se situer “dans l’empirisme et l’intuition”. Au demeurant les références à la sociologie d’une part, à la psychanalyse d’autre part, sont pour lui “trop lointaines ou trop duelles” et ne permettent pas de dégager “l’ambiguïté des liens problématiques”. Il ne suffit pas de vouloir “désinstitutionnaliser” et “dépsychiatriser”, encore faut-il, “accueillir la complexité” qui provoque “incertitude, perplexité et confusion”. Pour sortir de *l’hypercomplexité* de toute société et de la pathologie relationnelle il nous propose ses petits appareils systémistes qui ont fait leur preuve dans la thérapie familiale. On sait en effet qu’il existe des systèmes “hyperhoméostasiques” comme les “familles à transaction schizophrénique” où tout changement prend l’allure d’une crise grave. Il en va de même dans l’hôpital, “lieu modèle de la discordance” et les autres structures de soins où peuvent être à l’œuvre “disqualification et auto-disqualification”, “disconfirmation aliénante et auto-disconfirmation psychotique”, ainsi que les “triades hiérarchisées”. Il nous propose une vision globale, la *théorie des réseaux* et la lutte contre le phénomène pathologique de *l’institutionnalisme*.

A y regarder de plus près, on découvre, derrière cette terminologie, une pratique, et même des références théoriques qui offrent des éléments de proximité. Ainsi de l’effet Stanton et Schwartz, de la boîte noire, de la triangulation, même si elle ne se veut pas oedipienne, de l’importance de l’accueil, des groupes de contrôle. Le “malade-symptôme” est appelé le “patient désigné”. Le rapport emprunte allègrement, en l’attribuant aux théories systémistes, à Freud le sens antithétique des mots, à Guattari la transversalité. Comme aimait à le rappeler Lacan, il n’y a pas de propriété intellectuelle.

L’important est qu’avec cet outillage conceptuel, Jean-Claude Benoit réalise un traitement du milieu soignant en demeurant très attentif au repérage des conduites pathologiques liées au contexte et aux fausses manoeuvres de l’entourage, y compris l’équipe soignante et qu’il accorde toute sa place à la parole.

### **C – La Jambe psychanalytique.**

Accueillir la psychanalyse dans un lieu soignant, beaucoup s’y emploient depuis des années, soit par une démarche subversive dans des lieux traditionnellement consacrés à la ségrégation et à l’enfermement, comme le firent les pionniers, soit en créant un lieu d’accueil neuf sans héritage aliénant, où la psychanalyse trouverait tout naturellement sa place. Or l’histoire nous a appris que toute société, même neuve et quelque soit la pureté des intentions de ses fondateurs, secrète de par l’articulation de l’imaginaire et des réalités juridico-économiques des facteurs d’aliénation. Et à vouloir en protéger la psychanalyse, celle-ci court le risque de demeurer une pièce rapportée si le milieu n’est pas travaillé avec un outillage conceptuel, qui emprunte certes à la sociologie, mais également à la psychanalyse elle-même.

Pour cet accueil de la psychanalyse il ne suffit pas de faire entrer *un* psychanalyste (à ce compte tel service centré sur la psychopharmacologie ayant recruté un psychanalyste-gadget ferait de la psychothérapie institutionnelle), ni même un bataillon de psychanalystes, mais la psychanalyse comme un fait de culture pénétrant tous les rouages de cette micro-société, y compris sous ses aspects socio-économiques et gestionnaires. Rien n’autorise en effet à user des concepts analytiques en dehors de la cure si le milieu n’est pas structuré et travaillé pour en permettre l’usage sur la trame de la vie quotidienne.

C’est sur cette problématique de l’“extra-analytique” et de son corollaire la “psychanalyse pure” (chez certains schizophrènes elle peut n’avoir pas plus d’effet

que les prières pour faire tomber la pluie), que se dessinent des variantes, où la jambe institutionnelle reste plus ou moins empêtrée dans le gestionnaire.

Je vais tenter de rendre compte, sans prétention exhaustive et d'une manière sommaire, renvoyant le lecteur aux écrits de leurs promoteurs, ces expériences et ces praxis où se rencontrent psychanalyse et institutions.

— **Maud Mannoni et l'École expérimentale de Bonneuil.**

Chacun connaît l'importance du travail mené par Mannoni auprès d'enfants psychotiques tant à Bonneuil que dans les "institutions éclatées" que sont les placements à la campagne ou à l'étranger, dans des conditions très diversifiées avec un suivi de l'équipe de soins. On sait également l'importance du travail théorique qui a fait l'objet de nombreuses publications et ouvrages.

Toutefois est exclu du champs d'exploration et d'intervention tout ce qui relève du social. Le domaine de la gestion et de l'administratif doit être tenu le plus en marge possible de l'action pédagogique et psychanalytique. Le personnel dans son ensemble doit contribuer à l'oeuvre commune sans conflit, sans désaccord (il n'y a d'ailleurs pas de lieux où les traiter si ce n'est un affleurement perceptible lors des Conseils d'administration). Sa position de leader se maintient par son charisme renforcé par une infirmité déclarée sur le plan économique et politique. Son attitude anti-médicale n'a d'égale que son attitude anti-administrative : Bonneuil est victime des petits chefs qui sévissent dans les administrations, en particulier à la DASS. Sa stratégie a toujours été d'en appeler directement aux Ministres et aux différents Présidents de la République pour résoudre des difficultés rencontrées dans la gestion de l'établissement. La psychanalyse peut ainsi garder sa pureté et la cohésion du groupe se maintient pour se défendre contre un ennemi désigné.

Il faut cependant souligner toute l'énergie déployée, toute la passion que Maud Mannoni et son équipe mettent au service d'enfants et d'adolescents psychotiques très gravement perturbés qu'ils vont suivre aussi longtemps qu'il le faudra et où qu'ils soient accueillis, dans l'hexagone comme à l'étranger, et les résultats remarquables obtenus au regard de pronostics antérieurs. Il faudrait également évoquer le travail effectué avec les familles et les objectifs de la stratégie thérapeutique, en particulier l'acquisition de repères et la possibilité de dépassement.

Maud Mannoni organise en Octobre 1967 une rencontre internationale avec la participation de Winnicott, David Cooper, Ronald Laing, Jacques Schotte et Lacan. Ces travaux feront l'objet de deux numéros spéciaux de *Recherches*, ayant pour titre *Enfance aliénée*. Dans son introduction aux Journées, elle dénonce "l'aplatissement subie par la théorie freudienne" fondée sur des "critères adaptatifs", les notions de "moi fort" et de "rôle parental sécurisant". Elle ne craint pas d'énoncer : "La psychiatrie et la psychanalyse ont failli prendre dans l'histoire le relais de la Police et de l'Église défenseurs de la moralité."

— **Philippe Koechlin et l'hôpital Charcot.**

Lorsque Koechlin ouvre en 1960 l'hôpital dont il va avoir la direction dans les Yvelines il rédige une plaquette de présentation de l'hôpital destinée au personnel qu'il va recruter, en particulier aux futurs infirmiers, qui se termine par cette formule : "Ici le véritable directeur c'est le malade", marquant son intention d'inverser les valeurs hiérarchiques traditionnelles.

N'étant pas lui-même psychanalyste, il recrutera un psychanalyste, **Dominique Géachan**, auquel il accordera une position très importante dans l'établissement. Il ne

reste plus dès lors qu'à s'assurer d'une "gestion institutionnelle saine et réfléchie et par suite accueillante avec le psychanalyste". Il va avoir à prendre en compte ce qu'il appelle la "relation psychanalytique" ou la "situation psychanalytique" dans un contexte institutionnel où Koechlin a voulu "favoriser au maximum toutes les rencontres sans que la pression hiérarchique compromette l'authenticité de l'expression du malade". Il ajoute que "l'institution peut permettre que la relation avec le malade soit plus facile à supporter puisqu'il pourra multiplier et diffuser ses réactions transférentielles aux différents objets institutionnels".

Ces quelques citations sont extraites des rapports introductifs de Koechlin et Géachan au Colloque de l'hôpital Charcot du 22 Mai 1966 sous le titre : "Psychothérapie *au travers* de l'institution psychiatrique". Le titre choisi, à lui seul, marque bien la particularité du dispositif mis en place où la fonction analytique et la fonction gestionnaire sont traitées par des procédures distinctes et confiées à des personnages aux statuts différents. L'accent est également mis sur le fait que, même partie intégrante de l'équipe soignante, le psychanalyste ne peut avoir les mêmes objectifs que le psychiatre, le souci normalisateur de celui-ci ne saurait s'appliquer au premier. Lors de la discussion, Ginette Michaud fait observer que, si la place *du* psychanalyste dans l'institution est importante, plus importante encore est la place *de* la psychanalyse et qu'il est possible de parler d'"institution psychanalytique". Jean Oury critique l'opposition entre fantasme et "réalité". Pour lui le psychiatre n'est pas le "représentant de la réalité", mais il occupe une position symbolique et se trouve souvent en position de représentant de l'inconscient.

Il sera également question de l'engagement des infirmiers dans la relation psychothérapique. C'est là qu'**Augustin Jeanneau**, qui fait à l'époque partie des médecins de Charcot, renoue avec les positions des psychanalystes de l'Institut aux Journées de Sèvres : "Non que l'infirmier doive être considéré comme moins intelligent bien sûr, mais tout simplement moins rompu à la verbalisation, les mots que nous lui donnons sans le savoir, restent pour lui des instruments moins maniables, moins évocateurs des phénomènes affectifs auxquels il s'adapte plus difficilement. Et puis, il vit plus longtemps que nous avec les mêmes malades ; c'est peut-être la véritable distance qu'il ne peut pas prendre". Il ne fait que reprendre le thème qu'il avait déjà développé dans son article "Du collectif à l'individuel" : "La plupart font tant de choses dont nous ignorons l'existence et qu'il comprennent mieux que nous, tandis qu'une initiation imprudente à la psychopathologie est parfois si catastrophique. Alors qu'ils pensaient être et représenter pour le malade une réalité solide et sans problème (sic), n'est-il pas cruel parfois de les éveiller aux motivations profondes de leur comportement, sans que leur soit donnés les moyens de les comprendre et de les assumer, les abandonnant ensuite à l'angoisse, toute défense abolie devant un malade qu'ils devront alors supporter pendant huit heures."

Certes Koechlin critique ces réserves à l'égard des infirmiers auxquels il entend accorder une position de soignant à part entière, mais il n'est pas entièrement maître d'un jeu où la plate opposition entre l'imaginaire et la "réalité" prive la référence théorique du tripode lacanien articulant symbolique, imaginaire et réel. C'est en cela qu'on peut se demander si, quelque soit la richesse du travail accompli à Charcot, il ne relève pas plus de la psychothérapie en institution que de la psychothérapie institutionnelle.

— **Paul-Claude Racamier et l'expérience du XIIIème.**

"Le psychanalyste sans divan" est le titre d'un ouvrage collectif paru en 1970

sous la direction de Racamier s'appuyant sur l'expérience pilote du XIII<sup>ème</sup> arrondissement de Paris. L'objectif de **Philippe Paumelle**, fondateur de ce secteur expérimental, était de rendre possible la psychanalyse dans un dispositif de soins public. Il commence par créer des consultations, puis des structures extra-hospitalières pour, dans un deuxième temps, ouvrir un hôpital. Il fait appel à un certain nombre de psychanalystes dont **René Diatkine** et **Serge Lébovici**. Les rejoindront plus tard Jacques Azoulay et Augustin Jeanneau.

Durant la période de mise en place de ce nouveau dispositif de soins, la psychanalyse reste une affaire de relation duelle, y compris pour les psychotiques hospitalisés. Un fait illustre cette volonté de préserver le champ du langage de toute intrusion parasite. Les deux premiers internes de l'hôpital de Soisy au moment de l'ouverture sont Georges et Michèle Ostapzeff. Celle-ci vient de terminer son internat à Clermont-de-l'Oise. Ils me diront leur surprise de recevoir la consigne d'éviter tout dialogue avec un grand nombre de malades désignés comme étant en psychanalyse. Celle-ci ne doit pas être mêlée au "vil plomb" d'une banale psychothérapie, ce qui exclut du même coup les infirmiers, conformément aux prises de positions d'un certain nombre de psychanalystes aux rencontres de Sèvres. Lébovici, qui n'y participait pas, déclarait de son côté en 1949 : "Je ne pense pas personnellement qu'on puisse envisager de faire des infirmiers de véritables psychothérapeutes auxiliaires."

Cependant Racamier qui avait eu durant quelques années une pratique en hôpital psychiatrique, s'était aperçu qu'il n'était pas possible d'isoler la psychanalyse de la vie quotidienne. Dès qu'elle était introduite dans une structure de soins, il se produisait, comme l'écrira Hélène Chaigneau, "une porosité entre l'analyse et l'institution". Il écrit, à propos de la mise au point "des conditions institutionnelles propres à garantir un exercice satisfaisant des psychothérapies psychanalytiques chez les psychotiques" : "C'est l'institution toute entière, c'est à dire l'ensemble organisé de l'équipe traitante et des malades en un ou plusieurs dispositifs différenciés, c'est cet ensemble même qui doit être constamment étudié, analysé, orienté, voire même soigné. Il est vrai que les institutions peuvent tomber malades ; il en est qui le sont de naissance, et il en est qui meurent. On ne saurait présenter toute la clinique de cette sociopathologie particulière."

On le sent là très proche de Tosquelles proposant, dès les débuts de l'expérience de Saint-Alban, "d'inventer l'analyse relationnelle, sociologique et structurale du microcosme hospitalier". Mais Tosquelles ajoute que puisqu'il n'est pas possible "d'analyser une fois pour toute la constellation inter-relationnelle signifiante d'un service, il devient indispensable de créer des organes d'analyse permanente." Très proche également de la formule proposée par Jean Oury à l'origine de La Borde : "tenter de créer un système de médiation contrôlée médicalement entre l'ensemble du personnel et l'ensemble des malades."

Mais là s'arrêtent les similitudes. Les divergences sont repérables sur plusieurs points :

— La place et le rôle de l'infirmier. Racamier distingue entre ce qu'il appelle les "traitements spécifiés", dont la psychanalyse, qui ne peut être l'affaire que d'un psychanalyste, et les "soins institutionnels" qui est l'affaire des infirmiers s'adressant "au moi des malades".

— Une conception restrictive de transfert dans la psychose. Il écrit, à propos de contre-transfert, "de même que le transfert psychotique est actuel et diffus ou polyobjectif, le contre-transfert est élargi au-delà du cadre psychothérapique, ce qui

lui fait en toute rigueur perdre la dénomination spécifique de contre-transfert” ; il ajoute cependant, “mais ne lui fait rien perdre de son pouvoir”. Mais alors, qu’importe le flacon....

— Une distinction entre le “gestionnaire” et le psychothérapeute. Avatar de la fameuse “neutralité”, celui qui exerce une fonction d’autorité sur la structure de soins d’un patient ne peut être son thérapeute. Il préconise un “système bifocal”, avec au besoin échange de rôle, car il y a quelque chose d’insurmontable à ses yeux à assumer à la fois les fonctions de chef et les fonctions de psychanalyste.

— Tout le monde a pu constater que les tentatives de psychothérapie individuelle dans une structure de soins déclenchent des phénomènes perturbateurs et mal maîtrisables : transferts latéraux, résistance, contre-transfert, séparation, isolement, passages à l’acte. Mais là où leur attachement à une psychanalyse orthodoxe conduit les gens du XIIIème à s’en préserver en considérant comme appartenant à deux registres distincts le psychanalytique et l’institutionnel, Tosquelles propose au contraire, à l’instar de Freud, embarrassé par le transfert, de convertir la difficulté en levier pour notre action.

Ces désaccords techniques sont la partie visible de l’iceberg. Les divergences avec l’équipe du XIIIème sont plus fondamentales. Tous membres de la Société Psychanalytique de Paris, ils veulent ignorer l’apport théorique de Lacan. Racamier a quitté depuis de très nombreuses années le XIIIème pour une structure qu’il a créé près de Besançon destinée aux psychotiques. Il a poursuivi sa réflexion théorique dans un certain nombre d’ouvrages où s’exprime l’originalité de sa pensée. Dans le dernier paru, “Le génie des origines”, pour rendre compte de l’absence d’expérience oedipienne chez le psychotique, il utilise la notion de “séduction narcissique”. Mère et enfant réalisent un organisme fusionnel omnipotent “défiant toute autre présence, toute autre loi et toute autre force”. Ainsi parvient-il à contourner la notion lacanienne de “forclusion du nom du père” entraînant l’impossible accès au symbolique. Lorsqu’il travaillait dans le XIIIème, il se demandait si leur attachement à la psychanalyse orthodoxe ne tenait pas à ce que la plupart d’entre eux avaient été psychanalystes avant de devenir psychiatres, lui y compris. A cet égard on peut remarquer que Lacan a suivi le trajet inverse et, par le suite, s’est toujours déclaré psychiatre, comme en témoigne par exemple l’article de l’*Encyclopédie Médico-Chirurgicale* sur “Variante de la cure type qu’il signe du titre de “Médecin des Hôpitaux Psychiatrique”.

Il me faut maintenant évoquer brièvement quelques auteurs, sous la rubrique de la “jambe psychanalytique”, renvoyant le lecteur à leurs écrits.

**Jacques Chazaud** a écrit, il y a quelques années un ouvrage intitulé “Introduction à la thérapeutique institutionnelle”. Avec son humour habituel, il effectue un survol avec des références allant de Maxwell Jones, pour qui le malade se soigne en soignant le groupe, à Yves Racine, pour qui “l’analyse institutionnelle consiste au minimum à détecter et lever les obstacles à une libre circulation de l’information entre des personnages supports de transfert”. Pour le psychotique, atteint d’un trouble grave de la communication, la psychothérapie institutionnelle ferait “un pari sur le potentiel vital restant”. “Sujet d’une histoire et d’un désir, il convient de lui proposer des réunions, des activités avec possibilité d’autogestion, mais aussi des moments de tranquillité, qu’il désigne comme des vacuoles.” Il illustre ces propositions en décrivant une partie de son service réservé à la psychothérapie institutionnelle qu’il désigne comme “petite institution”.

**Jacques Hochmann**, dont on connaît l'importance et l'originalité de l'activité qu'il déploie dans le cadre d'un secteur de psychiatrie infanto-juvénile, a également écrit sur le thème "Psychanalyse et Thérapeutique Institutionnelle". Il se réfère plus volontiers à la "psychiatrie communautaire" à laquelle il avait consacré un livre en 1971 préfacé par Daumézon. Celui-ci considère cet ouvrage "comme un geste politique". Hochmann désigne l'équipe soignante comme "l'avant garde du prolétariat" et propose une "dissémination de la thérapie" et une "dissémination de l'autorité". Mais il recommande, comme Racamier la "bifocalité".

Dans son article, il refuse ce qu'il appelle des "mythes" : l'"institution idéale", "la diffusion du pouvoir et du savoir psychanalytique", "la loi et la forclusion", la psychanalyse des psychoses". Mais il admet le transfert chez les psychotiques, considère que "l'institution n'est ni bonne ni mauvaise", mais qu'elle réalise un cadre, un contenant, voire un "conteneur". Il éclaire ce néologisme se rapportant aux contes d'une courte vignette clinique : un enfant, à qui est donnée une interprétation sur son comportement excité et destructeur, apaisé, dit à son thérapeute : "Viens à côté de moi et raconte moi encore des histoires". Il insiste sur la notion d'"instituant".

**Benoit Dalle** se voit confier en 1967 par Georges Daumézon, qui vient de prendre la direction d'Henri Rousselle, le pavillon Ferrus. C'est dans cet espace restreint et combien chaleureux que vont se rencontrer au long des années infirmiers, internes, schizophrènes, assistantes sociales, psychologues permanents et stagiaires, névrosés et psychanalystes de passage. Il en décrit l'histoire, les avatars et les avancées théoriques, à travers huit monographies, dans un livre passionnant qu'il intitule de façon provocatrice "Traverser Sainte-Anne", avec pour sous-titre "Espaces psychanalytiques dans le traitement au long cours des psychoses". Parfaitement informé des courants et tendances qui tournent autour de la psychothérapie institutionnelle, il fait choix d'un itinéraire personnel, bien qu'il se réfère, comme modèles analogiques, au travail réalisé à Laborde par Oury, l'"institutionnaliste", et à Velotte par Racamier, le "traditionaliste".

Il prend parti sans réserve sur le transfert chez les psychotiques. Il utilise le terme de "transfert en réseau" pour "signifier ce qui d'un aléatoire affectif, d'un affectif non représenté, puis d'un transférentiel repérable, se déplace, circule, s'organise du côté des soignants autant que des psychotiques dans les espaces thérapeutiques où ils évoluent". En revanche les interventions psychanalytiques ne se déploient pas sur tout ce qui constitue la vie quotidienne mais dans trois espaces dégagés à cet effet, "l'espace familial", le "groupe référent" réservé au traitement individuel et le "grand groupe", un des éléments de l'espace collectif. La place accordée au travail avec les familles a pris de plus en plus d'importance — et c'est un des aspects les plus originaux — au point de conduire Benoit Dalle à proposer le concept de "famille de suppléance" ou de "famille de substitution", constituée par l'équipe soignante. Les infirmiers sont partie prenante aux interventions analytiques où "se mobilisent métaphores, humour et mouvements émotionnels".

Il faut enfin évoquer le trop court passage de **Woodbury** dans le XIIIème, où l'avait fait venir Racamier après qu'ils eurent travaillé avec Ajuriaguerra à Genève. Woodbury s'était formé à Chesnut Lodges et auprès de Maxwell Jones. Il dispose d'une petite équipe infirmière très entraînée aux interventions, y compris à domicile, auprès de schizophrènes en phase aiguë. Ils parviennent à dénouer ces crises par la qualité de la présence, des échanges verbaux et l'utilisation de la capacité soignante des parents.

Lors des hospitalisations il préconise également le recours aux capacités soignantes des autres patients. Cette “sociopathologie dynamique” consiste, face au “moi scindé”, à faciliter l’extériorisation de la pathologie dans le cadre d’une “relation transférentielle triangulaire”. Il recommande le partage du pouvoir et de l’information ainsi que le développement d’institutions facilitant créativité et échanges. Woodbury restera un objet d’admiration pour ses interventions talentueuses. Il traversera, après un séjour de trois ans, le XIIème comme une comète et n’y laissera pas de disciples.

#### **D — Georges Daumézon.**

Il mérite une rubrique spéciale, non seulement parce qu’il est l’inventeur du terme de “psychothérapie institutionnelle”, mais encore parce que ses prises de position contradictoires et ses attitudes parfois paradoxales le rendent difficilement classable.

La “jambe sociale” est incontestablement chez lui la plus solide : analyse sociologique de l’hôpital, regrettant “l’insuffisance de la formation sociologique du médecin et du psychiatre en particulier”, place déterminante de l’infirmier dans la stratégie de soins et création des stages, promotion de la politique de secteur, ouverture de la Consultation Psychiatrique d’Orientation et d’Accueil (CPOA) qui porte son nom à l’Hôpital Sainte-Anne, introductions des techniques d’ambiance et importance accordée à la vie quotidienne. Il considérait, devant les changements apportés par la politique de secteur et le risque de fuite en avant, que “la poursuite du traitement en utilisant la vie du patient dans le tissu social urbain, suburbain, rural, professionnel et familial s’impose aujourd’hui au même titre que s’imposait l’usage thérapeutique de la vie de l’hôpital.”

En revanche, il adopte à l’égard de la psychanalyse une position ambivalente dès lors qu’elle intervient dans le champ social. Il s’est toujours entouré de psychanalystes. C’est lui qui les convoquera aux rencontres de Sèvres. Il dit combien l’a aidé dans sa pratique la formule de Lacan : “l’inconscient c’est le discours de l’Autre”. Cependant dès 1952 dans un article de l’Évolution Psychiatrique, puis en 1955, dans l’article rédigé en commun avec Paumelle et Tosquelles, il prend ses distances en considérant que le médecin engagé dans le psychothérapeutique et le sociologique “doit éviter toute contamination des deux plans” car “la tâche psychiatrique du médecin se développe dans l’activité réelle et concrète et non point dans le monde des fantasmes”.

Au Congrès des Psychiatres de langue française, qui se tient à Milan en 1970, il présente le rapport sur “L’apport de la psychanalyse à la sémiologie psychiatrique”, rédigé avec un certain nombre de ses collaborateurs. C’est là qu’il évoque “la greffe impossible des concepts psychanalytiques dans la psychiatrie”. Cependant, l’année suivante, à Caen, Garrabé, Chanoit et Chaigneau présentent leur rapport sur “La Thérapeutique Institutionnelle”, il intervient longuement dans la discussion. Il critique les “formes dégradées de sociothérapie” et déclare à ce sujet : “C’est pourquoi le recours à la rigueur du modèle analytique apparaît comme un incontestable progrès par rapport à de pareils errements. C’est le mérite du mouvement qui s’est pendant quelques temps cristallisé autour de Tosquelles”, précisant, à propos de l’intervention du thérapeute : “nous savons que cela nous ramène à la structure symbolique de l’institution, à la place symbolique du thérapeute, dans le cadre de la règle et de la loi”.

Mais en 1972, dans une conférence internationale qui se tient à Bari, il fait une

conférence sur “Évolution de la Psychothérapie Institutionnelle”, qui a presque valeur de testament sur ce thème qui lui est cher. Il rappelle comme vingt ans plus tôt son attachement à la “réalité concrète”, à la “réalité authentique” et récuse le “trompe l’oeil” de “l’inauthenticité” et du “faux-semblant”, que la psychanalyse a précisément pour fonction de dévoiler. Il critique également ceux qui “veulent faire de l’institution soignante un ensemble d’analyseurs.” Cette curieuse expression couvre en fait ce à quoi il s’est toujours opposé, par crainte de “mélange des genres” et de “confusion des registres”, qui est de considérer la structure soignante comme “un labyrinthe de significations” (Gentis) ou “un ensemble signifiant” (Poncin), réseau d’interactions évolutives, où sur la trame de la vie quotidienne s’entrecroisent la fonction thérapeutique et la fonction politique. C’est sur cette base qu’il prend ses distances avec “la nouvelle école qui se dit de psychothérapie institutionnelle.”

## VII — La psychothérapie institutionnelle aujourd’hui.

La psychiatrie est menacée dans sa spécificité par la grande vague technocratique qui a envahie toute la médecine. L’heure du retour à la neuro-psychiatrie a sonné. Nous sommes dans “la décennie du cerveau” où “l’homme neuronal” va renvoyer aux oubliettes de l’histoire “l’homme freudien”. Le DSM III, qui déjà a fait disparaître la névrose, réduit la schizophrénie à un trouble du comportement. Le cognitivisme se fait fort d’explicitier et de reproduire le mécanisme de la pensée, rejoignant l’engouement pour les neuro-sciences. La psychopharmacologie, à qui est attribuée par les falsificateurs de l’histoire les progrès accomplis en psychiatrie, bénéficie du puissant soutien des firmes pharmaceutiques. Leur pouvoir financier est tel qu’elles disposent d’une maîtrise des revues et des rencontres professionnelles, au point qu’on n’a pas même aperçu au Congrès Mondial qui s’est tenu à Vienne en 1983 le “spectre de Freud”.

Dans le consensus euphorique et triomphant sur l’économie de marché, l’hôpital-entreprise impose ses règles : réduction des durées moyennes de séjour, normalisation au plus vite, thérapies brèves ne s’embarassant pas d’une psychopathologie fondée sur la phénoménologie ou le freudisme, séparation des malades aigus et chroniques. La politique de secteur elle-même est menacée en tant que dernier avatar d’une psychiatrie globale prenant en charge, sans rejet, toute la pathologie mentale, dans la continuité. Les Associations qui ont longtemps été des compagnons de route, UNAFAM, Croix-Marine, sont désormais des adversaires plus ou moins déclarés de la politique de secteur. Tout l’effort doit être désormais porté sur l’urgence, la crise, les nouvelles pathologies (suicides, toxicomanies, sida) et... la “réhabilitation”. Le rapport de Gérard Massé, bien que ses conclusions soient parfois nuancées, répondait à une mission gouvernementale bien précise, “toute la psychiatrie à l’hôpital général”, psychiatrie soft, avec praticiens en blouse blanche et discours simplificateur pour ne pas effrayer nos collègues somaticiens. À cela s’ajoutent la disparition de l’internat spécialisé et des infirmiers de secteur psychiatrique.

Il est clair que cette volonté de *banaliser* la psychiatrie, à laquelle prêtent la main ceux qui n’ont pas compris qu’il fallait au contraire psychiatriser toute la médecine, rejoint la volonté gouvernementale de réduire les dépenses dans une discipline médicale dont la richesse du “plateau technique” tient au nombre des médecins et des infirmiers, considéré par les comptables qui nous gouvernent comme un “vivier” pour les besoins des autres disciplines médicales. Réduire la psychiatrie à la seule

pathologie du cerveau c'est lui faire perdre sa spécificité de médecine de la personne pour la ramener, comme les autres disciplines, à une médecine d'appareil ou d'organe. Dans le contexte de réductions forcenées des dépenses de santé, c'est faire basculer dans le champ social la cohorte des psychotiques, qui ne veulent pas guérir assez vite au gré des gestionnaires, retour à une logique de l'enfermement dans des lieux de vie où les soins et l'intervention médicale seront réduits à leur plus simple expression : MAS, lieux de séjours à double tarification et autres structures néo-asilaires.

Cette vision apocalyptique est heureusement tempérée par l'existence de lieux encore fort nombreux où la psychothérapie reste la pièce maîtresse de la démarche de soins et où la vie quotidienne constitue son support, tant dans les hôpitaux et les autres structures de secteur que dans les établissements privés. Viennent se joindre à eux ceux qui déjà reçoivent ces schizophrènes restés sourds aux injonctions technocratiques de guérir en trois mois à l'hôpital ou de se conduire normalement dans les structures extra-hospitalières. Se retrouvent, dans des séminaires, colloques, journées régionales ou nationales des professionnels de tous statuts, infirmiers, médecins, assistantes sociales, psychologues, éducateurs. Beaucoup travaillent dans des hôpitaux de jour, foyers de post-cure, appartements thérapeutiques et autres "structures intermédiaires", qui seraient par là même à l'abri des facteurs d'aliénation. Ils éprouvent le besoin d'affiner leur outil de travail, dans cette clinique de la coexistence.

Que viennent-ils chercher dans ces échanges et ces rencontres qui se font sous la bannière de la psychothérapie institutionnelle ? Certainement pas des recettes, encore moins une ligne doctrinale. Jean Oury, dans son séminaire mensuel à Sainte-Anne, ne manque pas de rappeler, presque à chaque séance qu'il ne sait toujours pas ce qu'est la psychothérapie institutionnelle. Et comment pourrait-il en être autrement pour une démarche qui se fonde sur l'équivoque et le précaire. *L'équivoque*, c'est l'essence de la démarche freudienne qui distingue le contenu manifeste et le contenu latent, ou, pour le dire en terme lacanien, l'énoncé et l'énonciation. Tout énoncé est truffé de mots à double sens, d'oublis, de lapsus ; il est marqué d'incertitude, d'ambiguïté, d'équivoque. C'est cette imperfection du discours qui permet l'interprétation dans le cadre du transfert. *Le précaire* quant à lui désigne le sort réservé à toute institution si elle veut demeurer vivante et vivable, à l'opposé des institutions achevées et immuables, et par là même totalitaires.

Je pense que ce que nous venons tirer de ces rencontres c'est un outillage conceptuel qui éclaire notre pratique quotidienne dans un cadre convivial, même si l'espace s'est désormais élargi au secteur. Puisée dans la psychanalyse et dans la sociologie, cette réflexion théorique, au delà de ses aspects techniques, a profondément modifié notre *éthique*. C'est sans doute ce qui nous donne ce sentiment d'appartenance à un même courant de pensée et à une même manière d'être dans nos rapports avec le malade et avec l'institutionnel.

*La psychanalyse* ne nous a pas seulement permis de donner toute son importance à l'écoute et au dire du malade, mais elle a permis de lui donner un statut de sujet, c'est à dire ce qui, comme pour nous tous, les "parlêtres", "représente le signifiant pour un autre signifiant" (Lacan). L'expérience psychanalytique nous apprend que la folie est l'être de l'homme et que les psychotiques ne sont pas des sous-hommes, marqués par un en-moins par rapport à l'homme prétendument normal. Elle a mis à mal la conception défectologique de la maladie mentale qui continue, sous des formes nouvelles, la théorie de la dégénérescence chère à Morel et à Magnan. Le scandale de

la révolution copernicienne introduite par Freud est que le normosé doit subir comme le névrosé et le psychotique les effets de l'inconscient. Et lorsqu'il s'érige en thérapeute il doit perdre sa superbe et sa mission civilisatrice et établir avec le patient un *contrat thérapeutique* qui fait de lui le *co-acteur* de sa cure.

*La sociologie*, qu'elle soit empruntée à Durkheim, à Marx, à Mauss, à Lévi-Strauss, à des philosophes comme Sartre ou à des historiens comme Braudel ou Duby, donne toute son importance à l'analyse du *milieu* et à la *temporalité*. L'asile a longtemps fonctionné en marge de l'histoire. L'utopie asilaire créée par Esquirol au début du siècle dernier est restée pendant plus d'un siècle imperméable aux bouleversements de la société, si ce n'est qu'elle avait évolué sur un mode concentrationnaire jusqu'à l'introduction de techniques institutionnelles qui a permis de rétablir sa mission de soins. Mais cet *acte politique* qui renverse l'ordre établi doit être sans cesse *renouvelé* faute de quoi la routine, la stagnation et la sclérose s'installent. Un club de malades peut devenir un instrument d'aliénation si n'est pas mis en place un dispositif démocratique qui permet de remettre constamment en question son fonctionnement et ses finalités. Daumézon disait souvent que lorsqu'un atelier fonctionnait trop bien le moment était venu de le fermer. Tosquelles faisait référence à la notion de "révolution permanente", qu'il disait avoir emprunté à Moréno, alors qu'il l'avait emprunté à Trotsky. C'est par une attitude critique et un combat de tous les instants en prise avec les conflits et les contradictions que l'on peut espérer éviter la *bureaucratisation* qui guette toute institution. Nous devons également lutter contre la rigidité administrative et ses tendances conservatrices pour préserver la *créativité institutionnelle*. C'est en cela que la création d'associations de la loi de 1901 nous a toujours permis la souplesse nécessaire à l'opération de faire et défaire en fonction des besoins d'une vie quotidienne comme thérapie. Ce sont elles qui gèrent la vie sociale des malades, des séjours thérapeutiques aux logements associatifs, en passant par l'organisation des loisirs, des sorties et des fêtes, permettant le recentrement temporo-spatial.

En ayant mis fin à une psychiatrie anhistorique, la psychothérapie institutionnelle a réintroduit le malade dans l'histoire de son temps, en articulation avec l'histoire des institutions et son histoire personnelle et familiale. Elle s'est donné pour mission d'accueillir la psychanalyse dans les lieux soignants, aussi bien ceux hérités du passé que ceux créés pour assurer la continuité des soins dans le tissu social. Encore faut-il *travailler le milieu* pour réaliser les conditions minimales d'accueil des effets de l'inconscient dans un cadre collectif ; respect du désir, prise en compte des fantasmes, rôle du transfert dans la dialectique du passage à l'acte et de l'acting-out, place du surmoi dans son articulation avec le moi idéal et l'idéal du moi dans cette "constellation" et cette "polyphonie". Restructuration permanente qui recourt à des concepts empruntés à la philosophie, à l'anthropologie, à la linguistique et aux aspects novateurs de la psychanalyse.

Cet effort de théorisation, lié à une pratique de la vie quotidienne, risque fort d'être écrasé par le rouleau compresseur des technocrates et des simplificateurs néo-positivistes. Curieusement, cette menace survient au moment où le courant français de psychothérapie institutionnelle est l'objet d'un intérêt dans la péninsule ibérique, en Suisse et en Allemagne. C'est sans doute avec eux qu'il va falloir maintenant s'engager dans la Résistance.