

PSYCHOTHERAPIE INSTITUTIONNELLE

une introduction

par Jean OURY et Ginette MICHAUD

La psychothérapie institutionnelle est une technique de soins psychiatriques qui s'est développée en France après la guerre de 1939-45 dans le bouleversement d'idées qui suivit la Libération. La famine avait sévi dans les hôpitaux; certains médecins et infirmiers, rentrant de captivité~reconnurent dans leurs lieux de travail l'univers concentrationnaire dont ils avaient eu à souffrir. C'est d'abord ce caractère concentrationnaire qu'il leur parut nécessaire de " traiter ", et tout particulièrement les secteurs les plus défavorisés de l'hôpital psychiatrique : quartiers "d'agités",quartiers de "gâteux". (Hôpital de Saint Alban, de Fleury les Aubrais, de Maison-Blanche, de Ville-Evrard, etc).

Cette dénomination de "Psychothérapie Institutionnelle" est due à Georges. DAUMEZON et Philippe. KOECHLIN (1952). Il s'agit d'abord de "soigner" collectivement ces lieux de ségrégation par une nouvelle structuration des rapports humains, en attribuant à chaque malade une responsabilité dans des tâches très variées et en favorisant le remaniement et l'ouverture des systèmes de partage du collectif : création de groupes d'ergothérapie, groupes de jeux ou de théâtre, ouverture du "quartier~ et de l'hôpital etc.. C'est ainsi que se constitue à l'intérieur de l'établissement, un réseau très précis d'institutions dont les caractéristiques sont la souplesse, la mouvance, voire même la précarité, afin de s'adapter aux demandes qui se font jour, que ce soit à partir des individus, des relations inter individuelles ou des groupes. Il s'agit donc de créer un ensemble structural permettant à chacun de pouvoir s'investir vis-à-vis d' "objets institutionnels", seul supports possibles du transfert chez les malades psychotiques. C'est le maniement collectif de l'ensemble de ces médiations, nécessitant une analyse permanente aussi bien au niveau collectif qu'au niveau Inter-individuel et individuel, qu'on nomme "processus dlinstitutionnalisation". Mener à bien une telle stratégie thérapeutique met en jeu un ensemble de facteurs, dont chacun doit être différencié et analysé en particulier dans le registre socio-économique (aliénation sociale), et dans le registre analytique - au sens freudien du terme - qui doit pouvoir tenir compte de toutes les modalités

transférentielles. Cette stratégie thérapeutique permet de développer de façon adéquate et nuancée l'ensemble des techniques psychiatriques habituelles : thérapies biologiques et médicamenteuses, psychothérapies individuelles et de groupe, ergo et sociothérapies, etc...

Cependant, l'aliénation sociale est une dimension générale de l'existence de chacun, qu'il soit "normal" ou "fou". En dehors de ses racines économique-historiques, elle relève des lignes tracées par une aliénation plus foncière : celle qui résulte de l'accession à l'imaginaire (structure spéculaire, moïque, etc) et celle inscrite dans le langage (Spaltung, clivage).

Cette aliénation foncière est corrélative de l'articulation entre " l'Etre et l'Autre ". Le psychotique - à partir duquel la psychothérapie institutionnelle se structure - souffre d'autant plus de l'aliénation, qu'il est, la plupart du temps, dans l'incapacité d'accéder à la scansion de la parole (la "séparation" au sens de LACAN, l'interruption au sens de BLANCHOT, la Versagung au sens de FREUD. L'aliénation sociale comporte une structure développant des " opérateurs": les instances étatiques, l'appareil familial, les écoles, les hôpitaux, les prisons, etc.....

Face à cette dimension oppressive, d'autres opérateurs se constituent, créant des fonctions de désaliénation. Il en est ainsi des concepts fondamentaux de la psychanalyse freudienne : l'Oedipe, la castration, les identifications, le désir, l'interprétation, etc... Il est évident que ces opérateurs sont en but aux processus de récupération idéologique marqués par l'aliénation sociale.¹

A l'intérieur même de la problématique de l'aliénation sociale, il est nécessaire de distinguer deux plans : celui de la société globale, avec ses appareils politiques, comprenant les problèmes posés par la stratégie, les équilibres historiques, les compromissions, etc,et celui de la pratique microsociale ²: avec ses articulations internes, ses rapports avec les appareils politico-syndicaux et les structures étatiques.

Cette distinction nous semble importante pour éviter le glissement vers un idéalisme sociologique,entretenant de faux problèmes comme par exemple la réduction de l'ensemble psychopathologique à des structures réactionnelles. C'est poser là une distinction pratique opératoire entre la catégorie du " général " et du " singulier ". C'est par l'appréhension quotidienne de ces facteurs au'on peut espérer développer un processus dialectique qui s'oppose à toute sérialisation luttant contre ce que Sartre appelle le " pratico-inerte " autrement dit maintenir l'abord multidimensionnel de toute problématique afin de garantir une hétérogénéité de la

structure .3

D'une façon un peu imagée nous pouvons dire qu'il s'agit de s'opposer à toute augmentation d'entropie par la maintenance d'une diversification des différents facteurs (Energie libre - Energie totale - Entropie).

Les systèmes étatiques d'oppression, de ségrégation... obéissent à une logique ensembliste de totalisation : logique privative de l'Universel et du Particulier, du tout et de la partie du général et du particulier. Ils tracent des réseaux de production-consommation, avec leur corrélat " d'antiproduction ", qui mettent en forme une multiplicité monotone de demandes. Tout sujet se trouve ainsi réduit à un statut de " particulier ", dépendant, point par point, de la mécanique totalisatrice. Les idéologies étatiques ou des organismes politiques traditionnels correspondent à cette structure formée de faisceaux de relations bi-univoques du tout et de la partie. C'est le règne de l'imaginaire avec prévalence du " moi " et du " non-moi ".

Par contre, Freud met en place une logique qui élargit le système inconscient des demandes, constituant ainsi une sous-jacence qui promeut le statut du " singulier ". Le concept de l'inconscient est un élément d'une logique non fermée, laquelle donne comme support du sujet de l'inconscient un déploiement d'infinis. Ce déploiement caractérise la dialectique du désir; en faisant passer d'un système ensembliste clôturé à un système de transfinitis, il permet l'accès au symbolique par un processus de délimitation, de nomination de ce qu'il en est de l'imaginaire.

Dans la pratique psychiatrique institutionnelle, il y a possibilité, dans une certaine mesure, de diversifier et de tenir compte d'un faisceau plus large de demandes. Cette remarque introduit la notion d'une topique qui nous semble importante pour articuler ce qui relève du social avec l'inconscient. En effet, la pulsion (Trieb) résulte, dans sa structure, de la rencontre du sujet de l'inconscient avec cette extériorité de la demande inscrite dans l'Autre ($\$ \leftrightarrow D$).

La psychothérapie institutionnelle peut être considérée comme une instance critique de la psychiatrie. Elle est fondée sur une pratique qui ressaisit les vecteurs politico-analytique et psychopathologique. L'abord de la psychose ne pouvant être que collectif, elle crée un collectif de vie que nous pouvons nommer " communauté structurale ". Celle-ci intègre dans son existence socio-économique originale des faisceaux de " relations élémentaires " dont l'étude et l'efficacité nécessitent un processus permanent " d'analyse généralisée ". Il y a ainsi création d'un collectif dont le but est de débloquer les énergies gelées dans les systèmes étatiques ; critique et pratique d'une lutte contre la ségrégation (critique des systèmes hiérarchiques, des organismes concentrationnaires, des théories technocratiques...) Le matériau est un

complexe socio-économique particulier entrant lui-même comme facteur de ce qui, en tant que " folie " est considéré comme hors cadre des structures logiques de la société. Ce " hors-cadre " nécessite l'exploration de systèmes énergétiques, tels que le narcissisme originaire, et de registres différenciés tels que l'identification primordiale, le "réel" et les noeuds symbolico-imaginaires.

L'oppression tient son pouvoir de structures imaginaires, massives, s'infiltrant dans l'existence de chacun, structurant les demandes, imposant des styles de vie, des idéaux, par suggestion collective et individuelle. Le travail analytique consiste à déchiffrer patiemment ces réseaux d'aliénation, à tenir compte des marques et des compromissions, afin de dégager des voies d'accès au réel. Les concepts fondamentaux de l'analyse tels que l'inconscient, la répétition, le transfert et la pulsion sont autant de repères dans cette démarche paradoxale. Ils servent d'éléments à des " opérateurs " tels que l'oedipe, la castration, l'interprétation, opérateurs qui font éclater les repérages traditionnels des systèmes institutionnels : la famille, les collectifs étatiques, etc. Un tel processus dans un Collectif crée des conflits qui peuvent éventuellement se résoudre dans des contrats. La psychothérapie institutionnelle met en valeur une diversité de contrats, lesquels surdéterminent des réseaux d'échanges variés, dans le but d'accueillir ce qui est de l'ordre du singulier, du désir, du fantasme.

La technique de la psychothérapie institutionnelle dont nous venons ici d'esquisser les fondements théorique et spécifiques de son développement en France, s'est cependant inspirée, pour tel ou tel de ses aspects, de fragments de courants doctrinaux et d'expériences antérieures.

C'est le cas, en particulier, de Herman SIMON, praticien allemand qui travaille à l'hôpital de WARSTEIN à partir de 1905, puis en 1914 à GUTERSLOH. Sa doctrine est exposée dans un livre paru en 1929 ("Thérapeutique plus active dans l'établissement pour malades mentaux"). Il privilégie la notion d'activité (qu'il répartit en plusieurs échelons), le concept de responsabilité (non irresponsabilité totale du malade), affirmant qu'il faut s'appuyer sur la " partie saine " du malade. Il souligne l'importance des réactions au milieu et développe une notion particulière de la régression dans une perspective rééducative et pédagogique. Il affirme qu'il est nécessaire de traiter l'établissement comme si celui-ci avait ses " maladies ". D'où une mise en question permanente du milieu ambiant, de l'attitude du personnel aussi bien au niveau de l'infirmier, du médecin que du Directeur. Il préconise la mise en place de réunions et une grille journalière de travaux dans une perspective totalisatrice et distributionnelle.

L'apport de MORENO a également été très important pour la psychothérapie institutionnelle, qui retient moins ses recherches dans le domaine du psychodrame que dans le développement de la sociométrie. Il insiste sur la notion de " petite révolution sociométrique" et sur l'importance d'une activation du milieu par stimulation active et in situ. A noter chez lui la mise en valeur de la co-action de " l'enquêteur " avec le groupe. Par l'exercice de la spontanéité . Il dessine un système de réseaux permettant une thérapie d'inter-groupe, à partir de la description d'une certaine force de cohésion dans le groupe : "le télé"

Kurt LEWIN représentant d'une psycho-sociologie d'origine phénoménologique et gestaltiste élabore la notion de rapports dynamiques de réciprocité, articulant la personne à son environnement dans des systèmes de significations propres aux attitudes et aux comportements, et la notion de champ sociale comprise comme totalité dynamique spécifique de caractère expérimental. Il crée le terme de "laboratoire social". Il institue la pratique de séminaires. recommande le style démocratique de décision ainsi que la mise en place des auto-analyses collectives.

Beaucoup d'autres auteurs devraient être cités. En particulier BION et RICKMANN, en Angleterre, mais aussi BIERER qui crée, dès 1938 à la TAVISTOCK CLINIC, des Clubs sociothérapeutiques. Sur un plan plus clinique, citons Harry Stark. SULLIVAN qui souligne, entre autres, l'importance du premier entretien avec le malade et le dynamisme interrelationnel, aussi bien dans la structure de la personnalité que dans les rencontres quotidiennes à l'intérieur de l'hôpital. SULLIVAN insiste, en outre, sur l'importance de la formation des collaborateurs. Dans cette lignée, STANTON et SCHWARTZ montrent qu'il existe une corrélation entre la dissociation du malade et la dissociation du milieu thérapeutique, démontrant ainsi que la psychothérapie analytique d'un psychotique ne peut être qu'une tâche collective. Dans le prolongement de ces travaux, un de nous, OURY, à Laborde, mis en place des réunions dites de Constellations qui articulent Stanton et Swartz et Moreno dans un outil institutionnel propre à un déchiffrement des effets projectifs d'éléments psychotiques sur le milieu et leur éventuel traitement.⁴

Mais c'est en France que prit naissance une réflexion plus concrète sur la possibilité d'utiliser l'Hôpital , tel qu'il était en essayant d'en transformer in situ les conditions de vie. La réflexion critique portait sur les perturbations profondes que provoquent les lieux concentrationnaires. Il ne s'agissait pas de plaquer un système immuable de techniques ou de réalisations telles que le psychodrame, les clubs,, l'ergothérapie, etc... mais de sensibiliser tous les usagers d'un tel collectif ,malades et personnel, à cette reconnaissance que beaucoup de troubles même parmi les plus spectaculaires,

sont liés, non à la personnalité, mais à l'agencement à l'intérieur du collectif aussi bien des interactions individuelles ou de groupes que des structures matérielles et économiques s'inscrivant dans des habitudes, des préjugés, des croyances, des privilèges souvent indéracinables. C'est dire les difficultés énormes que rencontrent la mise en acte d'une telle réflexion et les échecs le plus souvent consécutifs aux avatars forcément rencontrés dans cette lutte trop souvent inégale. Il ne faut pas croire que les pires obstacles soient les structures administratives, bien que leur inertie traditionnelle soit souvent inaccessible à toute modification de l'Etablissement Psychiatrique; certains courants apparemment favorables au processus de remaniement institutionnel échouent par une trop grande hâte, une méconnaissance des facteurs historiques locaux, une sous-estimation de l'importance d'une stratégie interrelationnelle une surestimation d'une tendance idéologique, etc.. facteurs qui compromettent souvent définitivement des expériences qui pouvaient sembler de bonne augure.⁵

Les lieux les plus importants où la psychothérapie institutionnelle s'est développée sont : l'Hôpital psychiatrique de Saint-Alban autour de F. TOSQUELLES, L. BONNAFE, P BALVET, CHAURANT; celui de Fleury les Aubrais avec G. DAUMEZON , l'hôpital de Ville-Evrard, avec P.SIVADON, puis Hélène CHAIGNEAU, J. CHAZAUD, etc.. et depuis 1953 la Clinique de la Borde, à Cour Cheverny, avec J. OURY.

Ces expériences parmi beaucoup d'autres s'appuient sur un ensemble théorique diversement élaboré du fait de conditions de travail très disparates, mais qui se focalisent autour de deux réflexions majeures celle de MARX et celle de FREUD . Ceci n'exclut pas, bien au contraire, l'élaboration théorique empruntant des modèles à la linguistique, à la phénoménologie (en particulier dans la direction heideggerienne) et à l'anthropologie structurale (LEVY-STRAUSS.) L'effort de clarification théorique et pratique a été surtout le fait d'un groupe de praticiens réunis sous le sigle G.T.P.S.I qui, en 1965, fonda la " Société de Psychothérapie Institutionnelle ". Ce groupe a tenté, entre autres, d'articuler les faits quotidiens à partir de l'approfondissement de la théorie analytique de J. LACAN. Il s'agit de rechercher les conditions nécessaires pour aborder le problème de la psychose. Les apports d'analystes plus spécialisés dans la psychothérapie des psychoses, telle G. PANKOW, sont venus s'intégrer dans cette réflexion sur l'organisation de la vie institutionnelle.

Ce qui caractérise donc la Psychothérapie Institutionnelle, c'est une attention

constante portée au réel de la vie quotidienne afin d'y déterminer des conditions pratiques pour permettre au psychotique de pouvoir exister d'une façon moins précaire que dans la société ordinaire ou dans l'établissement traditionnel. Il ne s'agit pas d'une étude idéale de ses conditions de vie, mais de l'exploitation raisonnée des moindres détails de la quotidienneté.

Le contact d'un individu avec le Collectif laisse entrevoir que ce qui va être joué là ouvre sur des arrières-scènes, des coulisses, des intentions multiples, des aliénations subtiles. L'individu n'est pas quelque chose d'entier, de plein; ni le Collectif. Quelquefois il est là sans y être; il est resté saisi dans les événements qui ont précédé son hospitalisation; ou bien une partie de lui est dans un lieu qu'il ignore encore. Ce qui va faire qu'il soit accueilli est d'une dimension autre que lui-même, mais qui, cependant, doit avoir une certaine résonance avec sa personnalité. L'accueil, ce qui accueille, est une fonction complexe qui doit effleurer le point d'éveil encore lointain d'un investissement possible dans le Collectif. Celui-ci met en question les investissements personnels de l'individu dans sa propre histoire; ce processus existe toujours, qu'il soit réussi ou avorté. Donc cette fonction d'accueil dépend d'une certaine forme du Collectif; ou, plutôt, la forme d'accueil est une sorte d'image projetée d'une structure profonde du Collectif.

Cette rencontre entre un individu et le Collectif ne peut pas se poser en termes simples de la rencontre de deux extériorités; comme d'ailleurs toute rencontre. Il serait tentant de dire que l'individu qui vient est un malade et qu'il s'engage suivant un vecteur bien défini qui serait simplement une demande de soins. Il est vrai que, consciemment, cela est souvent vécu ainsi et, d'autre part, justifie la raison sociale du Collectif (organisme de soins, organisme de charité, organisme d'éducation, etc..."Raisons" nécessaires, mais qui, si on en reste là, ne sont qu'hypocrisie sociale et refus d'éclaircissement. Mais il ne faut pas se laisser prendre à la lettre de la raison sociale, sinon on risque de passer tout à fait en dehors du champ concret de ce dont il s'agit.

Nous pouvons dire qu'il s'agit de justifier techniquement la présence; pas simplement la nôtre, mais celle du malade et de l'Institution. Cela ne va pas de soi; un hôpital peut souvent être bien plus un lieu de ségrégation, une renfermerie, qu'un lieu d'ouverture psychothérapique. La présence est souvent masquée par une foule de préjugés qui vont depuis les diplômes jusqu'à la musculature de l'infirmier de service. Tout ceci n'est pas facile à voir à travers l'assemblage "obscène" de la hiérarchie ordinaire. Qui dit présence effective, dit arrimage symbolique. Il ne s'agit

pas tellement d'être le représentant du symbolique, mais d'être où il est. C'est dans ce sens que le fantasme, fenêtre ouverte vers le symbolique, scène articulatoire entre le Sujet et l'objet de son désir, apparaît comme étant la plate forme sous-jacente de tout ce qu'on fera. Dire cela n'exclut pas, bien au contraire, la dimension socio économique de ce qui est mis en place pour faire fonctionner un Collectif. Tout ce qui sera articulé dans la suite dépend foncièrement d'une certaine praxis : celle de la production. Car une Institution psychiatrique n'échappe pas à ces lois. Suivant l'architecture de ces rapports de production et de consommation nous pouvons préjuger de la possibilité d'agir ou non au niveau du matériau réel que sont les systèmes fantasmatiques. Il n'est pas indifférent, par exemple, de savoir s'il est possible de modifier l'emploi du temps des moniteurs (abolition ou non des 3-8, grille des responsabilités, etc.), d'agir sur les rôles, statuts, fonctions d'agir dans certaines hiérarchies, de discuter sur l'architecture, les aménagements, la gestion des structures administratives et des structures économiques, etc.. Si ce travail permanent n'est pas inscrit dans le programme général de ce que nous appelons Psychothérapie institutionnelle, celle-ci n'est qu'une futilité souvent dangereuse.

Le Collectif est une machine dont il faut étudier la stratégie, les surdéterminations qui viennent de lui prennent quelquefois au corps et s'introduisent jusque dans l'intimité des fantasmes fondamentaux.

Dans un Collectif les transferts sont multiples. Il existe une sorte de cartographie des investissements transférenciaux.

Cet ensemble intervient, à travers des systèmes de défense très variables suivant les individus et les groupes, au niveau de la demande. Cela fait partie de ce que nous appelons l'effet pathoplastique et la pression aliénante. Autrement dit, il existe une dialectique entre la structure du Collectif et le style des Demandes, donc des pulsions. Par exemple, dans un système hiérarchique traditionnel, il nous semble que sont privilégiées les Demandes orales et anales (comme l'explique Lacan: Demande à l'Autre et Demande de l'Autre. Cette pyramide de systèmes de dépendance étouffe des configurations dans lesquelles entrent des objets partiels fondamentaux tels que le regard et la voix, objets dont l'importance n'est pas à souligner au niveau de la psychose. Il en résulte une dialectique restreinte qui fausse le métabolisme signifiant et fait glisser les systèmes fantasmatiques dans des stéréotypies régressives (sado-masochisme, exhibition, etc.. Nous disons souvent que le Désir est ek-sistant, c'est-à-dire non dialectisable; cependant la façon dont la demande sera dialectisée dans le Collectif, conditionnera les zones

d'épanouissement du Désir. Donc, cette dialectique agit sur les modes de manifestations des Sujets et de leur articulation au signifiant.

Il importe donc de s'appesantir quelque peu sur les conditions minima pour qu'une Institution permette de "soigner" les gens qui y sont. Il semble nécessaire que les Désirs ne soient pas écrasés. Nous y constatons souvent des systèmes massifs d'aliénation avec des enchaînements sériels de relations apparemment duelles, stéréotypées, sur un fond de prestances, de rivalités, d'agressivité, de transactivisme quasi-paranoïaque de type spéculaire; ces enchaînements aboutissent toujours à des configurations monotones, interchangeables d'un établissement à un autre, développant des formules en impasse.

Structuralement nous devons - et c'est l'essence de la psychothérapie institutionnelle - introduire ce qu'on appelle d'une façon un peu maladroite, mais cependant justifiée, des médiations. Ces médiations ouvrent les relations binaires (importance) des techniques de clubs thérapeutiques, d'aménagements de rencontre, d'échanges, etc..) vers quelque chose d'autre que la spécularité imaginaire, mais qui n'est que ce qui est caché par cette spécularité et qui cependant la fonde : une dimension symbolique.

Le fonctionnement de l'Institution, inséparable de sa théorisation constante, ne peut s'appréhender que sur ce fond infiniment complexe de systèmes qui s'inscrivent dans l'ensemble du Collectif. Naturellement, nous pouvons ventiler d'une certaine façon certains de ces systèmes. Par exemple, classer les réunions en : réunions de stratégie, d'information, de décision, de psychothérapie etc.. Ces paliers développent des rapports de complémentarité (E.Dupreel)

notion intéressante pour décrire ce qui se passe entre les groupes institués. C'est en tenant compte de tous ces facteurs qu'a pu être élaborée la "fonction de transversalité" (Guattari). Ce n'est donc pas un simple système en réseau qui forme la texture de l'Institution, mais bien plus un ensemble de mécanismes structurés qui répondent à des lois d'une sorte de gestalt mouvante. Un sujet qui arrive là, se trouve en face de configurations qui, dialectiquement se constituent pour lui sans qu'il en ait une claire conscience.

Chaque personne, chaque groupe, chaque structure, font en effet~ partie du Collectif, pas simplement en tant qu'éléments structuraux, mais également en tant que forces se répartissant suivant certains gradients. Il en résulte une dialectique très concrète qui a son ossature interne et ses zones privilégiées. Ceci nous amène souvent à tenter d'isoler les facteurs primaires ou les modèles structuraux qui peuvent régler et surdéterminer la marche générale du Collectif. Par exemple, nous

avons privilégié la notion de Clubs thérapeutiques, en essayant d'en établir l'équation pratique élémentaire : un comptoir de vente, une salle de réunions, un contrat avec l'Etablissement. Il semble, en effet, que cette équation simple peut, si elle est développée, remanier de fond en comble les structures les plus enracinées des Etablissements qui restent, d'une façon plus ou moins camouflées, concentrationnaires.

Les effets de sens viennent aussi bien d'une configuration bien délimitée du signifiant local, que de tout ce qui surgit des articulations véritablement syntaxiques des divers paliers de l'institution : réunions, parole circulante, gestes significatifs, atmosphère plus ou moins trouble. C'est dans ce domaine de ce que nous pourrions appeler les dimensions sympathiques que nous pensons que la notion de contexte peut enrichir ce qu'on a appelé le " plan communicatif ", fait de grâce et de relations plus ou moins chaleureuses dont la pathologie nous éclaire sur ce qui fait défaut dans certaines formes de schizophrénie. Il est tout naturel que nous nous appliquions à rechercher ce qui fait sens dans ce milieu de vie. Il est évident, par exemple, que les ordonnances médicales n'ont d'efficacité qu'à travers une reprise structurale de l'ambiance.

Nous assistons à une véritable "gesticulation) syntaxique" qui, en fonction des axes métaphoriques et métonymiques développe en effets paradigmatiques et syntagmatiques. L'effet de sens est souvent bien plus riche et inattendu qu'on ne le croit. En suivant cette direction de pensée, nous constatons combien fallacieuse est la distinction entre "soignants et soignés", lorsqu'elle confond cette opposition distinctive avec celle, socio-économique, du payant-payé, personnel-malade⁶. Il est, en effet évident que tel malade peut avoir sur un autre une influence bénéfique que n'aura jamais tel ou tel membre du personnel, de même que le départ ou l'arrivée de quelqu'un participe d'une façon positive ou négative à l'évolution d'un autre.

Nous voudrions, pour terminer ces quelques aperçus d' une théorie ébauchée de psychothérapie institutionnelle, poser ces quelques questions à partir desquelles serait possible une élucidation de ce qui se passe dans le " lieu ". Il y a là des pièges extraordinaires dus certainement à nos habitudes de pensée. On oppose Collectif et Individuel et, en les opposant, on implique une extériorité. Il est vrai qu'il y a un niveau spécifique du Collectif distinct du champ individuel; mais ce n'est pas pour autant qu'il est extérieur , comme on dit qu'il y a un dedans et un dehors. Pour pouvoir le situer plus logiquement, nous devons faire appel à des notions topologiques de réversion en utilisant les modèles auxquels Jacques LACAN nous

a introduits.

Mais ceci est un autre travail, qui suppose que ces premiers aspects de la psychothérapie institutionnelle sont compris, intégrés et pratiqués. Ils le sont dans les lieux de soins du degré zéro à d'honnêtes tentatives. Le pratico inerte de l'aliénation socio politique étant ce qu'elle est les tentatives de modèles ou de réflexion sont toujours nécessaires à ce que le mouvement se soutienne dans sa démarche théorique et clinique. C'est en fonction de cette certitude que les praticiens que nous sommes continuent et continueront jusqu'à épuisement . Ou en sommes nous de la trajectoire de ce mouvement dans le traitement des malades psychotiques, cet ouvrage va tenter quelques repérages.

Ginette MICHAUD, Jean OURY

mars 1973

1 MICHAUD Ginette, Fantasma et Idéologie de la psychologie clinique dans son rapport à la psychanalyse, Esquisses Psychanalytiques

2 GUATTARI Félix, Rhizome, l'Antioedipe

3 OURY Jean

4 comme on dit traitement de l'information, pas forcément à voir avec le thérapeutique, mais indispensable pour l'envisager.

5 ainsi l'expérience menée à Leros, en Grèce qui aboutit à un échec et un retour en arrière très dommageable.

6 OURY Jean, rapport de Zurich sur la participation de l'infirmier à la psychothérapie