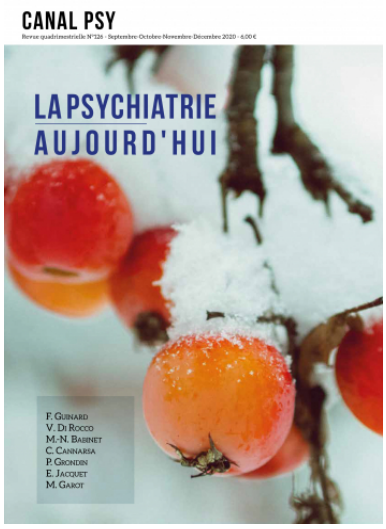


Photographie : Christian Lue on Unsplash

Canal Psy
ISSN : 2777-2055
Publisher : Université Lumière Lyon 2

126 | 2020
La psychiatrie aujourd'hui

https://publications-prairial.fr/canalpsy/index.php?id=3182

Electronic reference
« La psychiatrie aujourd'hui », *Canal Psy* [Online], Online since 01 septembre 2021, connection on 29 novembre 2025. URL : https://publications-prairial.fr/canalpsy/index.php?id=3182

Copyright
CC BY 4.0

DOI : 10.35562/canalpsy.3182

Prairial
Pôle éditorial
Lyon Saint-Étienne

ISSUE CONTENTS

Frédérik Guinard
Édito

Dossier. La psychiatrie aujourd'hui

Tribune

Frédérik Guinard
Il faudra bien en (re)venir aux mots !

Vincent Di Rocco
La psychiatrie, une institution en débat

Marie-Noëlle Babinet and Costanza Cannarsa
Neuropsychologie et psychiatrie

Philippe Grondin
De la psychothérapie institutionnelle au clivage entre processus soignant et registre éducatif

Éric Jacquet
La psychiatrie infanto-juvénile aujourd'hui : une crise du sens du soin ?

Matthieu Garot
(Psychiatrie des) Interstices

Bibliographie du dossier

Coup de cœur

Jean-Marc Talpin
Emmanuel Venet, *Manifeste pour une psychiatrie artisanale*

À propos

Jean-Marc Talpin
Benoit Vidal, *L'effet schizomètre. Quand l'art brut dégivre la psychopathologie*

Édito

Frédérik Guinard

DOI : 10.35562/canalpsy.3191

Copyright
CC BY 4.0

TEXT

1 La thématique de la transmission est depuis longtemps au cœur des questionnements de l'Institut de psychologie, et particulièrement du département de Formation en Situation Professionnelle. En écho, *Canal Psy* a souvent interrogé et ré-interrogé toutes les formes de transmission, *entre tradition et productions écrites* (nº 10), visité et re-visité les *crises et remaniements des filiations et appartenances* (nº 39), en de nombreux contextes et au moyen d'une pluridisciplinarité ouverte aux apports épistémologiques de la psychologie clinique psychanalytique, de la psychologie sociale, des neurosciences cognitives, de la psychologie du développement, des sciences politiques, de l'histoire, des arts et de la culture… pour considérer ces enjeux selon plusieurs angles.

2 En 2006, le numéro 72 de *Canal Psy* avait consacré un dossier à la thématique des *enjeux d'actualité de la psychiatrie*, on y parlait déjà de « crise d'identité », de « sentiment d'appartenance », de « glissements progressifs » vers un système soumis à une seule réalité économique et gestionnaire. « C'était le monde d'hier », écrivait aussi Françoise Archirel dans un article remarquable soulignant, en 2009, le malaise endémique qui envahissait déjà la psychiatrie (*Canal Psy*, hors-série nº 2). Mais quel est le monde d'aujourd'hui ? Quelle est la trame actuelle de cette institution en crise, en débats, aux pratiques soignantes en voie de disparition ?

3 Les articles que vous découvrirez dans ce numéro ne consisteront pas, pour une fois, en des témoignages problématisés de la pratique clinique « au chevet » de patients, de sujets en souffrance, de groupalités en péril de déliaison. Non. La demande faite aux contributeurs était de nous transmettre leur point de vue sur l'état de

la psychiatrie aujourd'hui, de faire entendre l'histoire, de remettre en perspectives l'état actuel de leur pratique avec la trame des configurations sociétales et institutionnelles passées.

4 Les textes proposés dans ce dossier représentent donc des mots essentiels, des synthèses nécessaires, pour que l'histoire ne soit pas rayée d'un trait, reléguée au rang d'affabulations ou de légendes pittoresques. Nous sommes en effet dans le « monde d'après »… celui où il serait « recommandé » que les modèles de la psychothérapie institutionnelle, de la psychopathologie clinique, de la métapsychologie psychanalytique, de l'évaluation holistique du sujet soient classés « sans suite ». Mais tous ces modèles résistent ! Car, malgré tout, ils restent particulièrement heuristiques, modernes et portent en eux la processualité d'une approche épistémologique adaptée à son objet : le fonctionnement psychologique et psychopathologique humain.

5 Ce numéro sera donc essentiel comme trace et témoignage de la pertinence de ces approches qui, à défaut d'avoir été « prouvées » (quelles approches peuvent vraiment l'être ?), ont fait « l'épreuve de la clinique » et de sa complexité ; et tous les praticiens, tous les professionnels qui partent en maraude pour tenter de faire – quand même – leur métier, ces « clandestins du soin » sauront apprécier ces témoignages de notre histoire, de nos arrière-plans théoriques, de notre arrière-pays méthodologique et éthique.

6 En vous souhaitant une très bonne lecture.

AUTHOR

Frédérik Guinard
IDREF : https://www.idref.fr/196831296

Dossier. La psychiatrie aujourd'hui

Tribune

Il faudra bien en (re)venir aux mots !

Frédérik Guinard

DOI : 10.35562/canalpsy.3194

Copyright
CC BY 4.0

TEXT

1 Dans nos hôpitaux psychiatriques publics, la tendance actuelle est celle de l'effacement de l'histoire, de l'absence de transmission, de la suppression sans délais de services entiers (CMP de proximité, services de soins en « séquentiel », équipes transversales…) pour des raisons arbitraires, d'une véritable abrasion des savoirs infirmiers, éducateurs, cliniques, d'une rapide disparition de toute cette tradition précieuse, qui loin d'être immuable, garde en elle toutes les trames des pratiques soignantes passées et l'épaisseur de leurs transitions épistémologiques.

2 Le discours idéologique rendant possible ces dégâts considérables repose sur des paralogismes et des raccourcis qui empêchent de penser. En se demandant, par exemple, si l'on doit ou non « résister aux changements » on biaise le débat en supposant *a priori* que tout changement (synonyme de « progrès ») est nécessairement « bon » et « bien pensé » en amont. Pourtant, les équipes qui « résistent » ou contestent ces changements sont constituées d'adultes professionnels et non d'enfants ou d'adolescents… La vraie question, la seule qui ne stigmatiserait pas de manière honteuse ces équipages, serait de s'intéresser à « pourquoi » les professionnels de terrains repèrent dans certains changements de mauvaises décisions, des choix au mieux arbitraires, au pire guidés par la nécessité d'économiser, de simplifier, de mettre l'exception au dehors. Et pourquoi, est-il finalement si difficile pour ceux qui réforment de revenir en arrière et d'avouer qu'une décision était particulièrement inadéquate ?

3 Autre exemple de ces raccourcis délétères pour nos facultés de penser et notre dignité. Prétendre *ad nauseam* que la psychiatrie et la

pédopsychiatrie française sont « en retard » concernant la prise en charge des troubles neuro-développementaux, de la schizophrénie, des autismes, des situations de handicap, de la marginalité… constitue une confusion entre les moyens mis en œuvre pour le traitement des patients et de leurs troubles et les théories du soin qui accompagnent ces traitements et en organisent le sens.

4 Depuis le premier débat fondateur entre Philippe Pinel et Jean-Marc Gaspard Itard au sujet de la prise en charge d'un enfant souffrant d'autisme (tiens donc !), la psychiatrie moderne n'a jamais fait l'économie de débats épistémologiques et de mises en perspective de courants différenciés. Ces débats qui ont jalonné l'histoire de la prise en charge de la souffrance psychique et de la maladie mentale, lorsqu'ils sont rappelés aux contemporains (dans le cadre de la formation des psychiatres et des psychologues notamment) font partie de la richesse de la psychiatrie *à la française*. Alors que le manque d'une démarche rétrospective et dialectique fait partie de ce qui désorganise et appauvrit des pratiques qui sont aujourd'hui désaffiliées, non-coordonnées, dénaturées par les logiques stériles de la « rationalisation » des soins. En parallèle, il est nécessaire de dire et de redire, que ce n'est pas la responsabilité d'un courant théorique en particulier, si les hôpitaux français sont gagnés par une épidémie de fermeture de services, de suppression de lieux de soin, si l'on supprime ou fusionne des postes, si l'on abandonne des territoires en fermant des CMP de proximités, si l'on laisse de côté une pathologie (trop chronique, trop coûteuse, trop complexe, pas assez *Plug and Care*…) au profit de dispositifs d'excellence destinés aux patients les plus simples à « rétablir ». Souvent une confusion est faite entre la « qualité » des soins prodigués dans un service reconnu pour son orientation plutôt psychodynamique et les conditions financières et institutionnelles qui sont mis à disposition des équipes pour tenter de fonctionner.

5 Il faut aussi rappeler, autant que possible, que la démarche « qualité » dans ce qu'elle découle directement du modèle industriel, est une démarche qui vise à ce que les produits d'une entreprise comportent le moins possible d'écarts et de différences à une norme pré-déterminée ! Les contrôles qualités ne sont pas réalisés pour améliorer la qualité des produits comme nous pourrions naïvement le croire, mais pour éliminer les produits qui ne correspondent pas à la

norme « qualité » définie comme rentable car ne ralentissant pas la chaine de production. Mais cela peut-il être la « qualité » dans le cadre d'une approche scientifique humaine en psychiatrie ?

6 Au regard de ces tendances à l'uniformisation, il est précieux que, dans ce numéro, Marie-Noëlle Babinet et Costanza Cannarsa nous aient rappelé que la grande avancée des neurosciences que constituent les travaux de Damasio, n'a pas été la résultante d'une étude expérimentale standardisée en double-aveugle, mais de la prise en compte d'observations issues d'une seule monographie, c'est-à-dire celle du patient *Phineas* Gage. La monographie, l'étude de cas en milieu ordinaire, ayant autant de données « sérieuses » à nous apporter que les sondages de cohorte en milieu stérilisé avec l'illusion de maîtrise de toutes les variables.

7 Alors, les tenants de l'*evidence based medecine* ont beau jeu de présenter leur démarche comme un procédé à la méthodologie exemplaire, quand il s'agit de catégoriser avant de comprendre, quand il s'agit de répertorier avant d'analyser, quand il s'agit de rejeter les écarts et les « petits rien » qui font pourtant l'essentiel à la compréhension des processus normaux et psychopathologiques d'un sujet.

8 La CFTMEA (Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent) est désignée par ceux-là comme le symbole du retard « à la française ». Qu'ils se rassurent, les logiciels gérant le dossier informatisé de l'usager en psychiatrie ont déjà mis à la porte cette classification ! Mais qu'ils s'inquiètent car le DSM5 est, comme le rappelle dans son article Éric Jacquet, fortement critiqué outre-Atlantique…

9 Avant sa détérioration récente, la psychiatrie et la pédopsychiatrie française (le texte de Philippe Grondin le signale bien au travers de la question de la psychiatrie institutionnelle) n'avaient pas des « années de retard » sur la psychiatrie américaine (ou mondiale-globale), mais au moins cent ans d'avance ! Cent ans car ces pratiques au « chevet » des malades et de leurs symptômes venaient en approcher aussi tous les enjeux psychiques, affectifs, relationnels, systémiques et cognitifs. Mais cent ans de recul et de prise en compte « méta » également, car cette complexité pouvait être accueillie et travaillée dans des espaces-temps de complémentarité pluridisciplinaire où **la**

subjectivité et la partialité étaient incluses dans un processus multidimensionnel d'analyse des situations (au contraire de ce que l'évidence martelée par les instances scientistes nous recommande). Cent ans, car vingt fois, cent fois, cent mille fois, les cliniciens chercheurs ont retravaillé leurs modèles, les ont adaptés, modifiés, parvenant à une théorie du fonctionnement psychique et psychopathologique au plus près de ce que le vivant, l'humain, le groupal donnaient à voir et à sentir aux soignants impliqués et engagés dans cette démarche de rencontre qu'est le soin.

10 Mais parfois l'humilité, la démarche pas à pas, la lente et tangente construction de « ponts » entre « nous » et « eux », au risque d'une salutaire identification qui rend possible et pensable le lien, ne suffisent pas pour faire entendre la pertinence de ces modèles (qui sont davantage apparents à des processus qu'à des procédés). Il faut donc en venir aux mots, il faut en revenir à l'histoire et rappeler les jalons qui ont fait, en psychiatrie comme en science, de certaines tentations idéologiques des impasses. Impasses dans l'écoute et la compréhension des patients, de leurs pathologies et de toutes leurs dimensions.

AUTHOR

Frédérik Guinard
Psychologue clinicien, docteur en psychologie et en psychopathologie clinique
IDREF : https://www.idref.fr/196831296

La psychiatrie, une institution en débat

Vincent Di Rocco

DOI : 10.35562/canalpsy.3196

Copyright
CC BY 4.0

OUTLINE

La psychiatrie au cœur des évolutions sociétales
La psychiatrie prise dans les débats épistémologiques
La psychiatrie une institution ouverte aux « agonies psychiques »
Pour conclure

TEXT

1 Le malaise que traverse actuellement la psychiatrie témoigne du rapport particulier que cette institution entretient avec la crise. En effet, la psychiatrie semble être traversée en permanence par un sentiment de malaise qui mêle crise et menace, produisant une mise en débat toujours recommencée. Cette sensibilité particulière à la crise peut être comprise comme relevant de trois registres différents. Un premier registre est lié à l'écho direct des mutations sociales sur l'organisation institutionnelle de la psychiatrie. Un autre registre est lié à la dimension nécessairement plurielle du soin psychiatrique qui combine en permanence différentes approches, différentes conceptions potentiellement conflictuelles, pour accomplir sa tâche primaire. Un dernier registre est lié à cette tâche primaire elle-même, une tâche qui consiste à tenter de traiter les différentes formes de crises psychiques engendrées par les processus psychopathologiques.

La psychiatrie au cœur des évolutions sociétales

2 À un premier niveau, les institutions psychiatriques sont extrêmement sensibles aux mutations sociales qui bousculent son organisation et ses valeurs tout en lui permettant de se réformer en profondeur. La psychiatrie est une institution dont le rôle social est d'une grande importance, le traitement de la « folie » étant un marqueur culturel essentiel. C'est une institution clé du traitement de la « mésinscription sociale » (Henri, 2004) par des processus de restauration de l'ordre symbolique troublé par la déviance de certains sujets au regard de l'organisation sociale. De ce fait, la traversée des crises majeures et des réaménagements qui affectent la société produisent des transformations notables des modalités des soins psychiatriques bien au-delà des progrès apportés par l'évolution des connaissances en matière de psychopathologie. À titre d'exemple, les suites de la Révolution Française ont vu apparaître « l'aliénisme » qui constitue les pathologies mentales en objet spécifique et introduit la possibilité d'un traitement, le « traitement moral ». Ce « traitement moral » instaure la place de la parole au cœur du traitement des souffrances psychiques et restaure ainsi le statut de sujet de ceux qui souffrent psychiquement. Dans les mêmes logiques, la Seconde Guerre mondiale entrainant le délaissement des résidents des asiles et la tragédie des camps de concentration ont été suivis par une profonde critique de l'asile, devenu un lieu de privation et d'enfermement totalitaire. Cette critique de l'organisation de la psychiatrie a entrainé la mise en place du mouvement de la psychothérapie institutionnelle puis de la naissance du secteur psychiatrique accompagnée par la recherche de traitement médicamenteux et d'une formation spécifique des soignants.

3 Les évolutions sociétales actuelles n'épargnent pas les institutions psychiatriques. Les travaux d'H. Rosa (2005), soulignent la transformation de la temporalité engendrée par une modernité reposant sur une expérience d'accélération. Une société où le changement est permanent et, surtout, toujours plus rapide. Une accélération qui touche autant les transformations technologiques, les modifications sociales, ou encore, tout simplement, le rythme de

vie de chacun. Cette expérience de l'accélération s'associe paradoxalement à celle d'un manque de temps et d'une désynchronisation suscitant des réactions d'impuissance et de stress.

4 Cette détresse subjective contemporaine qui traverse nécessairement la vie institutionnelle de la psychiatrie (Pinel, Gaillard, 2013), engendre des logiques dites « gestionnaires », c'est-à-dire des logiques du contrôle et de l'évaluation objectivante tentant de maîtriser cette transformation permanente. Ces mouvements valorisent les logiques quantitatives, la nécessité d'une productivité et d'une rentabilité immédiate. La recherche des gains de temps et le besoin de trouver des consensus tendent à destituer la pensée clinique et la notion de sujet de leur place. Les soignants doivent traduire en « actes » démontrables et « traçables » leur rencontre avec les patients. Le sens des pratiques s'estompe derrière le respect de normes et de procédures censées en permettre la maîtrise. La psychiatrie est progressivement l'objet d'un gommage de ses spécificités au profit d'un rapprochement des modèles issus de l'hôpital général. Le nouveau diplôme infirmier fait disparaître la spécialisation de la formation aux soins psychiatriques, chaque soignant devant être interchangeable sans délai afin de faciliter la gestion du personnel. Le « burn out » des soignants répond à un travail dénarcissisant qui confronte à un sentiment d'inadéquation des réponses aux besoins des patients. À la lourdeur du système de soin répond la massivité des pathologies du registre psychosocial engendrant l'instabilité des équipes soignantes.

5 De plus, les logiques du contrôle et de l'évaluation objectivante tendent à réduire, voire même évacuer, la subjectivité perçue comme une variable parasite et incontrôlable. Bref, les institutions médico-sociales ont bien du mal à s'articuler avec les changements socio-politiques qui la traversent. Les liens groupaux et institutionnels sont mis à mal, ce qui participe grandement de la souffrance des groupes institués. L'atteinte des « contrats narcissiques » crée une insécurité majeure dans les équipes soignantes qui affectent leurs capacités de contenance.

6 Les modèles dominants écrasent ceux qui sont issus des sciences humaines et notamment de la psychologie clinique, des pratiques cliniques. Mais ces pratiques se réinventent, se réinitient au fil de la

pratique et des rencontres entre les cliniciens, souvent aux marges des fonctionnements institutionnels. C'est cette réinvention ou cette survivance, c'est selon, qui peut prendre la forme de rencontres en réseaux pluriprofessionnels ou de groupes d'élaboration clinique qui restaurent la possibilité de créer des réponses ajustées propres aux membres de l'institution.

La psychiatrie prise dans les débats épistémologiques

7 Dans un autre registre, au-delà des mutations sociales, la psychiatrie et ses institutions sont elles-mêmes nécessairement dans une mise en débat conceptuel permanente. La psychiatrie est par essence au carrefour de différentes conceptions du soin psychique et des formes de traitement social des conséquences des pathologies mentales. Elle oscille sans cesse entre une tendance à la désarticulation, sous l'effet de l'affrontement de courants conceptuels provoquant une babélisation des pratiques, et une tendance à l'unification liée à l'assimilation et l'intégration de ces différents courants. La crise est donc aussi une menace permanente liée à la dimension complexe et plurielle du soin psychiatrique. C'est le débordement de la capacité à contenir la conflictualité potentielle des aspects plurifactoriels du soin psychiatrique qui provoque le vécu de crise interne à la psychiatrie.

8 La psychiatrie compose en permanence avec différentes approches du soin psychique psychanalytiques, humanistes, systémiques, comportementales, phénoménologiques… Mais aussi différentes approches biologiques, neurodéveloppementales, sociales associées à des questions médicolégales et éthiques. La psychiatrie est donc au carrefour de différentes approches dont il devient par moments de plus en plus difficile de penser la coexistence. Schématiquement, il est possible de repérer dans les références de la pratique psychiatrique deux grands courants épistémologiques différents dans leurs méthodes. Les interactions relationnelles entre soignants et soignés réfèrent aux sciences humaines alors que l'étude des pathologies se développe de plus en plus dans une étude expérimentale du cerveau qui croise biologie et neurosciences où les dimensions intersubjectives deviennent des variables indésirables.

9 La psychiatrie est en permanence à la recherche d'une révolution scientifique qui lui permettrait de se libérer de sa confrontation à la chronicisation des pathologies mentales. Cette révolution se produit régulièrement dans l'histoire de la psychiatrie créant un engouement massif et des espoirs rapidement déçus. Les deux premiers prix Nobel de médecine décernés à la psychiatrie en témoignent. Le prix Nobel représente un haut niveau de consensus scientifique basé sur une haute qualité de validation scientifique. Pourtant, l'histoire a montré le peu de pertinence de ces découvertes. Le premier prix Nobel a été attribué à Julius Wagner-Jauregg en 1927 pour l'invention de la « Malariathérapie ». Ce traitement consistait à inoculer le paludisme pour déclencher une hyperthermie pensée comme soignant les troubles psychotiques. En 1949, c'est Egas Moniz qui se voit attribuer un prix Nobel pour ses travaux sur la « Leucotomie préfrontale », plus connue sous le nom de lobotomie. Deux pratiques validées scientifiquement aujourd'hui heureusement tombées en désuétude.

10 Actuellement, les effets de séduction des approches expérimentales objectivantes, portées par le développement des neurosciences explorant le cerveau, sont renforcés par les logiques gestionnaires qui se développent au sein des institutions. Ces approches entretiennent l'illusion d'une pathologie mentale réduite à un organe, le cerveau, dont les dysfonctionnements seraient rendus visible à l'œil par l'imagerie médicale. Alors que les neurosciences deviennent au plan international progressivement la référence scientifique de la psychiatrie, l'écart se creuse avec les pratiques quotidiennes où les hospitalisations contraintes et les contentions se développent face à des patients perçus comme violents ou dangereux faute d'être compris. La sémiologie descriptive classique est supplantée par des analyses factorielles réduisant les hypothèses diagnostiques à une somme de symptômes. La compréhension de chaque sujet recule face aux nécessités du contrôle des corps agités par une machinerie neurobiologique insensée et dérégulée.

11 D'un point de vue plus général, le problème auquel se confronte régulièrement la psychiatrie est celui de l'articulation entre des sciences que les méthodologies opposent : les sciences cliniques engageant la subjectivité de l'observateur et les neurosciences expérimentales et objectivantes. La psychologie cognitive et la neuropsychologie se développent dans cet écart entre biologie et

pratique clinique sans pour autant le réduire. Les savoirs cliniques empiriques peinent à se transmettre. Leurs aspects informels les rendent pour partie invisibles aux évaluations objectivantes récapitulant uniquement des actes prédéfinis et quantifiables.

12 La psychiatrie repose sur une série de situations relationnelles complexes, qu'il s'agisse de produire un diagnostic, de prendre une décision d'orientation ou de produire des soins psychiques. Les dimensions intersubjectives, intentionnelles, comme le contexte institutionnel et l'environnement direct du patient sont engagés dans l'analyse de la situation. Les prises de décisions quotidiennes des médecins, et leurs conséquences médico-légales, sont peu éclairables par des travaux expérimentaux. C'est ce savoir clinique issu de la multiplicité des pratiques qui cherche aujourd'hui à se formaliser pour se prêter au travail de recherche. Il s'agit de reprendre la recherche qui s'appuie sur l'observation et la construction de sens qui valorisent l'étude de cas. Les travaux du GRSI [1] marquent une évolution dans ce domaine en développant des recherches sur les pratiques informelles menées par des infirmiers. De même les recherches de l'évaluation clinique de la psychothérapie institutionnelle (Brun A. et col., 2016), menées dans le cadre général de l'évaluation qualitative des pratiques cliniques par le CRPPC [2], représentent une réaction au modèle évaluatif basé sur une quantification au profit de recherche qualitative basée sur l'expérience des soignants. Un des enjeux actuels pour l'approche psychopathologique clinique est de contribuer à réduire l'écart entre praticien et chercheur.

13 N. Georgieff (2009) aborde cette tension qui traverse la psychiatrie en reprenant la distinction faite par Dilthey (1883) entre une approche basée sur la « compréhension » et celle basée sur « l'explication ». C'est-à-dire une recherche qui se centre sur l'explication des mécanismes qui sous-tendent les comportements et une recherche qui vise la compréhension du sens de celle-ci. Ce dualisme a actuellement du mal à se constituer en dialectique dans la culture psychiatrique et tend plutôt à renforcer les divergences créant un sentiment de crise de valeurs. Or, l'extrême complexité et la forte diversité des souffrances humaines que la psychiatrie doit traiter rendent nécessaire ce travail de mise en cohérence conceptuelle qui suppose d'accepter un relatif métissage.

14 Ce métissage prend la forme de « bricolages » conceptuels, de bricolage au sens donné par C. Lévi-Strauss, c'est-à-dire la réutilisation de matériaux et d'outils déjà éprouvés dans une combinaison originale ajustée aux nécessités d'une tâche artisanale. La psychiatrie détourne, accommode, les savoirs issus des champs conceptuels qu'elle mobilise, qu'il s'agisse de la biologie où le médecin va jouer sur les interactions entre les traitements ou la psychanalyse qui se retrouve « sans divan » devant modéliser des dispositifs thérapeutiques nés des nécessités de la clinique et de l'inventivité des soignants.

La psychiatrie une institution ouverte aux « agonies psychiques »

15 Le repérage des transformations sociales, politiques et scientifiques ne doit pas occulter les tensions qui sont du ressort de la tâche primaire des institutions psychiatriques. Cette tâche primaire consiste à accueillir des sujets en crise et qui mettent leur environnement en crise. La psychiatrie est donc aussi en lutte permanente contre le retournement maléfique qui conduit à reproduire ce que l'on croit combattre, le transfert des logiques de crise psychique au sein de ses propres dispositifs. En s'offrant comme environnement à la crise psychique qui traverse ses patients, la psychiatrie se trouve aussi condamnée à traiter perpétuellement des dynamiques de crise.

16 Les dimensions groupales et institutionnelles sont directement mobilisées par la remise en jeu des processus psychiques émergeants à l'occasion des troubles profonds de la personnalité. Dans les institutions, les mouvements de retrait partiel de la subjectivité et les mouvements de désymbolisation de la pensée sont porteurs de mouvements de déliaison destructeurs face aux problématiques où les assises du sujet sont menacées d'effondrement. Le travail groupal, notamment dans ses capacités de liaison dans le registre de la symbolisation dite « primaire », est un élément indispensable du soin pour des équipes sans cesse confrontées à la répétition et au non-sens. Les ensembles intersubjectifs sont le lieu de modalités de

« liaison primaire non symbolique » (Roussillon, 1999) qui ont fait l'objet de nombreux travaux dans le cadre du CRPPC [3] à la suite des travaux fondateurs d'E. Jacques, J. Bleger, D. Anzieu.

17 Les vécus de confrontation à l'irreprésentable que véhiculent les soins psychiatriques, poussent à des ruptures du lien identificatoire et des contrats narcissiques entre soignants et patients conduisant à des formes de réactions thérapeutiques négatives marquées par la « passivation » (Green, 1999) et les « logiques du désespoir » (Green, 1990). Établir une relation thérapeutique fiable permettant le déploiement de mouvements transférentiels « utilisables » est un enjeu majeur et incertain du soin psychique dans le champ de la psychose.

18 Les récents travaux psychanalytiques sur la subjectivation et les troubles narcissiques identitaires permettent de dégager une reformulation de la problématique générale liée à la tâche primaire des institutions psychiatriques. En conséquence, cette problématique permet de repérer quelques éléments nécessaires à l'établissement des conditions d'une pratique de psychothérapie psychanalytique, que les références de l'institution psychiatrique soient tournées ouvertement vers la psychanalyse ou pas.

19 Les souffrances narcissiques-identitaires sont portées par des troubles majeurs du processus de symbolisation liés à l'émergence de « traumatismes primaires » sous l'effet « d'angoisses agonistiques » (Roussillon, 1999) théorisées par R. Roussillon. Les souffrances « narcissiques identitaires » désignent un spectre large de souffrances narcissiques qui atteignent le sentiment d'identité, de continuité de soi. Le « traumatisme primaire » affecte l'organisation des processus qui soutiennent la symbolisation dite « primaire », c'est-à-dire la composition et l'appropriation des représentations psychiques à partir d'éprouvés et d'échanges intersubjectifs. Le traumatisme primaire est lié à un état d'agonie, c'est-à-dire un état de détresse vécu comme sans représentation, sans issue ni recours externe et sans fin, un état au-delà du manque et du désespoir. Pour survivre, le sujet se retire et se coupe de sa subjectivité dans un mouvement de clivage du moi qui déchire la subjectivité entre une partie représentée et une partie non représentée. Les traces de cette expérience sont soumises à la contrainte de répétition et font retour

dans un registre qui reste non représentatif. D'où un deuxième niveau de défense qui s'organise contre le « retour du clivé », les liaisons non-symboliques mobilisant l'environnement du patient.

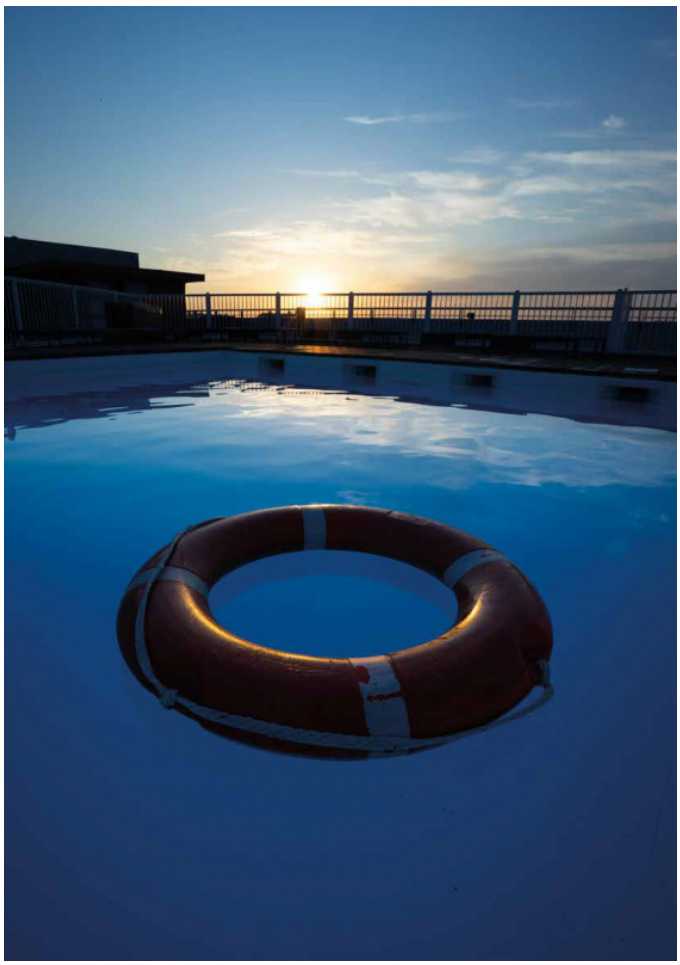
20 Cette mobilisation de l'environnement s'effectue dans un mouvement transférentiel, le transfert « par retournement » (*ibid.*, 1999). Dans ce mouvement transférentiel, le patient demande au clinicien d'être « le miroir du négatif de soi », le réceptacle vivant de ce qui n'a pas été senti ou vu en soi. Il s'agit de faire vivre à l'autre ce que l'on n'a pas pu vivre en soi, d'où des formations paradoxales où les perceptions et les sensations se substituent à l'ordre représentatif. Ce mouvement transférentiel répond au sentiment d'impasse auquel le sujet réagit par la détresse, le désespoir ou le retrait. D'où un univers transférentiel marqué par la négativité et la destructivité associée à la contrainte de répétition qui prend le pas sur la logique du principe du plaisir/déplaisir. La massivité des mouvements transférentiels provoque aussi un mécanisme particulier, une fragmentation, une décomposition en différents éléments. Ce mécanisme a été repéré dès les débuts de la psychanalyse des psychoses par P. Federn (1943) qui distinguait un transfert « positif » et un transfert « négatif » et repérait la nécessité des prises en charges plurifocales. Mais ce sont surtout les travaux sur l'intersubjectivité à l'œuvre dans les groupes, synthétisés par R. Kaës (2007), qui ont permis de repérer un véritable transfert « diffracté ». C'est-à-dire un transfert fait de fragments projetés sur les différents membres des équipes soignantes ou sur les différents cadres de soin de façon simultanée ou successive.

21 L'institution s'offre donc comme objet conteneur à ces mouvements psychiques. Le dialogue singulier entre soigné et soignant se déroule au sein de la configuration particulière du soin psychiatrique. Le dispositif psychiatrique est constitué d'un emboîtement de différentes modalités de prise en charge mêlant l'individuel et le groupal, l'informel et les actes techniques. Cette complexité du dispositif psychiatrique permet l'accueil de ces mouvements transférentiels diffractés. Les processus groupaux permettent la coexistence et l'articulation entre les logiques de la symbolisation primaire et celles de la symbolisation secondaire en laissant place aux « processus tertiaires » décrits par Green (1972). Des processus qui mettent en relation les processus primaires et les processus secondaires en créant un champ d'illusion garantissant la possibilité

du jeu dans un espace potentiel. Les processus mobilisés par l'appareil psychique groupal viennent soutenir ces « processus tertiaires » dont le rôle est essentiel dans l'articulation et l'accordage des différents registres psychiques troublés par les pathologies massives. Le travail de mise en sens passe par un travail de remise en jeu produit par les constructions groupales. Ces mouvements psychiques permettent une identification « suffisante » au patient portée par « l'identification narcissique de base » décrite par R. Roussillon (2012), ou par ce que P.-C. Racamier (1980) appelle « l'idée du moi » ou le « sens du moi », et une élaboration des situations traumatiques engendrant la désespérance thérapeutique en appui sur un dispositif permettant la survivance psychique du clinicien.

Pour conclure

22 La psychiatrie actuelle est donc à la croisée de différentes dynamiques qui se traduisent par des logiques de crise et des menaces de rupture radicale. Sur la scène publique, la pathologie mentale semble faire plus peur que penser et les prises en charge thérapeutiques tendent à se disperser dans des approches fragmentaires faisant perdre toute cohésion à l'ensemble. De ce fait, la psychiatrie est en position d'être une sorte de laboratoire du traitement et du dépassement des expériences de dérèglement liées aux crises complexes qui se déploient sur différents registres. Les travaux de D. Anzieu et R. Kaës sur « l'analyse transitionnelle » (Kaës R. et col., 1979) retrouvent une actualité. L'enjeu actuel semble bien à nouveau de « transitionnaliser » les rapports entre les différents constituants du soin psychiatrique afin de créer de nouvelles continuités basées sur une transdisciplinarité incontournable.



Karim Ben Van on Unsplash.

NOTES

1 Groupe de Recherche en Soins Infirmiers, Centre Hospitalier Saint-Cyr-au-Mont-d'Or.

2 Centre de Recherche en Psychologie et Psychopathologie Clinique, Université Lumière Lyon 2.

3 Notamment, R. Kaës, P. Fustier, B. Chouvier, R. Roussillon, G. Gaillard…

AUTHOR

Vincent Di Rocco
Professeur de psychopathologie et de psychologue clinique, directeur du département de Psychologie clinique, Institut de psychologie, Université Lumière Lyon 2
IDREF : https://www.idref.fr/112030912
ORCID : http://orcid.org/0000-0003-4285-3346
ISNI : http://www.isni.org/000000014028590X
BNF : https://data.bnf.fr/fr/16910596

Neuropsychologie et psychiatrie

La complémentarité du binôme

Marie-Noëlle Babinet and Costanza Cannarsa

DOI : 10.35562/canalpsy.3198

Copyright
CC BY 4.0

OUTLINE

Introduction
Quelle place est réservée à la neuropsychologie en psychiatrie et dans les modèles neurodéveloppementaux ?
En quoi consiste l'évaluation neuropsychologique en psychiatrie ?
Quelle est la spécificité du neuropsychologue en psychiatrie en adéquation avec l'intérêt de l'évaluation neuropsychologique ?
Comment adapter l'évaluation à chaque individu ?
Les potentiels mésusages de la neuropsychologie en psychiatrie

TEXT

Introduction

1 La neuropsychologie est une discipline carrefour née principalement de l'interaction entre neurologie et psychologie. En effet, au XVIII[e] siècle, une vision localisationniste des fonctions cérébrales se développe avec entre autres GALL et la phrénologie, discipline qui prétendait déterminer les traits de caractère et les capacités intellectuelles des individus en palpant les bosses du crâne. Bien que des lacunes méthodologiques aient été présentes, l'importance historique de cette discipline réside dans le fait qu'elle est la première théorie localisationniste, c'est-à-dire soutenant un lien entre des localisations cérébrales et des fonctions cognitives. Par la suite, Paul BROCA, neurologue français, est l'un des premiers à établir une correspondance anatomo-clinique entre le langage et une zone cérébrale précise en étudiant des patients aphasiques (c'est-à-dire incapables de communiquer par la parole). Parallèlement, de

nouveaux outils (comme la stimulation électro cérébrale) ont également participé au développement des connaissances sur les liens entre cerveau et fonctions cognitives. Plus tard, dans la seconde partie du XX^e^ siècle, la naissance du modèle de traitement de l'information en psychologie cognitive va permettre l'étude des étapes, des processus et des modules de traitement de la perception de la cognition. Plusieurs cas de patients serviront également à une meilleure connaissance : les travaux de Brenda Milner sur le cas HM, les travaux d'Antonio Damasio sur le cas de *Phineas Gage*, etc. En effet, sous l'impulsion des travaux d'A. Damasio, l'étude de l'émotion commence à être prise en compte dans le fonctionnement neurocognitif et un intérêt est porté sur certains aspects du comportement tels que des modifications du comportement sexuel ou des altérations du jugement moral consécutives à une lésion cérébrale. Cette prise en compte du paradigme cognitiviste dans la discipline de la neuropsychologie a donné lieu à un important changement de perspective vers la fin des années 1970.

2 Toutefois, il faudra attendre quelques années supplémentaires pour prendre la mesure de l'apport de la neuropsychologie à la psychiatrie. La majorité des psychiatres doutaient de la capacité des approches neuropsychologiques, conçues pour décrire et comprendre les troubles cognitifs des patients ayant une lésion cérébrale, à pouvoir un jour rendre compte de pathologies aussi complexes que les maladies mentales. Parallèlement, certains étaient persuadés que la nosologie psychiatrique et la psychiatrie biologique ne suffiraient pas pour établir un lien entre les niveaux d'analyse clinique et biologique, trop éloignés l'un de l'autre. Afin de développer une démarche intégrative des troubles psychiatriques, des recherches pluridisciplinaires associant psychiatres, neuropsychologues et psychologues de la cognition, se sont progressivement mises en place pour aborder le niveau d'analyse intermédiaire entre les symptômes cliniques et le substrat biologique, celui de la cognition.

3 Cet article a pour but de décrire la neuropsychologie et, d'expliciter l'intégration actuelle de cette discipline dans le monde de la psychiatrie.

Quelle place est réservée à la neuropsychologie en psychiatrie et dans les modèles neurodéveloppementaux ?

4 L'intérêt de la place du neuropsychologue en psychiatrie s'est rapidement confirmé en mettant en exergue que la pluridisciplinarité était la condition nécessaire pour mettre à profit les concepts et les méthodes de la neuropsychologie cognitive, et plus largement des neurosciences cognitives dans le champ des maladies mentales. Cette démarche intégrative et pluridisciplinaire doit prendre en compte la double spécificité de la psychiatrie :

1. Spécificité liée à la nature de la symptomatologie psychiatrique, différente à bien des égards de la symptomatologie des patients ayant une lésion cérébrale.
2. Spécificité liée aux mécanismes cognitifs et biologiques sous-jacents.

5 La schizophrénie a constitué la pathologie de choix pour mettre à l'épreuve cette démarche pluridisciplinaire. On peut désormais tenter de rendre compte des troubles schizophréniques dans une perspective cognitive avec des difficultés dans la vie quotidienne en grande partie liées à divers troubles cognitifs. On peut par exemple retenir quelques données (non exhaustives) avec la présence dans leur fonctionnement :

- d'anomalies du traitement de l'information sensorielle ;
- d'anomalies liées à un encodage déficient des informations dans la mémoire ;
- d'anomalies tenant à un déficit des compétences linguistiques, de nombreuses études montrant que l'ensemble des opérations de production d'un discours (choix correct des mots, de la forme syntaxiques ; prise en compte pragmatique des besoins de l'auditeur) est altéré chez les personnes souffrant d'une schizophrénie ;
- d'anomalies dans la compréhension des pensées d'autrui (théorie de l'esprit cognitive).

6 Le développement des modèles cognitifs se fait actuellement dans les domaines les plus divers de la pathologie mentale : schizophrénie, troubles de la personnalité, alcoolisme, mais aussi anxiété, pathologie dépressive, troubles comportementaux en lien avec une pathologie neurodéveloppementale. L'importance et la reconnaissance des troubles neurodéveloppementaux est en plein essor, notamment avec la révision du DSM version 5[1] en mai 2013 (version française sortie en juin 2015). En effet, il regroupe désormais différents troubles : troubles moteurs, troubles de la communication, déficience intellectuelle, troubles spécifiques des apprentissages, troubles du spectre autistique, troubles de Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité. Ces troubles neurodéveloppementaux se manifestent lors de la petite enfance, généralement avant l'entrée à l'école (American Psychiatric Association, 2013) et sont caractérisés par un retard de développement qui peut se traduire par des atteintes cognitives, comportementales et sensorimotrices. Ces différentes atteintes peuvent entraîner une altération du fonctionnement personnel, social, scolaire et/ou professionnel. Par ailleurs, des troubles associés peuvent être présents tels que des troubles du comportement ou des troubles psychopathologiques : troubles anxieux, troubles obsessionnels, syndrome dépressif, symptômes psychotiques. Cette multiplicité des troubles entraîne la nécessité d'un regard pluridisciplinaire entre psychiatre, neuropsychologue, somaticien. Ainsi, une place importante est accordée à la neuropsychologie afin de faire des liens, de mieux appréhender et comprendre les interactions entre altération cognitive, altération fonctionnelle et symptômes comportementaux et/ou psychiatriques.

En quoi consiste l'évaluation neuropsychologique en psychiatrie ?

7 Le bilan neuropsychologique est constitué de 4 phases distinctes et complémentaires : l'anamnèse, le choix et la passation des épreuves, l'interprétation, et la restitution des résultats.

1. **L'anamnèse** est un entretien entre le psychologue, le patient et son entourage qui précède la passation des épreuves. Cet entretien permet

de retracer le parcours neurodéveloppemental du patient, d'avoir un aperçu sur son niveau d'autonomie et de reprendre avec lui les motifs de la consultation. Une exploration approfondie des difficultés éprouvées au quotidien par le patient est également réalisée. Au cours de cette phase, il est important d'évaluer la motivation du patient pour réaliser le bilan. En effet, si ce dernier vient contre son gré, ou n'en perçoit pas l'intérêt, les résultats obtenus risquent de ne pas refléter son réel niveau cognitif mais plutôt son manque de motivation. Finalement, ce moment d'échange entre le patient et le thérapeute est essentiel pour mettre en place une alliance thérapeutique, indispensable pour le bon déroulement de l'évaluation.

2. Suite à l'anamnèse, le psychologue spécialisé en neuropsychologie doit effectuer un **bilan** qui rend compte le plus précisément possible du fonctionnement cognitif de la personne avec des mesures objectives.
3. Après avoir choisi les épreuves adaptées et les avoir administrées aux patients, le neuropsychologue doit interpréter les performances de ces derniers en lien avec les observations faites durant la passation. Cette phase **d'interprétation** se fait en deux temps. Tout d'abord, les scores obtenus aux tests sont comparés à la population générale qui partage des caractéristiques communes aux patients (âge, sexe, niveau socio-culturel). Cette comparaison permet de comprendre si les performances du sujet se situent dans la moyenne ou si elles sont inférieures au niveau attendu. Dans un second temps, une comparaison des performances de la personne est faite entre les différents tests administrés afin de définir un profil cognitif plus spécifique.
4. Après avoir interprété les performances, le neuropsychologue rédige un **compte rendu** au sein duquel une interprétation des résultats est donnée en explicitant les points forts et les points faibles du patient. Il est souhaitable de programmer un rendez-vous de synthèse pour qu'une restitution orale des conclusions du bilan soit faite au patient et/ou son entourage.

8 En conclusion, un bilan neuropsychologique doit toujours être commencé par un temps d'entretien entre le psychologue spécialisé en neuropsychologie et le patient pour reprendre le parcours de ce dernier ainsi que ses plaintes. En fonction de cet entretien, le thérapeute choisit les tests qui permettent d'évaluer des fonctions cognitives spécifiques et qui répondent à des critères psychométriques précis. Après la passation des tests, un temps d'interprétation des données et de rédaction d'un compte rendu est

nécessaire. Ce dernier peut être restitué lors d'un rendez-vous de synthèse au sein duquel le neuropsychologue explique au patient les résultats observés, ainsi que ses points de compétences et de fragilités et quels aménagements peuvent lui être proposés.

Quelle est la spécificité du neuropsychologue en psychiatrie en adéquation avec l'intérêt de l'évaluation neuropsychologique ?

9 La pratique du neuropsychologue est complexe et ne réside pas seulement dans la passation et la réalisation de tests cognitifs. En effet, l'évaluation des capacités cognitives se fait dans un but bien précis avec un objectif singulier qui est celui de la prise en charge thérapeutique adaptée et personnalisée à chaque individu. Afin que l'utilité de l'évaluation soit optimum, et notamment en psychiatrie où des traitements médicamenteux sont souvent prescrits, il est important de s'interroger au préalable sur la balance bénéfice/risque de la médication afin de s'assurer de la stabilisation psychique du patient et de l'absence d'effets indésirables potentiels liés au traitement.

10 Dans la compréhension du rôle du neuropsychologue, il émerge cinq intérêts principaux à l'évaluation neuropsychologique, examens devenant indispensables dans le parcours de soin en psychiatrie et/ou pédopsychiatrie :

1. Avoir une meilleure compréhension de l'interaction entre la personne et son environnement, c'est-à-dire comment la personne perçoit son environnement, agit dessus et apprend. En effet, à partir de l'évaluation, le neuropsychologue est en mesure de mettre en lumière les compétences et les fragilités de chaque individu, qui à leurs tours peuvent rendre compte de troubles fonctionnels exprimés dans la vie quotidienne.
2. Comprendre le fonctionnement cognitif spécifique de chaque personne pour aider à l'orientation scolaire (classe ordinaire, dispositif ULIS, section SEGPA, IME, IMPro, etc.) et/ou professionnelle (milieu ordinaire, travail adapté en milieu ordinaire, milieu protégé, ESAT etc.) ;

3. Évaluer les capacités cognitives de la personne dans un objectif de proposition et d'organisation des prises en charge (remédiation cognitive, orthophonie, ergothérapie, psychomotricité, orthoptie). En effet, l'évaluation des compétences et fragilités cognitives d'une personne peut aiguiller le neuropsychologue sur l'indication des différentes prises en charge rééducative en ayant en tête la spécificité de chaque profession (voir Tableau 1) ;
4. Proposer des aménagements pour le quotidien de la personne et pour sa scolarité/son travail en s'appuyant sur ses compétences et ses fragilités décelées à l'instar de l'évaluation neuropsychologique. En effet, si le bilan relève des difficultés attentionnelles par exemple chez un jeune scolarisé, il est possible de conseiller la présence d'une aide humaine, la mise en place de pauses régulières. Par ailleurs, afin de faciliter la représentation du temps et par conséquent le temps dédié à une activité par exemple, il peut être utile de préconiser la mise en place d'un Timer (Figure 1). Si des difficultés de balayage visuel sont détectées ayant pour conséquence des difficultés de lecture, une règle de lecture peut être préconisée (Figure 2). Enfin, des séquentiels imagés peuvent être utilisés afin d'aider au repérage temporel mais également pour aider à l'anticipation de la journée (Figure 3). Par ailleurs, pour un adulte ayant un travail, si des troubles organisationnels et/ou de mémoire sont repérés, des séquentiels décomposant les actions à effectuer peuvent être proposés (Figure 4). Enfin, afin de pallier les troubles visuospatiaux, il peut être utile de proposer un support clair pour aider au repérage spatial (Figure 5).
5. Mesurer l'effet d'une prise en charge thérapeutique (p.ex. l'effet d'une remédiation cognitive) ou médicamenteuse (p.ex impact de l'introduction du méthylphénidate dans les troubles attentionnels).

Tableau 1. Spécificité de différentes professions

PROFESSION	TYPE D'ÉVALUATION	SPÉCIALITÉ
Orthoptiste	La fonction visuelle	La perception visuo-spatiale, l'oculomotricité, l'attention visuo-spatiale, le champ visuel
Psychomotricien	Approche centrée sur le corps à travers duquel sont appréhendés les aspects psychiques et cognitifs	Schéma corporel, la latéralité, l'organisation spatio-temporelle, les troubles gestuels, les troubles du dessin

Orthophoniste	Langage et communication	Praxies buco-faciales, déglutition, phonation, langage oral, langage écrit verbal (lecture, écriture) et mathématique, communication alternative
Ergothérapeute	L'indépendance et autonomie dans l'environnement quotidien	Aménagement du domicile, orthèse, communication alternative, aménagement du matériel, troubles gestuels
Psychologue spécialisé en neuropsychologie	Fonctions cognitives et adaptatives en lien avec les aspects thymiques, relationnels	Mémoire, fonctions exécutives, attention, cognition sociale, langage, praxies, gnosies, efficience intellectuelle, compétences adaptatives
Psychologue	L'efficience intellectuelle, les compétences adaptatives, les aspects thymiques et relationnels	L'efficience intellectuelle, les compétences adaptatives, tests projectifs
Éducateurs & rééducateurs & psychologues & médecins &… formés à des outils spécifiques	Compétences adaptatives, évaluation fonctionnelle, contribution au diagnostic	Questionnaires de comportement, outils diagnostic TSA, communication, fonctions adaptatives, développement psychomoteur

Figure 1. Time-Timer.

Figure 2. Règle de lecture.

Figure 3. Séquentiel journalier imagé.

Figure 4. Tableau de repérage pour compenser des troubles de l'organisation et/ou des troubles de mémoire.

Figure 5. Schéma pour aider au repérage spatial.

Lexique

ULIS : Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire
SEGPA : Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté
IME : Institut Médico-éducatif
IMPro : Institut Médico-Professionnel
ESAT : Établissement et Service d'Aide pour le Travail

Comment adapter l'évaluation à chaque individu ?

11 Après avoir obtenu un premier aperçu sur les compétences générales du patient, souvent à l'aide d'une évaluation de l'efficience intellectuelle, le neuropsychologue se doit de compléter le bilan avec des épreuves évaluant d'autres fonctions cognitives plus spécifiques

telles que la mémoire, les fonctions exécutives, les capacités attentionnelles, la vitesse de traitement, les capacités visuospatiales et la cognition sociale.

12 En psychiatrie, il n'est pas rare de rencontrer des patients porteurs de déficience intellectuelle modérée à sévère qui obtiennent des effets planchers aux épreuves traditionnelles (un échec systématique est présent en raison d'épreuves trop complexes). Dans ce genre de situation, un profil cognitif avec des âges développementaux peut être proposé. À noter cependant que l'objectif est toujours d'évaluer les capacités cognitives d'un patient et donc de déterminer ses points forts et ses points faibles, et non d'enfermer la personne dans un niveau de fonctionnement. Dans cette optique, plusieurs épreuves adaptées à son niveau peuvent lui être proposées afin d'adapter au mieux sa prise en charge en fonction de ses compétences et fragilités.

13 Par ailleurs, il est possible qu'un patient arrive en consultation neuropsychologique et qu'il n'ait pas accès au langage expressif ou qu'il s'exprime à travers des mots isolés. La difficulté ou l'impossibilité de communication peut être source de frustration pour le patient et peut déboucher sur des troubles du comportement de type auto-agressifs ou hétéro-agressifs. Ce type de comportement met en difficulté le patient mais également les proches et les institutions qui l'accueillent. Malheureusement, il est fréquent que les propositions thérapeutiques et notamment médicamenteuses ne soient pas toujours adaptées et ne permettent pas de régler le problème initial qui est l'impossibilité de communiquer de la part des patients. Dans ces circonstances il peut être utile de proposer une évaluation des précurseurs du langage. Ce genre d'outil permet de comprendre à quel stade représentatif du langage les patients se situent. En effet, la mise en place d'outils de communication augmentative ou alternative qui correspondent aux compétences des patients permet de leur donner le moyen de s'exprimer et d'entrer en lien avec leurs environnements, améliorant ainsi leurs conditions de vie et celles de leur entourage.

Les potentiels mésusages de la neuropsychologie en psychiatrie

14 Actuellement, les neurosciences et la neuropsychologie sont en pleine expansion. Ce phénomène a permis l'intégration de la pratique des bilans neuropsychologiques au sein de la psychiatrie et a amené de nouveaux apports pour une meilleure compréhension des patients et de leurs fonctionnements. Il est important que les évaluations neuropsychologiques soient intégrées au sein de prises en charges pluridisciplinaires tout en étant individualisées et personnalisées. En effet, si ces évaluations ne sont pas effectuées dans ce contexte, deux risques potentiels semblent pouvoir émerger, l'un pour le patient lui-même et l'autre pour l'équipe soignante. Dans le premier cas, les patients ne bénéficieront pas d'une prise en charge individualisée et risquent d'être enfermés dans un mode de fonctionnement qui ne traduit pas leurs potentiels et qui, par conséquent, peut leur porter préjudice. Dans le deuxième cas, un bilan neuropsychologique systématisé ne permet pas de renseigner l'équipe sur le fonctionnement du patient et rend donc sa prise en charge complexe car les propositions thérapeutiques risquent de ne pas correspondre au besoin du patient. Ainsi, la proposition d'une évaluation neuropsychologique doit, dans la mesure du possible, se faire dans le cadre d'une problématique précise et dans un contexte de prise en charge pluridisciplinaire.

NOTES

1 American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* DSM-5 (5e éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.

AUTHORS

Marie-Noëlle Babinet
Psychologue spécialisée en neuropsychologie, GénoPsy, CRMR, Hôpital Le Vinatier, Bron
IDREF : https://www.idref.fr/259257362

Costanza Cannarsa
Psychologue spécialisée en neuropsychologie, GénoPsy, CRMR, Hôpital Le Vinatier, Bron
IDREF : https://www.idref.fr/283610271

De la psychothérapie institutionnelle au clivage entre processus soignant et registre éducatif

Philippe Grondin

DOI : 10.35562/canalpsy.3202

Copyright
CC BY 4.0

OUTLINE

Au sujet de la psychothérapie institutionnelle : quelques repères historiques fondamentaux
Une expérience inédite entre processus soignant et processus institutionnel : la psychothérapie institutionnelle
Et qu'en est-il de la prise en charge des enfants ? Des centres de guidance infantile à l'hôpital de jour
Changements profonds et radicalité

TEXT

Au sujet de la psychothérapie institutionnelle : quelques repères historiques fondamentaux

1 La psychothérapie institutionnelle s'inscrit avant tout dans un mouvement, une démarche dont le socle est le politique et le processus soignant. Elle a pour objet central la prise en charge des psychotiques.

2 Ce mouvement découle d'un long cheminement qui s'inscrit dans le temps. Nous pouvons distinguer une première époque qui va de la fin du XVIII^e siècle au tout début du XX^e siècle, avec comme premier instigateur révolutionnaire, Philippe PINEL (1745-1826). Ce dernier, à

partir de la publication de son ouvrage en 1801, dont le titre est *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, va permettre de porter un autre regard sur les aliénés. Ces derniers pourront être l'objet de soin de la part de médecins, correctement traités et même guéris grâce au « traitement moral » qui leur sera prodigué. Cet ouvrage connaîtra un rayonnement international. Dans cette même lignée, son élève Jean-Étienne Esquirol va soutenir sa thèse de médecine en 1805 avec pour titre *Des passions considérés comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale*. Ce dernier, trois ans plus tôt, en 1802 a fondé le premier établissement psychiatrique français dirigé par un médecin. En 1822, il écrit « une maison d'aliénés est un instrument de guérison : entre les mains d'un médecin habile, c'est l'agent thérapeutique le plus puissant contre les maladies mentales ». Dans le prolongement, l'année 1838 voit la parution de la loi sur les aliénés, dite « Esquirol », signée par Louis-Philippe qui va organiser pendant 150 années, le soin apporté aux aliénés, tant du côté des établissements de soins que du côté des placements des déséquilibrés. Mais cela n'aura pas été suffisant car le « traitement moral » sera supplanté entre autres par les travaux d'Antoine Bayle qui établit en 1822 un lien entre l'infection syphilitique et le délire de grandeur. Dès lors et pendant une grande partie du XIX^e^ siècle, une école « somatiste » va régner sur la psychiatrie française.

3 Une seconde période se dessine après la première guerre mondiale avec notamment Sigmund Freud qui, particulièrement marqué par les désastres qui en découlent, va prononcer un discours précurseur devenu essentiel, en septembre 1918 à Budapest au V^e^ Congrès International Psychanalytique :

> « Pour conclure, je tiens à examiner une situation qui appartient au domaine de l'avenir et que nombre d'entre vous considéreront comme fantaisiste mais qui, à mon avis, mérite que nos esprits s'y préparent. Vous savez que le champ de notre action thérapeutique n'est pas très vaste. Nous ne sommes qu'une poignée d'analystes et chacun d'entre nous, même en travaillant d'arrache-pied, ne peut en une année, se consacrer qu'à un très petit nombre de malades. Par rapport à l'immense misère névrotique répandue sur la terre et qui, peut-être pourrait ne pas exister, ce que nous arrivons à faire est à peu près négligeable [...]. On peut prévoir qu'un jour, la conscience

> sociale s'éveillera et rappellera à la collectivité que les pauvres ont les mêmes droits à un secours psychique qu'à l'aide chirurgicale qui lui est déjà assurée par la chirurgie salvatrice. La société reconnaitra aussi que la santé publique n'est pas moins menacée par les névroses que par la tuberculose. Les maladies névrotiques ne doivent pas être abandonnées aux efforts impuissants de charitables particuliers. À ce moment-là, on édifiera des établissements, des cliniques, ayant à leur tête des médecins psychanalystes qualifiés et où l'on s'efforcera, à l'aide de l'analyse, de conserver leur résistance et leur activité d'hommes, qui sans cela, s'adonneraient à la boisson, à des femmes qui succombent sous le poids des frustrations, à des enfants qui n'ont le choix qu'entre la dépravation et la névrose. Ces traitements seront gratuits [...] Nous nous verrons alors obligés d'adapter notre technique à ces conditions nouvelles [...] Tout porte à croire que, vu l'application massive de notre thérapeutique, nous serons obligés de mêler à l'or pur de l'analyse une quantité considérable du plomb de la suggestion directe. Parfois même, nous devrons comme dans le traitement des névroses de guerre, faire usage de l'influence hypnotique. Mais quelle que soit la forme de cette psychothérapie populaire et de ses éléments, les parties les plus importantes, les plus actives demeureront celles qui auront été empruntées à la stricte psychanalyse dénuée de tout partie pris. » (Freud, 1918, pp. 140-141.)

4 Ainsi, nous trouvons ici les prémices qui ouvrent vers la perspective de la psychothérapie institutionnelle, tel un véritable étai.

5 Plus tard, des praticiens et chercheurs originaires de pays anglo-saxons, viennent enrichir par leur apport la réflexion et la pratique clinique des soins institutionnels en France. Ainsi, aux États-Unis, plus précisément à Chicago, un médecin, Harry Stack Sullivan va créer et diriger entre 1936 et 1947, un établissement de soins psychiatriques avec des psychanalystes tels que Frieda Fromm-Reichmann, Harold Searles. Ce dernier sera destiné essentiellement à des patients psychotiques. Ces praticiens vont à partir de leur pratique, développer les principes d'une psychothérapie institutionnelle.

6 Par ailleurs, Kurt Lewin, psychologue d'origine allemande devenu américain en émigrant en 1933, face à la montée du national-socialisme, va dégager à partir de sa « recherche-action », le principe fondateur de « dynamique de groupe ». D'autres tels que Jacob-Lévy Moréno, fondateur du psychodrame (1930) et de la sociométrie vont être des précurseurs de la psychothérapie de groupe.

7 Du côté de l'Allemagne, un psychiatre illustre, Hermann Simon, publie en 1929, un ouvrage fondateur, intitulé *Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt* qui signifie en français « une thérapeutique plus active à l'asile » où il expose « l'expérience de Gütersloh ». Cette expérience est celle de la clinique qu'il dirige dont la base est la « thérapeutique par le travail ». Pour cet auteur, le malade en hôpital psychiatrique doit faire face à trois obstacles principaux : « l'inaction, l'ambiance défavorable de l'hôpital et le préjugé d'irresponsabilité du malade lui-même ». Hermann Simon souligne que pour soigner le malade psychiatrique, le médecin psychiatre doit prendre appui sur la partie saine qui existe chez chaque patient et intentionnellement négliger la partie malade.

> « Chez chaque malade, à côté des symptômes appartenant à sa propre maladie, se trouvent d'autres manifestations psychiques (comportements agressifs, inhibition, perte de la vivacité, théâtralisme, stéréotypies, et spécialement toutes les manifestations à caractère antisocial) qui sont conditionnées par l'ambiance et, étant en rapport avec la personnalité pré-morbides, elles peuvent être favorablement influencées par la thérapeutique plus active. »

8 Ce médecin psychiatre qui prend appui sur Bleuler et l'école de Zurich va à son tour devenir particulièrement influent, notamment pour Tosquelles dont nous parlerons un peu plus tard, grâce à son positionnement novateur face au malade mental et à la maladie mentale. Il soutient que le malade en collectivité, active et ordonnée pourra bénéficier de bons résultats thérapeutiques.

9 De leur côté, les différentes techniques d'éducation dite actives élaborées entre autres par Célestin Freinet tout d'abord et dans un second temps par Anton Makarenko, Fernand Oury ou Fernand Deligny vont aussi jouer un rôle prépondérant dans l'avancée théorique et pratique de la psychothérapie institutionnelle. Ces pédagogues novateurs basent leur pratique éducative sur le groupe et la groupalité. La pédagogie institutionnelle telle que nommée par Fernand Oury a une visée double, éducative et soignante, elle s'inspire du courant pédagogique de Freinet avec la « classe atelier » basée sur l'expression libre de l'enfant et la psychanalyse. Elle s'inspire à ses débuts de l'expérience d'Anton Makarenko, auteur originaire de l'Union soviétique, dont l'ouvrage s'intitule « le poème

pédagogique », publié en 1967. Cette publication évoque la vie quotidienne d'un groupe d'adolescents pris dans la délinquance au sein de la « colonie de Gorki », une maison coopérative. L'auteur prend appui sur le collectif et sa dynamique pour entraîner chaque sujet du groupe à changer à partir de sa participation active avec une visée celle de l'autogestion du groupe. Aux prises avec un environnement hostile, le sujet doit y faire face et chacun doit y répondre en s'étayant sur le groupe. Cette pédagogie tient son originalité par les liens qu'elle tisse avec les autres disciplines : philosophie, psychologie, morale et aussi biologie et physiologie.

10 La psychothérapie institutionnelle s'est forgée à partir de tous ces différents courants et pratiques. L'intitulé « psychothérapie institutionnelle » a été proposé en 1952 par Georges Daumézon dans un article co-signé avec Philippe Koechlin dont le titre est « psychothérapie institutionnelle française contemporaine » ; ils y indiquent une double origine : une rencontre entre la psychanalyse et la psychiatrie publique, à partir du milieu des années 1930.

Andrew Neel on Unsplash

Une expérience inédite entre processus soignant et processus institutionnel : la psychothérapie institutionnelle

11 Elle émerge à Saint-Alban en Lozère, plus précisément à l'hôpital psychiatrique, dont le directeur en 1936 est Paul Balvet, psychiatre lyonnais. Ce dernier, dès son arrivée met en place des réformes pour humaniser l'asile. Un mouvement révolutionnaire est en alors en route. Ainsi, ce lieu de soins situé au cœur du massif central connaît un destin singulier durant cette période troublée de la seconde guerre mondiale. En effet, entre 1940 et 1944 les restrictions alimentaires subies par la population française pour cause d'occupation, entraînent la mort de 40 000 malades hospitalisés en psychiatrie sur tout le territoire français. Mais à Saint-Alban, la situation fut différente grâce à la mobilisation du personnel hospitalier, des malades et l'aide de la population où l'approvisionnement alimentaire put s'organiser dans le temps [1].

12 Par ailleurs, cet hôpital, en raison de sa situation géographique spécifique, isolée et située loin des grandes villes offrit une certaine sécurité et devint à la même époque un lieu d'accueil pour des résistants et des personnes poursuivies par le régime de Vichy. Ainsi, des intellectuels, des médecins, des hommes de lettres tels que Paul Éluard ou Tristan Tzara côtoyaient les malades et le personnel. S'organise à partir de ce contexte singulier un brassage relationnel et intellectuel qui va produire de profonds bouleversements en humanisant les rapports à l'intérieur de l'hôpital et en sortant les « aliénés » de leur statut et de leurs conditions de vie particulièrement précaires.

13 En 1941, François Tosquelles, psychiatre d'origine catalane, vient trouver refuge au sein de cet hôpital psychiatrique après la victoire de Franco en Espagne. Ce médecin de formation psychanalytique, engagé politiquement dans son pays, arrive avec deux ouvrages qui vont devenir les références fondatrices de la psychothérapie institutionnelle. Le premier, écrit par Hermann Simon, est

« L'expérience de Guttersloch », Tosquelles y souligne « il faut soigner l'hôpital avant de soigner les gens » ; le second est la thèse de Jacques Lacan dont le sujet est la paranoïa avec comme titre *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*, Tosquelles y retient « le discours du psychotique a un sens ».

14 1942 voit l'arrivée de Lucien Bonnafé, médecin psychiatre ; ce dernier va rapidement devenir médecin-directeur de l'hôpital. Il commence par ailleurs à soutenir l'idée de « secteur de psychiatrie » et en 1947, il va se consacrer à son organisation.

15 Paul Balvet, François Tosquelles et Lucien Bonnaffé, avec d'autres, vont questionner et « redéfinir régulièrement et profondément, les relations entre les malades, les soignants et le monde extérieur. Ils vont aussi permettre l'expérimentation sur l'ensemble de la commune de Saint-Alban de la pratique d'une psychiatrie égalitaire et communautaire ».

16 1945, avec la fin de la guerre c'est le retour des prisonniers et des survivants de la Shoah. Parmi eux des soignants ont vécu cette expérience déshumanisante des camps de concentration et ces derniers adhèrent tout de suite à la pratique révolutionnaire de Saint-Alban. Ils soutiennent ses idées novatrices qui vont devenir le fondement d'un vaste mouvement de transformation de l'hôpital psychiatrique sur l'ensemble du territoire. L'expérience catastrophique vécue dans les camps de concentration par ces soignants a « comme révélé » l'analogie avec l'univers psychiatrique. Il devenait alors urgent de sortir l'univers psychiatrique de son aspect concentrationnaire, de le désenclaver, de l'ouvrir sur l'extérieur tout en prenant soin de préserver ses frontières protectrices pour le patient.

17 Et à l'intérieur il s'agissait pour chacun d'avoir une place reconnue, immergée de l'indifférenciation, celle du malade-patient comme sujet et celle du soignant comme acteur du soin. En ce sens, des efforts importants de formation ont été accomplis, notamment du côté des infirmiers, afin de perfectionner leurs savoirs et ainsi affiner leurs possibilités d'écoute du patient.

18 Des réunions ont été instituées favorisant le régime démocratique de l'institution où chacun, patients et soignants, pouvait prendre la

parole. Les différents mouvements transférentiels en jeu, leurs repérages et leur analyse entre soignants ont permis le déploiement d'une pensée groupale riche et performante tant du côté des enjeux institutionnels que du côté du soin.

19 Du côté des patients, la mise en place de nouveaux dispositifs tels que les ateliers d'ergothérapie et les clubs ont permis une redéfinition pour chacun d'entre eux « du rapport et d'être au monde ».

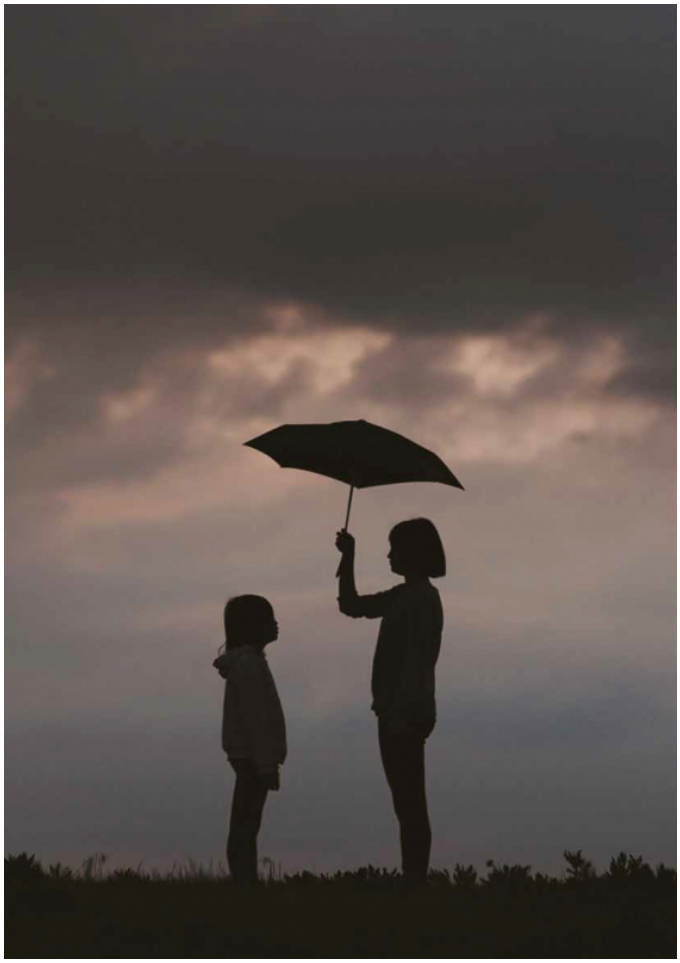
20 En 1947, Jean Oury devient interne en psychiatrie à Saint-Alban après avoir fréquenté le cycle de conférences de la rue d'Ulm animé par Henri Ey, Jacques Lacan, Lucien Bonnafé et Tosquelles. Il y découvre la pratique soignante institutionnelle pendant deux années et finalement, quelques années après la présentation de sa thèse, va s'installer à la Clinique de La Borde. Cette clinique va devenir le haut lieu de la psychothérapie institutionnelle. Elle accueille depuis nombre de stagiaires et de patients entre recherche permanente et soins.

21 D'autres lieux, espaces et personnes marquèrent ce mouvement soignant et intellectuel et l'année 1965 voit la création de la Société de Psychothérapie Institutionnelle qui s'organise sous la forme d'une fédération de groupes régionaux. Tosquelles énoncera alors : « La psychothérapie institutionnelle marche sur deux jambes : la psychanalyse et la politique » (entre Freud et Marx). Avec la publication, en 1970, de *Psychanalyste sans divan. La psychanalyse et les institutions de soins psychiatriques*, Paul-Claude Racamier va s'intéresser au différend provoqué par le savoir appliqué de la psychanalyse dans le champ de la pratique institutionnelle en psychiatrie. La pensée de cet auteur est fondée tant sur la psychanalyse que sur la connaissance de la dynamique des groupes. En ce sens, elle indique pour certains patients la nécessité de trouver un étayage sur l'environnement soignant, sur l'institution de soin.

22 L'analyse institutionnelle est fondée sur une fonction de délégation pour le malade à partir de l'institution : ainsi, au travers de l'institution, une analyse s'organise dans l'intention d'aider le malade à réintégrer et à intérioriser les éléments projetés sur l'environnement. Cette pratique clinique nécessite une grande implication de la part des soignants, Racamier souligne :

> « Le malade ne s'identifie jamais qu'à ceux qui ont au préalable su s'identifier à lui. C'est en s'identifiant à un soignant ou à un groupe de soignants qui le prend en réelle considération [...] c'est en investissant des personnes qui investissent elles-mêmes leur activité que le malade en vienne à investir cette activité, c'est-à-dire à s'investir eux-mêmes en tant que soignés. Le plus gros du traitement se fait donc par voie indirecte. » (Racamier, 1973, p. 252-253.)

23 C'est ainsi que des effets pourront émerger, non seulement pour les patients à un niveau thérapeutique mais aussi pour les soignants qui pourront percevoir des effets bénéfiques comme le développement des capacités techniques et relationnelles.



J W on Unsplash

Et qu'en est-il de la prise en charge des enfants ? Des centres de guidance infantile à l'hôpital de jour

24 Dans un premier temps, ce sont des centres de guidance infantile qui voient le jour en France. Ils sont organisés sur le modèle anglo-saxon et se situent entre autres, dans le prolongement des travaux d'Anna Freud et d'August Aichorn dans les années 1920-1930 à Vienne. La mise en place de la « Hampstead Clinic » à Londres par Anna Freud en serait un aboutissement. Cette appellation « centre de guidance » prendrait sa source sur le « Juvenile Psychopatic Institute », créé par William Healy et Augusta Bronner à Chicago en 1909. L'objet premier de ce centre était la prise en charge de la délinquance juvénile. Il s'est par la suite ouvert sur l'accueil d'autres types de pathologies.

25 En France, les centres de guidance infantile ont connu la même évolution dans le temps, et tout en gardant cette dénomination, ils se sont ouverts sur l'accueil de différents types de pathologies par une équipe que nous pourrions appeler aujourd'hui pluridisciplinaire.

26 Il ne s'agissait pas dans ces lieux de prescrire selon S. Lebovici de « véritables cures psychanalytiques » mais « d'appliquer la psychanalyse de l'enfant » par d'autres voies : rééducative, d'accompagnement au changement du milieu environnemental de l'enfant.

27 Un peu plus tard, autour de 1950, les centres médico-psychologiques sont créés *via* les hôpitaux psychiatriques. Daumezon et Bonnafé sont les premiers médecins à en assurer la gestion. Cette dernière s'organisera selon le modèle des centres de guidance.

28 La notion de sectorisation, quant à elle, va prendre forme à partir du Centre de santé mentale infantile du XIII^{e} arrondissement de Paris, créé par Ph. Paumelle et S. Lebovici en 1954. Cette institution est originale dans sa proposition de fonctionnement : elle prône la continuité des soins tout en limitant le travail à une population

géographiquement proche par une équipe de « secteur » dirigée par un médecin-psychiatre, psychanalyste. Par ailleurs, elle souligne la nécessité de rester suffisamment souple dans sa structure afin de répondre aux besoins et ainsi être en capacité de modifier ou de créer des dispositifs de soin les plus adaptés possibles.

29 Trois nouveaux sous-secteurs voient le jour en 1958 et en 1963, six équipes de sous-secteurs vont constituer le Centre Alfred-Binet. Ces différents dispositifs sont officiellement habilités en 1961 par la signature d'une convention liant le Centre à l'État et à la Sécurité sociale.

30 C'est donc ce dispositif novateur qui va servir de modèle à plus grande échelle et l'administration fera le choix, à la suite de travaux menés ente 1960 et 1975, de l'appliquer à un niveau national. La rédaction d'un texte réglementaire, en date du 16 mars 1972, va donc officialiser la création des « intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile » ; ce dernier indiquant la possibilité de création d'un centre de consultations pour une population comprise entre 100 000 et 200 000 habitants. Il sera possible de créer dans chaque intersecteur des hôpitaux de jour, des internats ou des services d'hospitalisation.

31 La psychanalyse ou le modèle psychodynamique est le point pivot à partir duquel s'organisent les axes fondateurs de ce dispositif de soin dans son ensemble.

32 Dans l'organisation de cet ensemble sectoriel, l'hôpital de jour va être un élément central du dispositif. Il voit donc le jour dans les années 1970 et prendra son essor au fil des années suivantes, remplaçant progressivement les unités d'hospitalisation à temps plein, jugées inefficaces car trop lourdes et rappelant le système asilaire.

33 La Fondation Vallée créée par Roger Misès en 1966 en sera le précurseur et en collaboration avec S. Lebovici, ils vont par une approche multidimensionnelle, refonder la prise en charge de patients considérés jusque-là comme des « arriérés à caser ». Par ailleurs, Maud Mannoni va être le maître d'œuvre du Centre de Bonneuil. D'abord externat spécialisé, ce dernier sera ensuite agréé en 1975, comme hôpital de jour. Michel Soulé, en 1971, sera le créateur du premier hôpital de jour consacré aux très jeunes enfants.

34 D'autres structures vont au fil du temps naître dans toutes les régions françaises, conformément au texte réglementaire du 15 mars 1960. Mais ce sera la circulaire du 16 mars 1972 qui apportera de véritables précisions quant à la fonction d'un hôpital de jour pour enfants :

> « L'hôpital de jour accueille des sujets atteints de maladies mentales évolutives, psychoses, névroses graves, déficiences intellectuelles dysharmoniques avec troubles prévalents de la personnalité, quel que soit le chiffre du quotient intellectuel. Il s'agit d'enfants et d'adolescents dont l'état requiert la mise en œuvre de thérapeutiques médicales complexes et intensives. Il faut pouvoir disposer de toutes les techniques de la psychiatrie infanto-juvénile et en particulier des techniques d'inspiration psychanalytique. La primauté de la dimension thérapeutique est indispensable. Cela n'exclut pas bien au contraire, la présence d'un personnel éducatif et enseignant qui s'intègre à l'action thérapeutique. » (Extrait de la circulaire du 16/03/1972.)

35 L'unité hospitalière que représente l'hôpital de jour pour enfants a largement bénéficié des travaux de recherche menés du côté de la prise en charge des adultes dans le cadre de la « psychothérapie institutionnelle ».

36 Dans le soin institutionnel, activités et ateliers à médiation thérapeutique sont au fil du temps autant chez les adultes que chez les enfants devenus le point pivot à partir desquels les situations cliniques vont se déployer et le transfert ou plutôt les différentes formes de transferts se déplier (transferts sur le lieu, diffraction du transfert, constellation…). La groupalité est ici première, favorisant l'émergence du subjectif à partir de l'intersubjectif. Le dispositif de la réunion est central : institutionnelle, elle favorise le processus de liaison qui fait tant défaut chez ces patients, enfants et adultes. Du côté des patients (adultes), la réunion (le club) a pour effet de favoriser le déploiement des relations intersubjectives avec, pour base politique, le système démocratique.

Changements profonds et radicalité

37 Depuis la fin des années 1990, ces dispositifs de soin sont battus en brèche et font l'objet d'attaques destructrices de la part des associations de familles et du ministère de la Santé. Ils remettent ainsi en cause la « pertinence » de l'approche psychanalytique, selon la HAS (Haute Autorité de Santé), elle n'est en effet pas démontrée. Sous le titre « Interventions globales non consensuelles », le rapport indique ainsi que « l'absence de données sur leur efficacité et la divergence des avis exprimés ne permettent pas de conclure à la pertinence des interventions fondées sur les approches psychanalytiques, ni sur la psychothérapie institutionnelle » dans la prise en charge de l'autisme et des autres troubles envahissants du développement (TED). Les recommandations de la HAS ne rangent cependant pas la psychanalyse parmi les méthodes « non recommandées » (France Info, mars 2012).

38 Ces nouvelles directives sont accompagnées de changements profonds quant à la nomination du diagnostic. Ainsi, l'HAS indique :

> « Pour l'annonce du diagnostic, il est recommandé en attendant la CIM-11 d'utiliser le terme de trouble du spectre de l'autisme (TSA) en référence au DSM-5. Il est rappelé que le terme de psychose infantile est inapproprié pour le diagnostic de toute forme d'autisme. Si l'enfant a reçu un diagnostic qui n'est pas en référence avec la CIM-10 ou le DSM-5 (par exemple : psychose infantile, dysharmonie évolutive), une démarche de réactualisation du diagnostic peut être proposée aux parents au regard de l'actualisation des connaissances. » (HAS, février 2018.)

39 Ces modifications profondes induisent une approche thérapeutique qui vient privilégier l'adaptation du sujet à son environnement à tout prix, éjectant cette question de l'autisme dans un hors champ du soin pour la placer du côté du handicap. En ce sens, l'association Autisme France énonce :

> « Le deuxième enjeu était de définir les programmes d'intervention efficaces. La littérature scientifique est encore limitée sur le sujet,

> mais grâce à l'expertise de terrain, recueillie dans l'appel à contributions et la consultation publique, qui ont accompagné le travail, il a été possible d'expliciter des lignes directrices : poursuivre les interventions commencées dans la vie d'enfant et d'adolescent, et dans tous les cas, privilégier les interventions développementales et comportementales. Il était indispensable de penser à tous ceux qui sont arrivés à l'âge adulte en n'ayant jamais eu droit à aucune aide : leur donner un outil de communication fonctionnel, est une urgence, structurer leur espace et leur temps, une autre urgence. Il n'est jamais trop tard pour leur apprendre à parler, à lire et écrire, ou pour adapter un mode de communication à leurs besoins, si la négligence et la méconnaissance qui ont longtemps prévalu en autisme, n'ont pas permis d'exploiter les compétences des personnes autistes dès le plus jeune âge. » (Autisme France, février 2018.)

40 Elle rajoute :

> « Ces recommandations induisent des changements majeurs à opérer dans le champ social et médico-social : évaluer les besoins et y répondre, demander aux Agences Régionales de Santé et Conseils Départementaux les moyens nécessaires pour y arriver, en termes de taux d'encadrement et de compétences professionnelles : ainsi, mener des évaluations fonctionnelles suppose d'avoir des psychologues du développement formés en nombre suffisant. La formation des éducateurs spécialisés est à revoir pour que ces professionnels puissent mettre en œuvre des interventions en lien avec les besoins des adultes autistes. Les mêmes progrès sont à accomplir dans le champ sanitaire : les adultes autistes n'ont rien à faire au long cours en psychiatrie, où ils sont trop souvent maltraités, et les services qui les accueillent doivent être formés à l'autisme et aux besoins des adultes. La contention et l'isolement n'ont aucune justification ni dans le sanitaire, ni dans le médico-social. » (Autisme France, février 2018.)

41 Ces différentes recommandations privilégient actuellement les habiletés sociales orientant l'hôpital plutôt du côté de l'évaluation du diagnostic (centre de dépistage) que du soin.

42 Il s'agit donc à présent de ne pas céder au clivage qui s'est installé entre le soin et l'éducatif mais bien de continuer à privilégier leur métissage. Ainsi, les structures de soins hospitaliers sont convoquées encore plus à leur créativité soutenue par la recherche (universitaire

et celui des groupes de travail psychanalytique) et ce, malgré la réelle souffrance quotidienne des équipes soignantes induite par des contraintes drastiques de moyens humains et aussi des moyens pour déployer la pensée.

43 Pour conclure, je soulignerai tout le travail d'élaboration particulièrement riche et enrichissant induit par les avancées théorisantes qui ont pris appui sur une pratique institutionnelle en prise directe avec le climat environnant où clinique et politique se mêlent. Cette forme de travail à plusieurs, de mise au travail en groupe pour soigner un sujet psychotique ou autiste s'organise donc à partir d'une théorisation singulière du déploiement du transfert. Ainsi, J. Oury parle de « transfert dissocié » (Oury, 1976), F. Tosquelles « de constellation transférentielle » (Tosquelles, 1953). Le travail de soin institutionnel est basé sur un ensemble théorique qui prône l'assemblage par la parole de morceaux corporels et psychiques épars et éparpillés d'un patient, déposés dans des espaces divers et différents au sein de l'institution ; ceci, à partir d'une analyse de la relation transféro-contre-transférentielle. La groupalité est donc au centre. La réunion est le point pivot de cet assemblage, comme dispositif d'analyse. Elle se décline sous des formes variables et variées : d'équipe, clinique, de régulation, consultation familiale, etc. Chacune de ces réunions prend sa place dans cet ensemble de soin institutionnel avec des fonctions et des effets différents mais deux semblent centrales dans ce dispositif : la réunion d'équipe et la réunion clinique. L'évocation de chacun des patients au long cours de ces deux réunions vient organiser une mise en récit, chaque semaine, de ces éléments épars assurant ainsi le mouvement de réunion de ces morceaux, en parlant ensemble, afin que le patient soit perçu dans son entièreté. Le processus de liaison est à l'œuvre.

44 Mais, depuis ces dernières années, l'arrivée de différents courants et pratiques dites novatrices, aujourd'hui recommandées par les instances officielles donc reconnues comme plus efficaces dans le traitement des patients psychotiques et autistes est venue entraver voire parfois faire disparaître ce dispositif précieux.

45 À présent nous nous trouvons dans l'obligation de prendre en compte ces nouvelles techniques mais là, sans doute où il est essentiel de tenir bon, c'est du côté du maintien du dispositif analysant (de la

relation transféro-contre-transférentielle) incluant les positions premières du psychologue clinicien dans ses fonctions de liaison et d'humanisation.

NOTES

1 Cf. le livre *Caché dans la maison des fous* Didier Daeninckx, pour une version narrative de cet épisode.

AUTHOR

Philippe Grondin
Psychologue clinicien, psychanalyste, chercheur associé au CRPPC Lyon 2
IDREF : https://www.idref.fr/191595071

La psychiatrie infanto-juvénile aujourd'hui : une crise du sens du soin ?

Éric Jacquet

DOI : 10.35562/canalpsy.3205

Copyright
CC BY 4.0

OUTLINE

Introduction
Crise de sens et sens du soin
Les nouvelles donnes
Bouleversements des assises de la pratique et des représentations de la fonction soignante
Soutenir l'interdisciplinarité, penser la transdisciplinarité
Que conclure ?

TEXT

Introduction

1 La représentation d'une psychiatrie (et donc aussi d'une pédopsychiatrie) en crise est largement relayée par les médias ces dernières années (Leboyer, Llorca, 2018)[1]. Ce n'est certes pas la première crise de son histoire ni probablement la dernière, mais celle-ci s'invite dans le débat public avec une forte acuité du fait, entre autres, de ses résonances multiples avec des enjeux sociétaux présents et à venir comme par exemple la question de la stigmatisation ou celle des risques psychosociaux dans le travail. Des causes, de nature organisationnelle, ont été avancées, notamment dans un récent rapport d'information déposé à l'Assemblée nationale[2]. Dans ce rapport, ces causes se résument en 3 points :

- Insuffisance de l'ambulatoire et des structures d'amont et d'aval par rapport à la demande de soins, ce qui concentre la pression que subit

toute la filière sur l'hôpital psychiatrique.
- Saturation et isolement de l'hôpital psychiatrique, manque de coordination des acteurs et « secteur » devenant multitâches sans les moyens appropriés.
- « *Structuration territoriale inadaptée aux besoins du patient* [3] » et différences locales entrainant de fortes inégalités dans les prises en charges.

2 Mais il s'agit, ici, d'une vision macroscopique, relative à l'organisation générale de la psychiatrie française et qui pointe précisément sa désorganisation ou son inorganisation.

3 En lien avec cette vision macroscopique, il peut être utile d'analyser la crise à un autre niveau, à partir des constats de terrain, sur le plan tant factuel que subjectif, à partir du quotidien des institutions et des effets de ce quotidien sur la subjectivité des personnes (usagers ou professionnels) et réciproquement. Il s'en dégagerait, du reste, des paramètres transversaux à l'ensemble de la psychiatrie et d'autres probablement plus spécifiques à la psychiatrie infanto-juvénile, même si, sous certains de ces aspects, comparés à la psychiatrie adulte, les effets ressentis de cette crise ont été plus tardifs en pédopsychiatrie. La perspective d'une appréhension *in situ* de la crise permet d'en préciser la nature profonde. Or il semble que celle-ci se présente en définitive comme une crise du *sens du soin psychique* s'exprimant en particulier à travers une souffrance des professionnels en grand désarroi dans leur engagement auprès des usagers de la psychiatrie infanto-juvénile.

4 C'est à partir de deux « observatoires » que j'illustrerai cette proposition : Le recul de presque 30 années de pratique de psychologue clinicien en pédopsychiatrie et l'expérience d'Analyse des Pratiques Professionnelles (APP) dans diverses institutions psychiatriques (CMP, CATTP, Hôpitaux de jours).

5 Après avoir tenté brièvement de circonscrire ce que l'on peut appeler le « sens du soin », j'essaierai de montrer combien la psychiatrie infanto-juvénile est aux prises, aujourd'hui, avec de nouvelles donnes qui bouleversent non seulement les représentations de la tâche primaire des institutions psychiatriques mais également tendent à empêcher toute pensée, et donc tout discours collectif et coordonné sur le soin psychique de même que sur la direction de ses évolutions évidemment inévitables. Enfin il s'agira de souligner l'importance du

soutien à l'interdisciplinarité et l'intérêt de penser la transdisciplinarité dans une perspective de retrouvailles avec le sens du soin psychique et la confiance renouvelée dans la relation soignante.

Crise de sens et sens du soin

6 Parler de « crise de sens » nécessite quelques précisions. D'un point de vue psychologique, cela se réfère à l'idée d'un « besoin de sens » propre à l'être humain en lien avec la nécessité d'appropriation subjective de son expérience de vie, autrement dit faire sien ce qu'il vit et se sentir sujet de son existence. Ceci a également une dimension sociologique : « Une société qui fonctionne correctement favorise la capacité de l'*homme à trouver du sens à sa vie*, *une société en dysfonctionnement ne le fait pas* » (Svendsen, 2003, p. 43)[4].

7 Le besoin de sens peut s'entendre comme un besoin de vectorisation consciente de la tâche à laquelle on est assigné. Où va-t-on, quel but poursuivons-nous à travers nos pratiques professionnelles, quelle maîtrise et quelle liberté avons-nous d'infléchir ces pratiques en conformité avec nos valeurs ? Mais la psychanalyse nous permet de mettre en évidence l'existence de paramètres plus inconscients. Le sens c'est aussi ce qui relie notre existence et notre volonté d'agir à notre désir de soigner, lui-même en partie déterminé par des motivations profondes et intimes qui échappent à une reconnaissance directement appréhendable par la conscience.

8 Dans une perspective managériale, le sens de la tâche, dans le travail, obéit à trois principes fondamentaux (Vassal, 2006) :

9 Pouvoir se référer à un projet, un projet de service par exemple, ou plus exactement un projet de pôle selon l'organisation hospitalière actuelle (« nouvelle gouvernance »). Cela signifie se référer à une totalité reconnue et acceptée selon donc un « principe d'identité » (*ibid.*).

10 Il est nécessaire que ce projet soit intelligible, explicable et constitué d'éléments reliés entre eux selon notamment un « principe de causalité » (*ibid.*).

11 Enfin il faut le ressenti d'une cohérence du cap qui est promu et donc un « principe de non-contradiction » (*ibid.*).

12 Ces principes sont liés à un rationnel institutionnel auquel le professionnel adhère, tout en composant plus ou moins avec, dans la mesure où ce rationnel est susceptible de satisfaire suffisamment son désir de soigner, de lui reconnaître une place en vertu de ses compétences spécifiques et donc, dans le même temps, de prendre en charge une part de ses besoins narcissiques et objectaux.

13 Par ailleurs, la notion de « soin psychique », plus encore que dans le soin somatique, comporte deux dimensions, le *cure* et le *care*, indissociables parce qu'interdépendantes.

14 En outre, dire qu'il existe une crise de sens suppose que le soin psychique, préalablement à la crise, était considéré comme ayant fait d'avantage sens où comme ayant eu un sens particulier, même s'il a pu subir diverses évolutions, en comparaison de ce qui se joue dans l'actuel. Ce sens serait désormais soit bouleversé soit absent, c'est-à-dire non ou insuffisamment soutenu par un discours, une pensée collective sur l'esprit ou la « philosophie » dans laquelle nous prodiguons du soin psychique.

15 Ainsi le sens du soin procède de l'adéquation suffisante entre une visée partagée, concrétisée dans des projets, et une représentation personnelle et intime de ce que l'on appelle le soin psychique ou tout du moins une représentation de ce que par quoi le soin psychique advient supposément.

16 Si nous postulons, à partir des observations de terrain, l'existence d'une crise du sens du soin psychique, il nous faut préalablement repérer quels pourraient en être les facteurs les plus influents au sein des nouvelles donnes qui s'imposent à la pédopsychiatrie, en particulier ces 20 dernières années.

Les nouvelles donnes

17 Constatons, d'ores et déjà, le caractère hétérogène de ces nouvelles donnes. Elles sont d'ordre socio-politique, managérial, économique, scientifique, épistémologique, démographique, etc.

18 Le bilan concernant l'organisation actuelle de la santé mentale en France mise en évidence par de récents rapports ministériels et auditions parlementaires, est alarmant. En ce qui concerne la psychiatrie infanto-juvénile, Marie-Rose Moro, auditionnée au Sénat, décrit la situation suivante [5] :

- Impossibilité de l'offre de soins pédopsychiatrique de répondre à la demande. Insuffisance des structures d'hospitalisation d'urgence, délais d'attente des CMP de plus en plus longs, inégalité des secteurs dans l'offre de soin qui peut varier de 1 à 15…
- Pénurie de médecins spécialisés en pédopsychiatrie (diminution de 49 % entre 2007 et 2016). Dans le service où j'ai fait une grande partie de ma carrière, la moitié des postes sont pourvus actuellement et une unité d'hospitalisation complète a dû fermer faute de médecin.
- Proportion extrêmement faible de pédopsychiatres universitaires (0,7 % des professeurs de médecine) ce qui a des conséquences graves à court et moyen terme tant sur qualité de la formation que sur l'attractivité de la spécialité.

19 Les conséquences sur le terrain sont bien souvent, au sein des équipes, le sentiment qu'il n'y a plus de pilote dans l'avion. Les quelques pédopsychiatres restant en poste croulent sous la tâche, finissent souvent par démissionner lorsqu'ils ne sont pas en « burn out ».

20 Dans ce même registre organisationnel, deux décisions politiques ont également impacté l'ensemble des services hospitaliers et donc aussi la pédopsychiatrie : en 2000, la réforme des 35 heures qui, dans le service public ne s'est quasi pas accompagné de création de postes et la mise en place de la nouvelle gouvernance des hôpitaux, dans le cadre du plan hôpital 2007, consistant en un regroupement des services en pôles d'activités. Si cette réorganisation présente probablement certains avantages, elle a néanmoins éloigné, de manière significative, les centres décisionnaires du terrain des pratiques. C'est du moins ce qui est majoritairement ressenti au sein des équipes de soin. Les soignants, les psychologues comme les médecins ont le sentiment que leur activité est moins connue et reconnue, surtout sur le plan qualitatif, au profit de toujours plus de la quantification, d'ailleurs très chronophage, de leur tâche.

21 Plus globalement de nombreux auteurs ont mis en évidence l'incompatibilité des logiques gestionnaires d'évaluation quantitative et de contrôle avec les logiques du soin psychique en soulignant leurs effets désubjectivants et donc violents sur les patients comme sur les équipes soignantes (Abelhauser, Gori, Sauret *et al.*, 2011 ; Ciccone *et al.*, 2014…). Les professionnels s'en trouvent non pas interdits mais empêchés de penser (Dejours, 2001) et donc menacés de perdre le sens de leur engagement soignant.

22 L'évolution actuelle, à tendance scientiste, de l'approche de la souffrance psychique a, bien entendu, un impact de plus en plus marqué en pédopsychiatrie, pourtant jusque-là relativement épargnée, du moins en France. La suprématie galopante de l'Evidence Base Medecine [6], alors même qu'elle est de plus en plus critiquée aux États-Unis, c'est-à-dire à l'endroit même où elle est née, jette le trouble dans les fondements de l'observation clinique telle qu'elle est pratiquée classiquement, c'est-à-dire dans une observation impliquée du clinicien qui appréhende la subjectivité du patient en tenant compte de la situation globale d'intersubjectivité dans laquelle l'observation se situe. L'EBM, appliquée de manière idéologique, tend à sortir d'un cadre purement diagnostique et prescriptif et à contaminer les autres secteurs du soin. La subjectivité, en particulier celle du soignant, est disqualifiée, et, au lieu d'être un outil de travail, elle tend à être l'ennemie à exclure.

23 Il en va de même du référentiel nosographique qui tend à se généraliser autour du DSM5 (pourtant lui aussi fortement critiqué par ceux-là même qui avaient promu les versions antérieures [7]) et qui, entre autres, s'en tient à une catégorisation symptomatique exponentielle mais n'est utile en rien à la compréhension du processus psychopathologique lui-même. Or peut-on se passer de penser ce processus pour penser le soin ?

24 Enfin la pédopsychiatrie subit actuellement une forte pression tant du côté des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) que du côté législatif avec notamment la mise en place des Plateformes d'Orientation et de Coordination (POC) [8] consistant à isoler une catégorie de troubles du développement qualifiés de « Troubles du Neuro-Développement » (TNB). Cette terminologie comporte pourtant de grandes ambiguïtés tant épistémologiques que

scientifiques (du reste, sa délimitation soulève aussi des questions éthiques). En privilégiant une conception exclusivement neuro-déficitaire de certains troubles spécifiques (Déficience intellectuelle, autisme, « dys », TDAH…) cette catégorisation tend curieusement à écarter, de manière abusive, les paramètres épi-génétiques, et plus particulièrement l'épigénèse interactionnelle, comme cofacteur du Neuro-Développement. Ce n'est certes pas la catégorisation en elle-même, quoique discutable (elles le sont presque toutes), qui pose le plus de problèmes, mais le fait qu'elle s'accompagne d'une contrainte, du côté des pratiques, à privilégier des soins d'ordre rééducatifs, éducatifs et médicamenteux s'opposant (lorsqu'ils sont prescrits comme exclusifs) à une approche psychologique holistique de l'enfant dans son environnement.

25 Cette redéfinition nosographique est articulée aux nouvelles définitions de la notion de handicap introduites par la loi de février 2005 [9]. Les conséquences en sont un élargissement de cette notion (notamment la prise en compte des TNB comme faisant partie des handicaps) et l'apparition d'une terminologie nouvelle dont celle de « handicap psychique ». Cet élargissement conduit parfois à considérer que ces enfants ont moins besoin de soins psychiatriques que d'aménagements spécifiques afin de faciliter leur inclusion notamment scolaire.

26 Notons, d'un point de vue plus général, que toutes ces tendances actuelles donnent (avec d'autres indices notamment universitaires) le sentiment d'un forçage au glissement progressif de l'appartenance de la psychologie aux sciences humaines vers une appartenance exclusive aux sciences de la nature, alors qu'elle gagnerait à être envisagée, et heuristiquement conflictualisée, dans cette double approche complémentaire. Les tentatives de « mise au rencart » des approches psychodynamiques, telles que la psychanalyse, témoignent de ce glissement et ce malgré des publications notamment dans la prestigieuse revue JAMA de méta analyses montrant l'efficacité de ces pratiques (Leichsenring et Rabung, 2008), publications volontairement ou non ignorées de ses détracteurs mais curieusement aussi des psychanalystes eux-mêmes (Falissard, 2019). La grande diversité des dispositifs thérapeutiques appuyés sur le référentiel psychanalytique gagne pourtant à se soumettre à l'évaluation notamment à partir de critères spécifiques à l'approche clinique des processus psychiques

pour peu que l'on en précise le champ épistémologique et méthodologique (Brun, Roussillon, Attiguiet *al.*, 2016).

27 Une autre donnée, souvent minimisée concerne l'évolution de la formation des infirmiers qui travaillent en psychiatrie d'une part et de celle des psychiatres et pédopsychiatre d'autre part. En ce qui concerne les infirmiers(es), ceux et celles qui avaient bénéficié d'une formation spécifique d'Infirmier Spécialisés en Psychiatrie, diplôme supprimé en 1992, ont aujourd'hui, majoritairement terminé leur carrière et sont remplacés par des collègues IDE n'ayant, par définition, aucune formation spécifique. De plus la transmission de ces compétences et savoir-faire spécifiques entre ISP et IDE ne s'est pas toujours organisée de façon fluide de sorte que l'on peut constater, dans les services, la disparition progressive d'une certaine « culture soignante » fondée essentiellement sur une grande confiance dans l'idée que *la relation*, *potentiellement*, *soigne*.

28 En ce qui concerne les jeunes psychiatres, j'ai, en 20 ans, pu mesurer la détérioration progressive de leur formation essentiellement sur les aspects de leur relation avec les patients. La formation en psychiatrie semble moins (voire plus du tout) intégrer un travail autoréflexif sur le positionnement clinique de sorte que, tout comme les IDE, beaucoup se sentent, au début de leur carrière, très démunis au contact direct des processus morbides, ce qui peut favoriser, parfois, certaines formes d'acting au détriment du patient. Heureusement bon nombre d'entre eux trouvent des appuis à l'extérieur (supervisions, analyse des pratiques) ou parfois même auprès des psychologues au sein même de leur propre service.

29 Après cet état des lieux non exhaustif des nouvelles donnes de la pédopsychiatrie, tentons d'en mesurer les effets sur le vécu des équipes et sur leur rapport à la tâche primaire.

Bouleversements des assises de la pratique et des représentations de la fonction soignante

30 Depuis le « traitement moral » de Pinel, fondé sur la reconnaissance de la faculté d'entendement et d'affection du malade psychiatrique,

conforté par le mouvement de la psychothérapie institutionnelle au sortir de la guerre, les pratiques soignantes en milieu psychiatrique reposent, jusqu'à ce jour pour l'essentiel, sur la conviction profonde qu'une grande part du soin auprès des malades psychiatriques procède des qualités particulières de la relation et de la communication. Quel que soit le degré de technicité des dispositifs de soin ou du soin lui-même, il se fonde d'abord sur une alliance dite « alliance thérapeutique ». La question de comment le soin fait sens pour le sujet, celle de la qualité relationnelle nécessaire au tissage de cette alliance, est au centre des préoccupations du soignant. Il peut faire confiance dans sa capacité d'observation des signes de la souffrance, sa capacité à sentir les niveaux et la nature des angoisses. Il s'interroge sur la meilleure manière de réagir à un comportement en fonction de ses propres éprouvés du moment, de manière à mieux appréhender ses contre-attitudes réelles ou potentielles. Il n'est pas dans la simple observation froide des faits cliniques mais aussi dans l'écoute de ce qui est en négatif du fait clinique, ce qui est latent. Cette écoute ne repose certes pas sur rien, mais sur un faisceau d'indices, notamment contextuels et périphériques, permettant d'interpréter raisonnablement dans un sens particulier. La possibilité de projections du soignant, loin d'être déniée, est justement prise en compte grâce au positionnement réflexif d'insight du soignant lui-même. Il peut compter, pour l'y aider, sur des espaces d'échanges entre professionnels où la parole sur les positions subjectives est précisément sollicitée. Dans ces espaces, la parole a un statut protégé, autorisant ainsi une liberté dans le partage des observations et des ressentis et initiant un travail permanent, individuel et collectif, sur le positionnement clinique et l'élaboration du cadre interne. Cette recherche constante de recul sur ses propres positions subjectives au contact de la maladie mentale me semble avoir, jusque-là, toujours plus ou moins fait partie de ce que nous pouvons appeler *la culture soignante*. On a le sentiment de faire son travail de soignant lorsqu'on interroge, y compris au sein du groupe institutionnel, et donc sous le contrôle bienveillant des collègues, ce que l'on nomme génériquement en psychanalyse la dynamique transféro-contre-transférentielle de laquelle, par définition le soignant est partie prenante. Notons au passage combien ce travail sur le positionnement clinique procède d'une démarche d'auto et d'hétéro-évaluation en continu.

31 Or toutes les nouvelles donnes, décrites plus haut, sont de nature à jeter le trouble, dans l'esprit des professionnels impliqués dans les tâches de soins, se manifestant par une perte de la confiance dans les vertus soignantes de l'écoute, de l'accueil de la contenance des éprouvés, de l'échoïsation des mouvements affectifs et des angoisses du sujet souffrant, bref tout ce qui contribue, à ce qu'il se sente sinon totalement compris, au moins senti, entendu, vu. Tout se passe, aujourd'hui, comme s'il n'était plus tout à fait évident qu'il n'y a pas de soin sans relation engagée et incarnée c'est-à-dire avec toute l'épaisseur de ce qu'une relation implique : des phénomènes d'attachement ou de rejet, de l'échange et du partage d'affects et de représentations dans la relation intersubjective…

32 Les professionnels perdent confiance dans leurs propres observations, dans leur ressenti global de la situation. Ils sont priés de laisser leurs intuitions au vestiaire et de ne communiquer (par exemple via le système dit de « transmission ciblée »[10]) que des faits les plus objectifs possibles. Surtout il est proscrit de se raconter une histoire sur le patient. La narrativité, pourtant si essentielle à l'appropriation subjective de l'expérience (Ricœur, 1983 ; Hochmann, 2011) est suspecte. On y voit s'exprimer le leurre absolu d'une observation objectivante tout à fait neutre, exempte de biais et ne produisant rien sur l'observé pourtant lui-même observateur de la situation d'observation. Tout ceci se traduit par un phénomène croissant perceptible de l'extérieur lorsque l'on anime, des dispositifs d'analyse de la pratique depuis de nombreuses années : globalement une tolérance amoindrie des soignants face au chaos, à l'informe produit par la pathologie et face aux processus de destructivité de l'enfant. Le respect du rythme propre de l'enfant semble également mis à mal par des attentes de conformité à des modèles de conduites d'emblée socialisées. L'adoption d'attitudes plus éducatives que thérapeutiques, la conception de dispositifs destinés à protéger surtout l'institution des parts malades, ou simplement archaïques et infantiles du sujet, tendent à proliférer de façon à ce que celles-ci aient le moins possible l'occasion de s'exprimer. Tout se passe comme si la défaillance des métacadres rendait vulnérable leur cadre interne, leur capacité de contenance et de transformation des processus pathologiques. En découle une grande souffrance des soignants et un sentiment, le plus souvent infondé, que les enfants sont de plus en

plus malades et les moyens humains et matériels de plus en plus faibles.

33 La rationalisation de l'organisation du travail en pédopsychiatrie comme ailleurs, lorsqu'elle est poussée à l'extrême et s'impose de façon trop dogmatique, produit au sein des équipes une mise en échec de ce que Freud appelle le travail de culture (kulturarbeit). Georges Gaillard décline cette notion dans les groupes institués :

> « En institution, ce Kulturarbeit passe par le développement de la capacité du groupe des professionnels à tolérer d'être malmenés (« dans leurs liens aux usagers »), à tolérer des mouvements cycliques de bascule dans des vécus chaotiques, soutenus en cela par la perspective de leur transformation. » (Gaillard, 2008.)

34 Le soin se technicise et s'organise de plus en plus autour de protocoles rendus quantitativement évaluables. Tout ce qui n'est pas maîtrisé par le protocole ne fait donc plus partie du soin. Un curieux raisonnement tendrait à s'imposer alors autour de l'équation suivante : seul un dispositif protocolisé est évaluable, tout ce qui échappe au protocole n'existe pas, c'est donc le protocole qui soigne. L'institution est menacée de l'extérieur du côté d'une standardisation des prises en charges (à coups de recommandations de bonnes pratiques par exemple et du fait des logiques gestionnaires) qui vient appauvrir la singularité de la rencontre clinique et la créativité de ces dispositifs visant à médiatiser la relation soignante afin précisément de la rendre possible et transformatrice. Mais la menace peut aussi être interne, du côté d'une hiérarchisation du soin et/ou d'une appropriation exclusive par certaines catégories professionnelles. Il y aurait du soin noble et du moins noble (idée qui en réalité a toujours circulé en psychiatrie) et désormais du soin recommandé et du soin non recommandé [11]… Ce n'est pas la standardisation en soi qui est fondamentalement délétère, mais lorsqu'elle génère trop l'illusion de la maîtrise, lorsqu'elle fait perdre de vue la totalité du sujet, elle conduit à le patho-identifier en le définissant par la somme de ses déficits. Ceci aboutit bien souvent au saucissonnage du soin, dans l'exercice d'une pluridisciplinarité juxtaposée et opératoire puisque s'affranchissant du sens global de la prise en charge. En outre, cette pluridisciplinarité juxtaposée fait perdre le sens du soin comme objet

de culture commune à la fois suffisamment unificatrice et suffisamment conflictualisée pour rester vivante et éviter la sclérose des pratiques.

Soutenir l'interdisciplinarité, penser la transdisciplinarité

35 La fonction soignante ne se laisse pas aisément localiser à tel ou tel dispositif institutionnel, encore moins à telle ou telle personne ou fonction dans l'institution. Bien souvent, même, elle s'exerce à partir d'une articulation vertueuse entre plusieurs pratiques et plusieurs institutions.

36 Nul n'est décemment en mesure de dire dans quelle proportion on doit l'évolution positive de tel enfant souffrant de psychopathologie, à sa prise en charge rééducative, éducative, ses séances d'art thérapie ou à sa psychothérapie individuelle… ? On peut se dire que c'est l'ensemble et on a probablement raison, mais on ne sait pas, le plus souvent, dire pourquoi et comment c'est l'ensemble. Comment cela se complète-t-il ? Se passe-t-il quelque chose qui transcende les pratiques elles-mêmes, en tant que pratiques et avec leurs caractéristiques, qui résiderait dans l'organisation d'une attention particulière, dans l'accueil du projeté ou du déplacé de la topique interne de l'enfant ou de ses modalités identificatoires, dans le mode de présence, dans la façon d'interagir… ? Il s'agit bien là de toute la dimension transdisciplinaire du soin pédopsychiatrique, c'est-à-dire tout ce qui n'est pas directement inféodé à une technicité spécifique et au référentiel théorique qui lui est attenant.

37 Un des enjeux de la pluri-professionnalité est d'ailleurs aussi la mise en évidence de « l'invisible du soin ». Les professionnels de l'institution mettent en œuvre et soutiennent la relation soignante à partir de « petits riens », dans la banalité et la quotidienneté de la rencontre. Ces « petits riens du soin » sont bien souvent invisibles au regard évaluateur extérieur et parfois même au regard des professionnels eux-mêmes. C'est l'intérêt des travaux de Jean-Paul Lanquetin (Lanquetin, 2015), par exemple, sur l'informel du soin psychiatrique (recherche infirmière).

38 La qualité de cette *transdisciplinarité* dépend de la manière dont *l'interdisciplinarité* s'exerce. La notion « d'homologie fonctionnelle [12] » (Bleger, 1966 ; Pinel, 1996) décrit les effets de la psychopathologie sur l'institution, les soignants qui la composent et sur l'interdisciplinarité. À l'inverse, il y a les effets de l'interdisciplinarité sur la psychopathologie. Le traitement du transfert diffracté sur l'institution ne fonctionne que si les réponses contre-transférentielles sont soumises à l'impératif de reliaison élaborative. Il y a nécessité d'un retour réflexif sur la groupalité d'équipe. Or la dimension contre-transférentielle est multiple dans les institutions : contretransfert institutionnel, contretransferts individuels. Mais il y a aussi ce que j'appellerais un contretransfert « interdisciplinaire », c'est-à-dire ce qui se joue du contretransfert institutionnel et individuel sur la scène de l'interdisciplinarité. Il s'agit de ce qui est renvoyé à l'enfant qui est issu de l'inter-transfert entre les co-soignants.

39 Sur le plan épistémologique, cette approche transdisciplinaire n'est ni *intégrative* (tout le monde ferait un peu de tout en important des modèles d'un peu partout, voire fondrait tout dans un seul modèle comme dans le cas de la neuro-psychanalyse) ni simplement *complémentariste* qui tendrait vers un idéal de complétude et d'exhaustivité. Peut-être faut-il du vide, du lacunaire, du déséquilibre dans le soin… Pour autant l'approche transdisciplinaire tend à préciser et à s'appuyer sur ce qui transcende les modèles et les pratiques et donc s'orienterait vers une théorie générale du soin. Celle-ci doit viser, d'une part, le sujet et la reconnaissance de sa réalité subjective. D'autre part elle ne peut que s'appuyer sur la réalité subjective des soignants. En ce sens elle ne peut être standardisée dans une visée illusoire d'écarter toute dimension intersubjective précisément difficile à contrôler par anticipation et a fortiori impossible à quantifier. Elle doit intégrer que l'efficience du soin psychique découle pour l'essentiel de l'appropriation subjective de l'expérience et pas seulement de la réduction des symptômes. En tant que clinicien, nous savons à quel point c'est dans ce champ paradoxal de la transitionnalité (Winnicott, 1971) que se traite l'essentiel du soin psychique. De plus, le soin auprès des enfants s'exerce dans une forme de parentalité élargie (Ciccone, 2016) où la position clinique

« d'illusion anticipatrice » (Diatkine, 1985) est vectrice de croissance psychique…

40 Cette pensée transdisciplinaire du soin confronte donc à la complexité au sens d'Edgard Morin : « Aucune des cellules d'Antoine ne sait ce qui se passe quand Antoine dit son amour à Cléopâtre » (Morin, 1977).

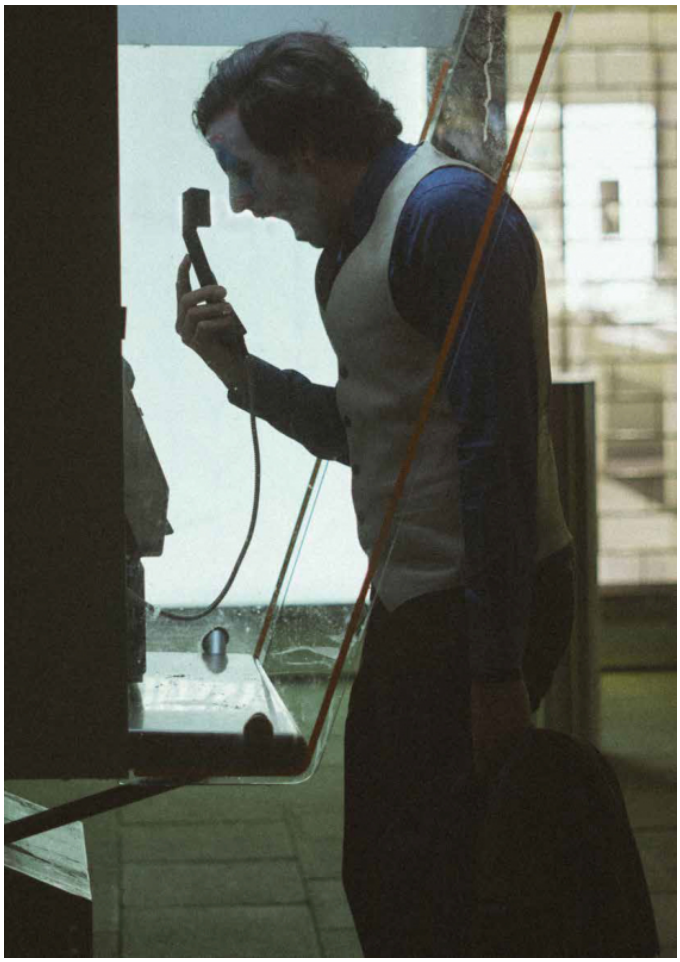
41 Dès lors il est nécessaire de repartir d'une pensée collective ravivée autour de projets (projets de service ou de pôle par exemple) pour que le soin retrouve du sens en tenant compte du nouvel environnement de la pédopsychiatrie dans ses aspects socio-politiques, organisationnels, épistémologiques et méthodologiques. Cet espace du projet institutionnel, Fustier (1999) en précise la fonctionnalité :

> « […] un travail sur le projet institutionnel doit être considéré comme donnant aux actes professionnels une valeur ajoutée, un surplus de sens, une dimension transcendante. Les pratiques […] sont alors plus que ce qu'elles sont ; en les mettant en perspective, le projet leur donne force et forme. » (p. 183-184.)

Que conclure ?

42 Je ne puis conclure avoir fait un bilan général de l'état de la pédopsychiatrie. Ma vision est parcellaire, orientée par la singularité de mon expérience professionnelle au sein d'un service donné et dans un hôpital donné avec simplement un recul de presque 30 ans. En écrivant ces lignes, je sens bien qu'il me faut lutter contre les mouvements nostalgiques toujours très illusoires du « c'était mieux avant ». Du reste, cette souffrance des soignants que j'ai identifié comme souffrance du sens, j'ai bien souvent eu à la partager avec mes collègues et mon analyse de la situation n'en est pas exempt. Néanmoins elle reste pour partie, et pour partie seulement, un témoignage distancié du fait du recul universitaire d'une part et du fait surtout qu'il m'est souvent donné de rencontrer, sous des formes tout à fait comparables, cette souffrance dans bien d'autres institutions à l'occasion des groupes d'analyse de la pratique que je mène par ailleurs. J'en tire la conviction qu'à défaut d'une pensée propre aux professionnels du soin psychiatrique sur le sens de leurs

pratiques, ce que l'on peut en attendre et, ce faisant, sur ce qu'est la souffrance psychique exprimée à travers la psychopathologie, ce sont des modèles inappropriables par les équipes parce que peu instruits des réalités complexes du terrain et de la proximité avec la maladie mentale qui s'imposeront, enfonçant alors encore plus profondément la pédopsychiatrie dans cette crise du sens.



Harry Cunningham on Unsplash

NOTES

1 Le retentissement du livre de Marion Leboyer et Pierre-Michel Llorca (2018) en témoigne.

2 Enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 18 septembre 2019. « Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement

par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission relative à l'organisation de la santé mentale, et présenté par président M. Brahim Hammouche, rapporteures Mmes Caroline Fiat et Martine Wonner, députés ». http://www.assemblee-nationale.fr/15/rap-info/i2249.asp.

3 *Ibid.*

4 Voir également Loriol M., (2011), *Sens et reconnaissance dans le travail*, p. 43-67, halshs-00650279.

5 « Situation de la psychiatrie des mineurs en France » (mardi 10 janvier 2017). Audition de Mme Marie-Rose Moro, professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, chef de service à l'université Paris Descartes, et M. Jean-Louis Brison, inspecteur d'académie-inspecteur pédagogique régional, auteurs du rapport « Plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes » remis au Président de la République en novembre 2016. http://www.senat.fr/rap/r16-494/r16-49423.html.

6 Que l'on peut traduire par « Médecine fondée sur des données probantes », c'est-à-dire en appui sur des études cliniques essentiellement quantitatives, randomisées en double aveugle.

7 Allan Frances, Michael First, Robert Kendell.

8 Instruction interministérielle N° DGCS/SD3B/DGOS/DSS/DIA/2019/179 du 19 juillet 2019 relative à la mise en œuvre des plateformes de coordination et d'orientation dans le cadre des parcours de bilan et intervention précoce des enfants de moins de 7 ans présentant des troubles du neuro-développement.

9 Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

10 Méthode d'organisation des transmissions écrites, en vigueur dans les services hospitaliers, centrées sur les problèmes de santé du patient de manière précise, simplifiée et structurée.

11 En référence aux recommandations de la Haute Autorité de Santé.

12 Schématiquement, les institutions tendent à fonctionner psychiquement sur le modèle des processus psychiques de leurs usagers.

AUTHOR

Éric Jacquet
Maître de conférences en psychopathologie et psychologie clinique, Centre de Recherche en Psychopathologie et Psychologie Clinique, Institut de Psychologie, Université Lyon 2, responsable Contrat de Formation Personnalisée
IDREF : https://www.idref.fr/150339070
ORCID : http://orcid.org/0000-0001-6462-7804
ISNI : http://www.isni.org/0000000132602047

(Psychiatrie des) Interstices

Matthieu Garot

DOI : 10.35562/canalpsy.3207

Copyright
CC BY 4.0

OUTLINE

1993… 1998, Soldat du futur
Pour une extension de la notion d'analyse transitionnelle et quelques-uns de ses principes en milieu de « grande précarité »

TEXT

1993… 1998, Soldat du futur

1 1993. Munich, stade olympique. Mercredi 26 mai au soir. Pourtant serré de très près par Frank Rijkaard, Basile Boli le puissant défenseur marseillais, sur un corner tiré par Abedi Pelé à la 44e minute, surprend le néerlandais par sa détente et son timing parfait, et bat le gardien *rossoneri* par une tête décroisée dont lui seul avait le secret. Il était 20h58… Le score en restera là. L'Olympique de Marseille entrait dans la légende et devenait champion d'Europe des clubs champions – exploit qu'aucun club français n'a réédité jusque-là, au grand dam des Qataris – devant un Jean-Pierre Papin désabusé qui avait quitté la canebière un an auparavant pour rejoindre le Milan AC. « Jipipi », triste finaliste ce soir-là. L'OM était sur le toit de l'Europe… Cette même année, au 1er de l'an, le traité de Maastricht entrait en vigueur tout comme le grand marché unique européen. Le libéralisme s'installait un peu plus encore dans nos vies. Comme le signe tangible et irréfutable que les démocraties libérales avaient triomphé des autres idéologies politiques avec la chute du mur de Berlin et la fin de la guerre froide. Francis Fukuyama l'avait annoncé : *La Fin de l'Histoire* (1992), même si elle n'était en fait qu'un signe de

plus du « paradoxe de l'illusion de la fin des illusions » (Kaës, 2012, p. 80).

2 1993, encore. Novembre. L'hiver est là, bien là, en ce mardi 22 novembre. Le froid est saisissant. L'atmosphère glaçante. Alors que les rues de la capitale s'emplissent d'une brume givrante, c'est pour la première fois qu'on a vu débarquer en elles ce soir-là toute une cohorte d'urgentistes dudit « social » … Dans ce tournant des années 90, « l'urgence sociale » a été en France décrétée. Xavier Emmanuelli venait de créer le Samu social de Paris. Des équipes maraudaient, allaient à la rencontre de ces hôtes de la rue. Les plus en détresse. Les plus abandonnés d'entre eux. Corps sans domicile, abîmés, apathiques, soudés parfois à même l'asphalte… Les marges sont toujours peuplées d'objets étranges et inquiétants pour le socius (là, rien de bien nouveau sous le soleil). Mais en cette fin de siècle, ces marges sont à ce point gorgées qu'elles s'en rendent visibles ostensiblement, et hostilement. Il est dès lors impossible d'échapper à ce qu'elles sont annonciatrices : *l'Horreur SDF*, cette masse informe et négative, et son corolaire, compagne de misère, ladite Grande Exclusion. Depuis cette date, inaugurale, comme une ritournelle infernale, en « Novembre… Les SDF, clochards et sans-abri, comme les huîtres, sont de saison » (Declerck, 2005, p. 11). Dorénavant – terrible constat –, *l'exil*, *l'errance*, le *nomadisme*, viennent rencontrer les formes extrêmes de l'exclusion et de la marginalisation, et ceux qui y sont exposés connaissent de véritables risques mortels et de très graves régressions psychiques : crise, rupture sans dépassement. *Dislocation des liens*, *détresse*, *solitude*, *précarité*, dit René Kaës (2012, p. 217) pour qualifier les souffrances de nos temps.

3 Dans une étude faite à partir des dépêches AFP datant de 2002, Julien Damon – expert ès *Question SDF* – rapporte qu'au cours de cette année 1993 le terme « SDF » va connaître une extraordinaire inflation. Le sigle aux trois lettres, qui n'apparaissait jusqu'alors que de manière très anecdotique dans la presse, va cette année-là supplanter toutes les autres appellations : « vagabond », « clochard », « sans-abri », « sans-logis », etc. Tous seront phagocytés, pour être de nos jours indétrônables [1]. 1993 est l'année du sacre de « SDF ». De ce signifiant-là. Signifiant-roi. Signifiant-balise. Emblème pour sûr. Attracteur, révélateur, condensateur et peut-être même conteneur d'une certaine forme de négativité sociale qui se présente aussi

(étrangement) familière qu'hostile. C'est l'invention d'un *individu négatif*, non pas inédit, mais revisité dans sa redoutable actualité chassant tous les anachronismes : plus de « vagabond » ; plus « mendiant » ; plus de « clochard ». C'est par un véritable phénomène de *précipitation* (au sens chimique du terme), précipitation *imaginaire*, que « SDF » va prendre le pouvoir. À l'occasion de l'un de ces moments où, comme le dirait Saül Karsz, « l'idéologie et l'inconscient font nœud [2] ». Parce qu'en 1993, la France entrait en récession économique, brièvement mais violemment. Parce que le seuil traumatique des trois millions de chômeurs était atteint. Que les journaux de rue type *Macadam*, *Gavroche*, *L'Itinérant*, *Belvédère*, *La Rue*, *Faim de siècle*… pullulèrent. Qu'en 1993 sortait aussi le très troublant *Sans domicile fixe* d'Hubert Prolongeau : un reportage au cœur d'un no man's land, une immersion de quatre mois, là où les vies se perdent jusqu'à se négativer. Une traversée de l'enclave cloacale dont le grand reporter dit qu'on n'en réchappe jamais indemne. À bon entendeur, salut !

4 Mais alors :

> « Comment est-on passé du "Grand Enfermement", celui où, un matin à Paris on enferme pêle-mêle les fous, les misérables et les oisifs, en des mêmes lieux, comme le rappelle Michel Foucault ; à la "Grande Exclusion", qui étymologiquement signifie qu'on les "enferme dehors" ? Comment est-on passé de la séquestration de toutes ces "puissances déraisonnables", de ces existences traquées, contenues dans une étroite clôture, à ces existences délaissées sur le bord de la route, dont certaines viennent encore faire parler d'elles, pour qu'un sens leur soit restitué, quand la majorité est livrée au silence d'une démesure qui n'espère plus briser d'improbables chaînes ? » (Jover, 2018, p. 92-93.)

5 À défaut de pouvoir dire *comment*, il est peut-être possible de dire *quand* ; et 1993 se présente comme l'année où tout est venu concorder, du moins en France. L'année où est venu se nouer solidement tout un réseau de significations et qui allait promouvoir la Grande Exclusion comme *le* nouveau grand récit – comme l'est aussi la crise environnementale avec qui elle entretient plus d'une accointance dans nos sociétés qui sont devenues celles du déchet de masse. C'est un récit d'absence de récit. Une illusion négative et une

idéologie avec son anti-idole radicale ledit « SDF », objet de toutes les répulsions. La Grande Exclusion est ce que nous voyons dans les rues de nos mégalopoles, une consistance incarnée par celles et ceux que parfois nous appelons trop hâtivement « SDF » ; elle est ce dont les colloques et revues traitent avec l'épaisseur d'une représentation ciselée par les théoriciens des sciences humaines et sociales (qu'elle suppose) mais toujours mise à l'épreuve du hiatus qu'impose le réel des pratiques de terrain. Elle est encore « cette gorgone » dans les sempiternels discours politiciens promise à l'éradication. Leur slogan : « zéro SDF » (Damon, 2017) ! Mais cette idéologie négative témoigne avant tout de l'installation dans nos vies de l'ultralibéralisme, de cette violence-là : une entrée létale dans le capital et l'économie de marché, où nous sommes advenus au statut d'objet matériel parmi tous les autres artéfacts de production humaine [3]… voués à l'obsolescence, programmée et accélérée…

6 1998. Au soir de ce 12 juillet 1998, l'équipe de France de football dominait sans équivoque le Brésil en finale de la coupe du monde : « 1 et 2 et 3-0 ! ». Didier Deschamps, déjà (encore) lui, capitaine, comme il l'avait été avec Marseille cinq ans auparavant, soulève triomphalement la coupe tant convoitée. Les rues de la capitale comme en province se sont envahies d'une ivresse tricolore et bariolée. Pas meilleur euphorisant que la victoire. Jamais, depuis la Libération, on avait connu telle liesse. Le Stade de France était son temple. La voix de Gloria Gaynor pour chanter son hymne. Ce dimanche soir là, le centre du monde était à la Plaine Saint-Denis… On avait bien oublié que quelques années auparavant, en 1995 précisément, il y avait eu une polémique. Parfaitement bien orchestrée par les médias, comme à leur habitude, elle concernait le choix du nom de ce nouveau grand stade que la France avait attendu depuis si longtemps… Effectivement, personne ne s'était aperçu, en tout cas aucun membre du jury réuni par le ministre des Sports de l'époque, que le très politiquement correct « Stade de France » avait eu pour sigle : SDF. *Malaise*… Malaise autour de cette propriété de l'État français qui en fait aussi une exception à l'échelle européenne. Mais peut-être que cela n'avait pas échappé à Allain Leprest qui chantait en 1998 : « J'aim'rais qu'çà cesse – esse – esse, De s'dégrader

– der – der, Sans un bénef – ef – ef, S.D.F ». Ah, *l'inconscient et ses farces* !

7 Hasard des agendas aussi, quinze jours à peine après le sacre mondial de la bande à *Zizou*, la loi Aubry d'orientation relative à la lutte contre les exclusions était définitivement adoptée le 29 juillet : 159 articles pour tenter de déjouer la complexité d'un procès de masse. 159 articles pour lutter contre cette pandémie qui affecte la société française profondément. 159 articles pour prendre la mesure de cette société de la précarité et de la vulnérabilité sociale qu'elle génère. Un certain nombre de ces articles seront consacrés aux questions sanitaires. Parmi ceux-là, l'article 76. Des permanences d'accès aux soins de santé voient le jour au sein des établissements de santé. Véritable porte d'entrée pour accéder aux soins de droit commun et ce, gratuitement, pour ouvrir ou réouvrir des droits comme la CMU ou à l'époque le RMI, pour tenter de sortir de *l'invisibilité sociale* telle qu'en parle le philosophe Guillaume Le Blanc (2009). C'est que l'hôpital est pétri de normes, des normes sociales qui encadrent comme dans toute institution notre recherche de la « vie bonne » pour le dire avec Paul Ricœur (1990, p. 102), mais qui l'expose aussi en temps de crise aux risques de dérives proprement normopathiques. Si l'hôpital se doit d'être hospitalier – aphorisme que Jean Oury (1977) n'aura eu de cesse de nous rabâcher non sans raison –, force est de constater qu'en cette fin de siècle, son hospitalité connaît déjà une crise et que dire encore de *l'hospitalité psychiatrique*… Les choses ne feront malheureusement qu'empirer. « L'ouverture de l'hôpital à la cité » devient l'objectif prioritaire des actions politiques du gouvernement en place.

8 C'est à partir de l'article 76 que commencent alors à se développer au niveau national les premiers dispositifs pilotes d'unités mobiles hospitalières, et en particulier de secteurs psychiatriques. La mission de ces derniers consistera d'abord dans l'articulation et la possibilité d'un dialogue entre l'hôpital et la cité, dans de la création de zones de transition, de passerelles, de ponts, à la place des fractures et des murs. Comme s'il y avait urgence à créer ou restaurer même à réinjecter de la *transitionnalité* au cœur de l'espace schizoïde de notre société. C'est sur cette ligne de démarcation, séparant l'hôpital en mal *d'hospitalité* et la cité, à l'interface de la psychiatrie et du « social », qu'on a vu arriver les tout premiers infirmiers et

psychologues des interstices, y faisant – non sans prendre des risques – les funambules et acrobates.
Revisiterl'analyse transitionnelle, pour reprendre une formule d'Annie Élisabeth Aubert (2007), est devenu leur méthode. La construction de dispositifs est leur dispositif : des co-constructions à deux ou à plus-de-deux ; la création de dispositifs *inter-* et *trans-*institutionnels en initiatives collectives et citoyennes ; l'organisation et l'animation de réseaux comme des rhizomes [4] aux propriétés protectrices et vicariantes, des *gérances* prothétiques (Kaës, 1979, p. 78)… En somme, créer de la « matière articulatoire » : ces formations intermédiaires indispensables au vivant.

Pour une extension de la notion d'analyse transitionnelle et quelques-uns de ses principes en milieu de « grande précarité »

9 *La rue…* « La rue » a été en sciences humaines et sociales un champ pour la recherche : pour les géographes, historiens, anthropologues et ethnologues, sociologues ou psychosociologues. C'est qu'elle est toute à la fois géographique, historique, anthropologique, sociologique, etc. Et depuis la fin des années 80, et plus encore avec le tournant des années 90, « la rue » est devenue aussi le lieu d'un type d'intervention spécifique pour la prévention spécialisée : le « travail de rue ». Un *travail* spécifique avec sa *matière première* spécifique appelant un *appareillage* lui aussi tout à fait spécifique. Ce « travail de rue » s'est aujourd'hui très largement répandu en s'étendant bien au-delà des limites de la seule prévention spécialisée. Jeunes défavorisés de quartiers populaires toujours, femmes ou hommes en situation de prostitution et usagers de drogues désormais, jusqu'à auxdits « SDF » aujourd'hui. Champ de la pratique *sociale*, elle est devenue champ des pratiques *cliniques* : médicale, infirmière, psychologique, avec comme instigateurs en France des personnalités comme Patrick Henry et Xavier Emmanuelli. Et puis, dès lors que la démarche clinique est venue se conjuguer aux sciences humaines et sociales, elle est devenue à son tour un terrain de recherche clinique pour psychologues et sociologues. Il n'y a qu'à voir

toutes ces passionnantes thèses et recherches en psychologie la concernant et que l'on trouve au CRPPC : de Valérie Colin (2002) et Colette Pitici (2006) à Franck Mathieu (2011) en passant par Grégory Charreton (2001) ou encore Adrien Pichon (2012).

10 Mais on a peut-être aussi trop oublié combien il fallut, pour toute une génération de travailleurs sociaux des extrêmes – les tout premiers « éduc de rue » –, développer un véritable génie de l'interstice. Combien il fallut se faire l'expert autodidacte d'une « science de l'intérité », de *l'entre*. Un savoir-faire artisanal, transmis au cœur de relations d'apprentissage, avec ce qu'il est convenu d'appeler maintenant « bricolage », mais à qui aussi il manquait sa « théorisation » pour qu'elle fût « science ». La *notion d'analyse transitionnelle* introduite par René Kaës puis reprise par Didier Anzieu en 1979 pourrait permettre de jeter les bases, à la fois théorique mais aussi pratique, d'une très féconde heuristique sur la « posture interstitielle » : posture appartenant au registre même de l'analyse transitionnelle au sens élargi de son terme. Voilà une hypothèse à défendre.

11 C'est dès 1976 que l'expression « d'analyse transitionnelle » apparaît. À cette époque aurait circulé pour la première fois au CEFFRAP [5], créé par Didier Anzieu en 1962, un document la mentionnant et posant les premiers jalons d'une psychanalyse qui se voudrait *transitionnelle*. C'est par le jeu constant entre sa riche expérience sur les groupes et sa conceptualisation de plus en plus fine et complexe de l'appareil psychique groupal, que René Kaës va proposer d'élargir la découverte winnicottienne (celle d'objets, phénomènes et aires transitionnels en particulier chez l'enfant) aux adultes, aux groupes, aux institutions en termes de *transitionnalité* et d'instiguer, par-là, l'exercice d'une pratique psychanalytique fondé sur son principe, *l'analyse transitionnelle*. En 1979 – et oui 40 ans déjà – sortait le fruit de cette longue perlaboration et qui constituera le chapitre d'introduction de *Crise, rupture et dépassement*. Il définira l'analyse transitionnelle comme étant :

> « 1) une méthode générale d'investigation des effets des expériences de rupture dans l'espace interne et, corrélativement, dans l'espace intersubjectif ;
> 2) une méthode de traitement (ou de dépassement) des crises

> intrapsychiques et intersubjectives consécutives à ces ruptures par le rétablissement des continuités psychiques, le travail de symbolisation et de la création de nouveaux processus de croissance » (2004, p. 26).

12 Elle est encore – dans ses travaux les plus récents – ce qui porte sur les processus et les formations intermédiaires, ceux-là mêmes qui ont été ébranlés par la crise des fondements intersubjectifs de la vie psychique et par les fractures culturelles et sociales qui en forment son arrière-plan silencieux (2012, p. 163). L'analyse transitionnelle est *ce défi face au malêtre* hypercontemporain.

13 Pour René Kaës, « L'analyse transitionnelle [est encore ce qui] vise à restaurer cette plage qu'évoque Winnicott en citant Rabintranath Tagore, *entre* le solide et le liquide, *entre* le maternel et le paternel, *entre* la pulsion et la pensée, *entre* soi et la culture, les autres et le monde » (2004, p. 26, souligné par moi). « Cette plage définit des bords, des limites, un lieu de repos, un espace de création, mais aussi une zone d'incertitude » (2012, p. 163). L'analyse transitionnelle se fonde sur une posture dite *interstitielle*. « Se tenir entre » : tel est étymologiquement le sens caché du mot « interstice ». Mais il pourrait bien être aussi : « tenir l'entre ». Car pour qu'un passage puisse avoir *lieu*, il faut qu'il y ait de *l'entre* qui se tienne. Toujours au milieu, *entre* les choses, la posture interstitielle est *intermezzo*, *intermède*. Et ce n'est pas tant sa « place » – au sens de sa localisation ou de son lieu – qui est importante que le mouvement (d'ouverture) qu'elle impulse et la direction (« en allant vers ») que cette posture indique qui sont essentiels.

14 Après une période de résistance épistémologique et d'hésitation conceptuelle, Didier Anzieu adopte l'expression pour des « raisons complémentaires et différentes » (1979, p. 185) de celles de René Kaës. C'est ce que rappelle Catherine Chabert dans son livre consacré à Didier Anzieu en 1996 (p. 52). Le concept d'analyse transitionnelle se présente chez lui, et de manière préférentielle – et c'est là que constitue sa différence –, comme l'application extrême de la psychanalyse des limites ; une psychanalyse peut-être même au-delà de ses propres limites. *Psychanalyse est étendue et n'en sait rien* (Julliand, 2006)… Partant de la *cure type*, de la psychanalyse dite « classique », l'analyse transitionnelle correspond à l'ensemble [6] des

modifications techniques qu'imposent pour lui les cures de patients à pathologie caractérielle ou narcissique. Le bien-fondé, de ces modifications avait déjà été établi par Balint, Winnicott, Bion et Kohut. Pour cela, il énonce un certain nombre de règles et de principes (treize en tout), des aménagements requis pour jalonner les étapes préalables à un contrat analytique classique, ou bien au cours d'une cure et de manière transitoire, face à la reviviscence chez le patient d'une rupture psychique le menaçant de l'imminence d'un effondrement. Ces modifications de cadre doivent être trouvées-crées, ce cadre nouveau co-construit, en définissant une disposition intermédiaire entre le cadre psychanalytique classique et le « cadre-prothèse » qui vient s'ajuster, « répondre », accueillir les besoins du Moi du patient restés « en souffrance » pour le dire avec Winnicott, « part bébé du soi » encore autrement avec Albert Ciccone (2012). Le psychanalyste transitionnel se fait à cet endroit l'auxiliaire de ces besoins en carence.

15 À aucun moment, Anzieu ne transige sur un point, fondamental, aussi bien pour ce qui concerne l'analyse classique que transitionnelle : celui des « invariants psychanalytiques ». *Neutralité bienveillante* (qui n'exclut en rien l'engagement clinique qu'elle requiert), *abstinence* (qui convoque surtout l'idée de survivance), *recours quasi exclusif à la parole* (parfois accompagnée de gestes de nature symbolique) et, bien évidemment, la prise en compte du *transfert et l'analyse du contre-transfert*. Là où – à côté de sa dimension d'implication, en allant dans le *pli* –, la posture interstitielle est une posture authentiquement *clinique*, c'est qu'elle travaille *avec* le transfert, *avec* les phénomènes transférentiels, quand de son côté la psychanalyse travaille sur le transfert : cette « ultra-clinique » pour Daniel Lagache (1949). Travailler sur le transfert, c'est travailler sur des représentations psychiques, des fantasmes de désirs inconscients, des objets qui ont un statut psychique non ambigu. Et c'est en partie la fonction du cadre, parce qu'il neutralise l'ambiguïté, que de tendre à rendre intelligible le matériel tel qu'il se donne à l'écoute analysante. Le passage de l'ambiguë au non ambiguë – le passage du travail avec le transfert au travail sur le transfert – constitue l'un des autres enjeux de la posture interstitielle. Et ce passage n'est à vrai dire possible que par la construction d'un cadre

« sur-mesure », qui encadre l'écoute, la création d'un « non-processus » pour parler comme José Bleger (1966, p. 255).

16 Il y a parmi les règles définies par Didier Anzieu, « la règle de matérialisation de l'aire transitionnelle » (1979, p. 210). Rares sont en effet les cabinets d'analystes qui n'ont pas d'espace intermédiaire entre le cabinet lui-même et le dehors « pur » : couloir, salle d'attente, seuil de la porte, escalier ou ascenseur, jusqu'à la porte d'entrée de l'immeuble. Autant d'espaces d'entre-deux – *pré*-séanciel ; *post*-séanciel –, qui forme un véritable nuancier d'interstices où vient se déposer un matériel ambigu, *interlude* que le psychanalyste transitionnel doit considérer et être à même d'interpréter son contenu si nécessaire. Pour lui, un « travail de type analytique a *à se faire là où surgit l'inconscient : debout, assis ou allongé ; individuellement, en groupe ou dans une famille ; pendant la séance, sur le pas de la porte, au pied d'un lit d'hôpital, etc. : partout où un sujet peut laisser parler ses angoisses et ses fantasmes à quelqu'un supposé les entendre et apte à lui rendre compte*. L'inconscient ne répond pas nécessairement aux convocations régulières d'heure et de lieu et la durée des cures s'allonge de plus en plus à attendre sa venue » (Anzieu, 1975, p. 136-137). Il en est presque de même dans ce Grand Interstice qu'est « la rue ». Un mouvement transitionnel doit tenter de faire de l'interstice, non plus une remise ou un débarras, mais un *passage*. Et dire que « le dispositif, c'est la création de dispositifs » marque cet effort constant qui tend à repotentialiser une aire en inventant des « espaces » où la symbolisation et la créativité vont pouvoir se développer, se relancer. En ayant sa « tenue entre », la posture interstitielle servirait d'appui matériel à l'aire transitionnelle. Elle serait une manière d'incarner le processus de médiation et c'est ce qui fait dire à René Roussillon que : « Le premier *Médium Malléable*, c'est sans doute le clinicien et le dispositif n'est rien sans position clinique » (2012b, p. 127).

17 Dans ces rencontres, « hors les murs », les enveloppes vacillent et se brouillent. Les frontières entre le proche et le lointain, la distinction entre un dedans et un dehors, le *je*, le *tu*, le vous, tout se brouille et on a parfois l'impression « d'hospitaliser » ces patients-là, en errance, à l'intérieur de soi, en leur offrant un « Domicile Fixe "dans l'autre" » pour reprendre la belle expression de Grégory Charreton (2001). Une *hospitalité*, une *parentalité*, une « préoccupation soignante

primaire » (Ciccone, 2011). De telles situations sollicitent une capacité à tolérer un certain niveau d'ambiguïté, en l'accueillant, nécessaire mais difficile, éprouvante et affectante (infectante). C'est une tolérance à l'ambiguïté qui, par l'expérienciation, permet la formation progressive d'une « enveloppe » pour John S. Kafka (1989, p. 42), une des éminentes figures de Chestnut Lodge au côté d'Harold Searles. Toute « la rue » n'est qu'ambiguïté.

18 La pratique au cœur des interstices, René Roussillon (1987) en avait déjà révélé bon nombre de subtilités. Il y a de l'entre *dans* l'institution, à sa marge immédiate aussi. Dans ces espaces informels où viennent se suspendre les postures du côté de la professionnalité. Là où, à ce niveau, quelque chose se relâche. Il y a aussi – dans notre cas : à l'interface – de l'entre *entre* les institutions. L'interstice comme lieu d'une pratique et d'une pensée clinique spécifique est « délicate » pour lui. Délicate par l'ambiguïté du statut des processus qui s'y déroulent, leur indécidabilité, et le maniement que celle-ci impose. Pour René Roussillon, à l'instar de Didier Anzieu avec sa « règle de l'interprétation en première personne » (1979, p. 211), l'intervention au cœur de l'interstice doit prendre la forme d'une « certaine implication personnelle, elle ne sera "professionnelle", c'est là son paradoxe, qu'à ne pas se formuler comme telle » (1987, p. 175). C'est un principe d'implication « en première personne », qui ne signifie pas de se dépouiller de toute posture professionnelle, mais qui tente de trouver le moyen de faire exister son implication personnelle au sein d'une pratique professionnelle (Roussillon, 2012a, p. 57). Comme s'il fallait témoigner en fait dans une qualité de présence pleine et authentique, en son nom propre, « en première personne », de son expérience de la condition humaine et de la réalité psychique (Anzieu, 1979, p. 212).

19 *Entr'acte* : il y a aussi, dans bon nombre de cas, des passages qui nécessitent *l'acte*. Classiquement, acte et pensée sont souvent opposés. Leur coexistence est elle aussi du registre de l'ambiguë. Mais la symbolisation passe bien souvent par la mise en acte, comme dans le jeu au sens du *playing* winnicottien. Il faut pouvoir suspendre leur différenciation, opérer une négation douce quant à leur opposition différentielle. Mais il ne s'agit pas non plus de s'engager dans n'importe quel type d'acte. Il est presqu'indispensable quand il s'agit de s'extra-territorialiser en s'aventurant « hors les murs », de travailler en binôme. C'est un confort minimum dans cet océan

d'inconforts qui fait le quotidien de ces pratiques. Le « travail en binôme » relève d'un travail de la transdisciplinarité (Ciccone, 2018). Il fait coexister des cadres de pratiques professionnelles relativement hétérogènes : infirmier/psychologue, éducateur spécialisé/psychologue, assistant social/ psychologue, etc., dont le jeu à l'interface créait une enveloppe tierce, un intercadre, qui contient et articule les différences et les complémentarités. Il est alors possible pour effectuer ce passage, de s'appuyer sur le pragmatisme infirmier ou éducatif, sur leurs *actes* : *actes infirmiers et actes éducatifs* (Rouzel, 2010). Ce sont des « passages *par* l'acte » (Mathieu, 1977) et non pas des passages à l'acte court-circuitant le travail de pensée : tel est la responsabilité du psychologue des interstices que de préserver le travail de pensée, dans des formes « d'élaboration à chaud » ou de « supervision clinique en directe ». Ce sont des véritables « actes de passage » (Flournoy, 1985), des actes de symbolisation, des « passages par la scène » (Blanquet, 2017, p. 128), des passages *par* l'acte qui tente de relancer des processus restés en rade d'eux-mêmes…

20 *Construire un pont au lieu des fractures et des murs*. Par-dessus le gouffre, l'abîme. Et rien d'autre. Car il n'y a bien qu'avec la figure du « pont » qu'il est possible de franchir le « nulle part », l'inhabitable non-lieu, et passer « ailleurs » ; un pont ouvert sur un ailleurs éclairant la question humaine. Ainsi l'écrit et le rêve Ghyslain Lévy (2019, p. 189-192) à propos de ce texte de cet autre Kafka – bien plus célèbre celui-là, passeur d'images –, Franz et intitulé « Le pont ».

> « J'étais raide et froid, j'étais un pont » (Kafka, 1917, p. 451).

Cameron Gibson on Unsplash

NOTES

1 Seulement deux dépêches en 1992 titraient sur les « SDF » contre 156 l'année suivante.

2 Leitmotiv de son association *Réseau* Pratiques sociales (www.pratiques-sociales.org).

3 Ce qui n'est ni plus ni moins une façon de paraphraser Christopher Bollas qui parlait déjà en 1987 de ce processus caractérisé par : « *the numbing and eventual erasure of subjectivity in favour of a self that is conceived as a material object among other man-made products in the object world* » (p. 135).

4 « *RHIZOME n.m. (gr. rhyza) : Tige souterraine vivante, souvent horizontale, émettant chaque année des racines et des tiges aériennes* ». Voilà ce qu'il est

possible de lire sur la couverture de chacun des nouveaux numéros du Bulletin National Santé Mentale et Précarité, *Rhizome*, créé à l'origine par Jean Furtos. Un titre pour une philosophie, deleuzienne assurément (Deleuze et Guattari, 1980).

5 Cercles d'Études Françaises pour la Formation et la Recherche : Approche Psychanalytique du groupe, du psychodrame, de l'institution.

6 Un ensemble à vrai dire relativement indéterminé, ou à déterminations multiples, dans le cas d'une extension de la notion d'analyse transitionnelle. Une « nébuleuse marginale » pour utiliser un terme de Paul Bercherie (1984).

AUTHOR

Matthieu Garot
Psychologue clinicien et psychanalyste, Institut du Groupe Lyonnais de Psychanalyse, Société Psychanalytique de Paris exerçant à Saint-Étienne
IDREF : https://www.idref.fr/228262682

Bibliographie du dossier

Copyright
CC BY 4.0

TEXT

1 Abelhauser A., Gori R., Sauret M-J. *et al.* (2011). *La folie évaluation. Les nouvelles fabriques de la servitude*, Paris, Mille et une nuit.

2 Anzieu D. (1979). « La psychanalyse encore » in *Revue française de psychanalyse*, *L'avenir de la psychanalyse*, t. 39, n° 1-2, Paris, PUF, p. 135-146.

3 Anzieu D. (1979). « La démarche de l'analyse transitionnelle en psychanalyse individuelle », in *Crise, rupture et dépassement*, Paris, Dunod, p. 184-219.

4 Aubert A. É. (2007). « L'analyse transitionnelle revisitée », in *Dispositifs de soins au défi des situations extrêmes*, Paris, Érès, p. 59-83.

5 Bercherie P. (1984). « Épistémologie de l'héritage freudien (suite et fin) » in *Ornicar ?*, n° 30, p. 94-125.

6 Blanquet B. (2017). « La violence face au désespoir : une solution radicale », in *Violences et malêtre*, Paris, Dunod, p. 119-132.

7 Bleger J. (1966). « Psychanalyse du cadre psychanalytique », in *Crise, rupture et dépassement*, Paris, Dunod, 1979.

8 Bollas C. (1987). « Normotic illness », in *The Shadow of the object*, Free Association Books, Londres, p. 135-156.

9 Brun A., Roussillon R., Attigui P. et coll. (2016). *Évaluation clinique des psychothérapies psychanalytiques. Dispositifs institutionnels et groupaux de médiations thérapeutiques*, Paris, Dunod. Prix spécial 2017 Évolution psychiatrique.

10 Chabert C. (1996). *Didier Anzieu*, Paris, PUF.

11 Chagnon J.-Y., Houssier F., Pinel J.-P. (2020). « La chasse aux sorcières, ça suffit ! », in *Psychologues et psychologies*, n° 266-267.

12 Charreton G. (2001). *La manche, une quête d'un Domicile Fixe « dans l'autre »*, mémoire de DEA de psychologie, Université Lumière Lyon 2.

13 Ciccone A. (2011). *La psychanalyse à l'épreuve du bébé. Fondements de la position clinique*, Paris, Dunod.

14 Ciccone A. (2012). « La part bébé du soi », in *La part bébé du soi. Approche clinique*, Paris, Dunod, p. 1-22.

15 Ciccone A. *et al.* (2014). *La violence dans le soin*, Paris, Dunod.

16 Ciccone A. (2016). « La parentalité : modélisation » in *Violences dans la parentalité*, Paris, Dunod, p. 9-28.

17 Ciccone A. *et al.* (2018). « Le soin, la marge et la transdisciplinarité », in *Aux Frontières de la psychanalyse. Soin psychique et transdisciplinarité*, Paris, Dunod, p. 1-11.

18 Colin V. (2002). *Psychodynamique de l'errance : traumatisme, fantasmes originaires et mécanisme de périphérisation topique*, thèse de doctorat en psychologie, Université Lumière Lyon 2.

19 Damon J. (2002). « Les "SDF", de qui parle-t-on ? Une étude à partir des dépêches AFP », in *Population*, 57e année, n° 3, p. 569-582.

20 Damon J. (2017). *Exclusion : vers zéro SDF ?*, Paris, La Documentation française.

21 Declerck P. (2005). *Le nouveau sang est arrivé. L'Horreur SDF*, Paris, Gallimard.

22 Deleuze G., Guattari F. (1980). « Introduction : rhizome », in *Capital et schizophrénie. Mille plateaux*, Paris, Minuit, p. 9-36.

23 Delion P. (2001). « Thérapeutiques institutionnelles » in *EM-Consulte*, EMC Psychiatrie.

24 Delion P. (2011). *Accueillir et soigner la souffrance psychique de la personne, introduction à la psychothérapie institutionnelle*, Paris, Dunod.

25 Dejours C. (2001). « Le travail entre banalisation du mal et émancipation », *D'un siècle à l'autre la violence en héritage*. Paris, in Press, p. 19-34.

26 Diatkine, R. (1985). « L'application de la psychanalyse aux enfants » In *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. T4, PUF, p. 2939-2972.

27 Dilthey W. (1883). *Introduction à l'étude des sciences humaines*, Paris, PUF (1942).

28 Eustache F., Lechevalier B., et Viader F. (2008). *Traité de neuropsychologie clinique*, Louvain-la-Neuve, Ed. De Boeck Supérieur.

29 Falissard B. (2017). « La scientificité de la psychanalyse : faux débat épistémologique, vrai challenge méthodologique », in *In Analysis*, Vol. 1, Issue 1, p. 25-31.

30 Falissard B. (2019). « Les résistances aux travaux d'évaluation de la psychanalyse », in *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, vol. 9(2), 91-98.

31 Federn P. (1943). *Psychologie du moi et des psychoses*, Paris, PUF (1979).

32 Flournoy O. (1985). *L'Acte de passage, d'une manière de terminer sa psychanalyse*, Éditions Baconnière.

33 Franck N. (2017). *Remédiation Cognitive*. 2nd éd., Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson SAS.

34 Freud S. (1918). *Les voies nouvelles de la thérapeutique psychanalytique. Dans la technique psychanalytique*, (tr.fr). Paris, PUF (2002).

35 Fukuyama F. (1992). *La Fin de l'histoire et le Dernier homme*, Paris, Flammarion, 2009.

36 Fustier P. (1999). *Le travail d'équipe en institution. Clinique de l'institution médico-sociale et psychiatrique*, Paris, Dunod, 2015.

37 Gaillard G. (2008). « Restaurer de la professionnalité. Analyse de la pratique et intersubjectivité » in *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 1, n° 50, p. 34.

38 Georgieff N. (2009). « Neurosciences et psychiatrie : intégration ou grand écart ? », in *L'information psychiatrique*, 85, p. 429-438.

39 Gil R. (2010). *Neuropsychologie*. 5e éd., Issy-les-Moulineaux. Elsevier Masson SAS.

40 Gonon F. et Keller P.-H. (2020). « L'efficacité des psychothérapies inspirées par la psychanalyse : une revue systématique de la littérature scientifique récente », in *Encéphale*, à paraître.

41 Gori R. (2011). *La dignité de penser*, Les liens qui libèrent, Paris.

42 Juven P.-A., Pierru F., Vincent F. (2019). *La casse du siècle, à propos des réformes de l'hôpital*, Paris, Raisons d'agir.

43 Green A. (1972). « Note sur les processus tertiaires », in *Revue française de psychanalyse*, 36, p. 407-411.

44 Green A. (1990). *La folie privée*, Paris, Gallimard.

45 Green A. (1999). « Passivité-passivation : jouissance et détresse », in *Revue française de psychanalyse*, 63, 5, p. 1587-1600.

46 Henri A.-N. (2004). *La formation en psychologie*, Lyon, PUL.

47 Hochmann J. (2004). *Histoire de la psychiatrie*, Paris, PUF.

48 Hochmann J. (2011). « La causalité narrative » in *Cliniques méditerranéennes*, 83(1), 155-170.

49 Jover F. (2018). « Le quotidien des hommes sans histoire » in *La Précarité comme être sans. Sens anthropologique et phénoménologique clinique de la situation précaire*, La Plaine Saint-Denis, Le Cercle herméneutique, p. 91-110.

50 Julliand É. (2006). « Psychanalyse est étendue et n'en sait rien… », in *Topique*, 2006/2, n° 95, L'Esprit du temps, p. 81-87.

51 Kaës R. (1979). « Introduction à l'analyse transitionnelle », in *Crise, rupture et dépassement*, Paris, Dunod, p. 1-81.

52 Kaës R. et Col. (1979). *Crise rupture et dépassement*, Paris, Dunod.

53 Kaës R. (2004). « Médiation, analyse transitionnelle et formations intermédiaires », in *Les processus psychiques de la médiation*, Paris, Dunod, p. 11-28.

54 Kaës R. (2007). *Un singulier pluriel, la psychanalyse à l'épreuve du groupe*, Paris, Dunod.

55 Kaës R. (2012), *Le Malêtre*, Paris, Dunod.

56 Kafka F. (1917). « Le pont », in *Œuvres complètes*, t. II, Paris, Gallimard, 1980, p. 451.

57 Kafka J.S. (1989). *Réalités multiples en psychiatrie et psychanalyse*, Rotterdam, Éditions Doin, 2009.

58 Lagache D. (1949). « Psychologie clinique et méthode clinique », *L'Évolution psychiatrique*, I, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, p. 155-178.

59 Lanquetin J. (2015). « La place de l'informel en psychiatrie » in *Pratiques en santé mentale*, 61e année (1), 59-67.

60 Le Blanc G. (2009). *L'Invisibilité sociale*, Paris, PUF.

61 Leboyer M. et LIorca P.-M., (2018). *Psychiatrie : l'état d'urgence*, Paris, Fayard.

62 Leichsenring F. et Rabung S. (2008). « Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis ». in JAMA, 300(13), p. 1551-1565.

63 Lévy G. (2019). *Survivre à l'indifférence*, Paris, Éditions Campagne-Première.

64 Loriol M. (2011). *Sens et reconnaissance dans le travail*. p. 43-67. halshs-00650279.

65 Mathieu F. (2011). *L'errance psychique des sujets SDF. Le manteau cloacal, l'effondrement scénique et la séduction*, thèse de doctorat en psychologie, Université Lumière Lyon 2.

66 Mathieu M. (1977). « Dont acte », in *Psychanalyse et langage, du corps à la parole*, Paris, Dunod.

67 Marcianno P. (2009). *L'hôpital de jour pour enfants*, Toulouse, Éres.

68 Misés R., Perron R. (1981). *Retards et perturbations psychologiques chez l'enfant. Facteurs et conditions d'apparition, modalités évolutives, repérages et prise en charge*, Paris, CTNERHI.

69 Morin E. (1977). *La Méthode. I, La nature de la nature*, Paris, Seuil, p. 127.

70 Oury J. (1976). *Psychothérapie institutionnelle*, Paris, Payot.

71 Oury J. (1977). *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*, Toulouse, Éres.

72 Pichon A. (2012), *Œdipe à la rue*, mémoire de Master-2 recherche en psychologie, Université Lumière Lyon 2.

73 Pinel J.-P. (1996). « La déliaison pathologique des liens institutionnels dans les institutions de soins et de rééducation. Perspective économique et principe d'intervention » in *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*, Paris, Dunod, p. 50-79.

74 Pinel J.-P. (2008). « Emprise et pouvoir de la transparence dans les institutions spécialisées. » in *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 51(2), 33-48. doi:10.3917/rppg.051.0033.

75 Pinel J.-P., Gaillard G. (2013). « L'institution soignante à l'épreuve de l'hypermodernité. » in *Bulletin de psychologie*, 526, p. 333-340.

76 Pitici C. (2006), *De l'enfouissement psychique à la scène d'amarrage : actualisation de l'indéterminé chez l'errant*, thèse de doctorat en psychologie, Université Lumière Lyon 2.

77 Racamier P.-C. (1970). *Le psychanalyste sans divan*, Paris, Payot.

78 Racamier P.-C. (1980). *Les schizophrènes*, Paris, Payot.

79 Ricœur P. (1983). *Temps et récit*, Paris, Seuil.

80 Ricœur P. (1990). *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil.

81 Rosa H. (2005). *Accélération*, Paris, Éd. La Découverte (2011).

82 Roussillon R. (1987), « Espaces et pratiques institutionnelles. Le débarras et l'interstice », in Kaës R. *et al.*, *L'Institution et les institutions*, Paris, Dunod, p. 157-178.

83 Roussillon R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*, Paris, PUF.

84 Roussillon R. (2012). *Manuel de pratique clinique*, Paris, Masson.

85 Roussillon R. (2012a). « Arguments pour un herbier des pratiques cliniques… », in *Canal Psy*, hors-série n° 4, *Re-co-naissance. Trouvons-créons nos pratiques cliniques*, Institut de psychologie, Université Lumière Lyon 2, p. 55-58.

86 Roussillon R. (2012b). *Manuel de pratique clinique*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson.

87 Rouzel J. (2010). *L'acte éducatif*, Paris, Éres.

88 Shedler J. & Rabeyron T. (2021). « "That was then, this is now" : Introduction aux psychothérapies psychodynamiques contemporaines », in *Évolution psychiatrique*, 86 (3), à paraître.

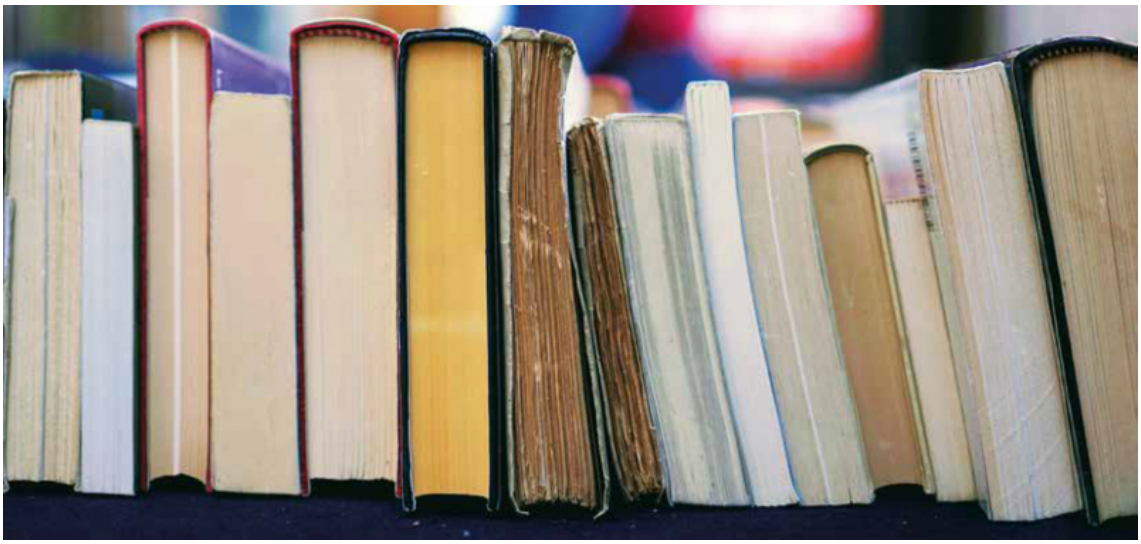
89 Svendsen L. (2003). *Petite philosophie de l'ennui*. Fayard, p. 251.

90 Tosquelles F. (1984). *Éducation et psychothérapie institutionnelle*, Paris, Hiatus.

91 Vassal O. (2006). « Crise du sens, défis du management ». In *L'Expansion Management Review*, 121(2), 67-73. doi:10.3917/emr.121.0067.

92 Visentini G. (2021). « Quinze ans après le rapport de l'Inserm. L'efficacité de la psychanalyse ré-évaluée », in *Évolution psychiatrique*, 86 (3), à paraître.

93 Winnicott D.W. (1971). *Jeu et réalité*. Tr. Franç. 1975. Paris, Gallimard.



Tom Hermans on Unsplash

Coup de cœur

Emmanuel Venet, *Manifeste pour une psychiatrie artisanale*

Jean-Marc Talpin

DOI : 10.35562/canalpsy.3188

Copyright
CC BY 4.0

BIBLIOGRAPHICAL REFERENCE

Emmanuel Venet, *Manifeste pour une psychiatrie artisanale*, Verdier, 2020, 96 pages, 7 euros.

TEXT

1 Emmanuel Venet est psychiatre, écrivain, lyonnais. Et sans doute bien d'autres choses encore, lui qui se situe dans la lignée d'une psychiatrie humaniste, c'est-à-dire d'une psychiatrie centrée sur l'humain, plutôt que sur sa partialisation (comportement, neurone, neuro-transmetteur…). Il est né en 1959, ce qui lui donne un certain recul sur l'évolution de la psychiatrie. Emmanuel Venet est un psychiatre de l'hôpital du Vinatier, où il a fait sa carrière. Notre chance, comme lecteur, est que c'est un psychiatre qui a, comme on disait, une plume : elle est vive, efficace, intelligente, parfois mordante. Il ne craint pas d'affirmer ce à quoi il croit comme à critiquer ce que lui semble détruire ce pour quoi il fait ce métier à l'hôpital public. Le petit format des éditions Verdier (16x10), éditions fondées par des hommes très engagés à l'extrême gauche, avec une haute idée de la culture comme leurs différentes collections en témoignent, ce petit format donc a été créé spécialement pour cela, pour soutenir une parole engagée, souvent brève.

2 Dans une déclaration, E. Venet affirmait : « L'abandon de la psychiatrie publique est le fruit d'une volonté plutôt que d'une impuissance politique ». On ne saurait mieux dire. Il développe l'argument dans son livre avec des références bien ciblées, aussi bien du côté de l'histoire que des chiffres, de la psychanalyse que de l'économie

politique (ce qui est un pléonasme). La psychiatrie publique est abandonnée en tant que psychiatrie de secteur pour deux raisons :

3 Le soutien aux cliniques privées, qui appartiennent le plus souvent à des grands groupes financiers ;

4 La segmentation : là où la psychiatrie de secteur accueillait tous les patients d'un bassin de population, en proximité, il s'agit aujourd'hui d'avoir des unités spécialisées (autisme, dépression résistante, addictologie…) qui n'assurent plus le suivi, interviennent ponctuellement en expert, le plus souvent en expert de la chimiothérapie… tout se tient, merci les laboratoires pharmaceutiques, le DSM…

5 Par voie de conséquence, se développe une psychiatrie à deux vitesses : l'une pour les suffisamment riches, en clinique ; l'autre pour les pauvres, qui, hasard, nécessité ?, sont souvent les psychotiques au long cours, ceux que l'on ne guérit pas si souvent, ceux que l'on soigne, que l'on accompagne à vivre. Le choix politique de réduire les moyens de la psychiatrie publique repose sur l'idée que ces derniers coûtent cher, qu'il n'est pas utile de les soigner, qu'il suffit de les normaliser, cf. les fameuses habiletés psychosociales, de les parquer dans des institutions du médico-social (qui fait ce qu'il peut, avec les moyens qu'il a).

6 *Manifeste pour une psychiatrie artisanale* : c'est d'abord un beau titre qui souligne la nécessaire inventivité du travail en psychiatrie là où d'aucuns veulent des procédures ; cela évoque le colloque FSP sur le bricolage… C'est aussi un livre de parti pris : le parti de la vie cabossée, de la vie de la femme et de l'homme, malade ou soignant… le parti aussi de l'engagement qui ne marche jamais sans l'espoir.

7 Emmanuel Venet, merci pour le plaisir de lecture, merci pour l'engagement.

AUTHOR

Jean-Marc Talpin
IDREF : https://www.idref.fr/087994194
ORCID : http://orcid.org/0000-0002-2979-7442
HAL : https://cv.archives-ouvertes.fr/jean-marc-talpin

ISNI : http://www.isni.org/0000000004710772
BNF : https://data.bnf.fr/fr/15595586

À propos

Benoit Vidal, *L'effet schizomètre. Quand l'art brut dégivre la psychopathologie*

Jean-Marc Talpin

DOI : 10.35562/canalpsy.3212

Copyright
CC BY 4.0

BIBLIOGRAPHICAL REFERENCE

Benoit Vidal, *L'effet schizomètre. Quand l'art brut dégivre la psychopathologie*, docu-photo, Paris, Éditions Epel, 123 p., 22 euros

TEXT

1 *L'effet schizomètre* est un drôle d'ouvrage, d'une part sur la forme, d'autre part sur le fond, qui nous parle profondément de la création, de la folie, et de la psychiatrie. Drôle d'ouvrage, d'autant plus que la question de la forme et du fond n'en font qu'une pour B. Vidal comme pour Marco Decorpeliada à partir de l'œuvre duquel a été construit *L'effet schizomètre*.

2 Trois entrées nous permettrons d'aborder cet ouvrage : l'auteur de celui-ci, le sujet de celui-ci, à entendre comme l'on veut, enfin le discours non sur la folie mais sur la psychiatrie, dans une dimension poético-polémique ainsi que l'indique le sous-titre.

3 L'ouvrage et son auteur, B. Vidal : celui-ci est un auteur original qui trouve dans une forme contemporaine du roman-photo, en y intégrant d'autres types d'images, un mode d'expression auquel il donne une grande richesse et une réelle complexité. Son premier ouvrage du genre, *Pauline à Paris* (Éd. FLBLB), ouvrait sur la question de l'histoire, la petite et la grande, sur celle de la mémoire et du vieillissement, des souvenirs et de la reconstruction de ceux-ci. Avec *L'effet schizomètre*, nous changeons de territoire. Ce nouvel opus est né de la rencontre, toute militante et créative à la fois, avec l'œuvre de M. Decorpeliada. À partir de cette rencontre, B. Vidal en a provoqué d'autres, qui organisent son ouvrage en chapitre : une psychanalyste

amie de la sœur de M. Decorpeliada, des psychanalystes, un historien oulipien, un chimiste, un comptable, un collectionneur, qui est aussi en quelque sorte l'inventeur de M. Decorpeliada comme artiste, A. de Galbert, qui créa la Maison rouge, haut lieu d'exposition de l'art brut contemporain, un historien de l'art (brut en particulier). On pourrait ajouter pour faire bonne mesure un raton laveur, mais nous verrons que cette énumération apparemment incongrue a en fait toute sa cohérence.

4 Si la parole est donnée à beaucoup, elle ne l'est pas à M. Decorpeliada, mort au moment du projet, mais si présent à travers son œuvre qui le parle, plutôt qu'elle ne parle pour lui.

5 M. Decorpeliada est un inventeur, il se trouve qu'il a été exposé à la Maison rouge, un peu après sa mort. Lorsqu'il a été sollicité pour cette exposition, il a été profondément perturbé d'être considéré comme un artiste car telle n'était pas fondamentalement sa démarche. Il est un chercheur de solution que l'on peut aborder, comme B. Vidal, sous l'angle de la création ou de la folie, à supposer qu'ici l'opposition ait quelque pertinence, comparée à la folie classificatoire des DSM.

6 M. Decorpeliada fut hospitalisé en psychiatrie, de nombreux codes du DSM lui furent attribués, qui devinrent l'élément fondamental de sa démarche. En effet, peu après sa sortie de l'hôpital psychiatrique, et alors qu'il souffrait, entre autres, d'une grande difficulté à sortir de chez lui, il se rendit compte que les codes du DSM étaient les mêmes que ceux du catalogue *Picard surgelé*. Dès lors, il construisit des tableaux de correspondance, par exemple 60.0 : personnalité paranoïaque – pommes rissolées XL. À partir de cette découverte, il l'approfondit, puis fut rejoint par d'autres chercheurs.

7 Il l'approfondit d'abord en installant les correspondances de codes sur des mètres qui furent exposés ; puis sur les portes de réfrigérateurs et de congélateurs (toujours *Picard* : on pourrait se questionner sur cette origine géographique pour un homme au nom italien) dans un tableau à double entrée dès lors qu'il se rend compte qu'il y a des codes *Picard* qui n'ont pas d'équivalents dans le DSM, ce qui le conduit à penser qu'on les a cachés : mais pourquoi ? Puis il étend sa démarche à la classification des livres de la BNF, au livre des 1 001 films qu'il faut avoir vu avant de mourir…

8 Un comptable est interpellé par le fait que M. Decorpeliada ne croise pas le DSM avec le plan comptable, aussi entame-t-il lui-même la démarche, trouvant les mêmes vides que l'auteur princeps, ce qui le conduit sur des pistes passionnantes : ainsi dans le plan comptable un numéro manque, où l'on passe de 63.1 à 63.3 : or, dans le DSM, le 63.2 correspond à la kleptomanie. La question est posée : à qui profite le crime ?

9 Un chimiste fait de même, qui qualifie M. Decorpeliada de Mendeleïev de la psychiatrie. En effet, l'un comme l'autre ne visent pas une totalité close mais inventent un système ouvert, incomplet mais complétable… Avis aux amateurs !

10 Certains voient dans la démarche systématique de M. Decorpeliada une forme de folie, raisonneuse et classificatrice, d'autres une œuvre d'art, en particulier par son inscription sur les mètres ou les portes froides, d'autres encore y voient et y puisent une critique de la folie DSM qui conduit à faire entrer, dans sa dernière mouture à la folie tout aussi classificatoire et, pour tout dire, stigmatisante, plus de 50 % de l'humanité (qui pourrait ainsi bénéficier des bienfaits de la pharmacopée, pour le plus grand bien financier de l'industrie chimico-pharmaceutique). En ce sens, l'invention systématique de M. Decorpeliada est tout autant poétique que politique. Poétique par le sens aigu, et chiffré (codé) des rapprochements. Poétique par la dénonciation, par l'absurde, des classifications psychiatriques du DSM.

11 Bref, comme le dirait U. Eco, une œuvre ouverte, une œuvre où l'on s'engouffre avec surprise, où l'on chemine avec jubilation, entre sérieux avéré et humour totalement décalé, une œuvre que l'on a envie de partager. Laissons-nous entrainer par B. Vidal et quelques autres dans des croisements hautement féconds.

AUTHOR

Jean-Marc Talpin
IDREF : https://www.idref.fr/087994194
ORCID : http://orcid.org/0000-0002-2979-7442
HAL : https://cv.archives-ouvertes.fr/jean-marc-talpin
ISNI : http://www.isni.org/0000000004710772
BNF : https://data.bnf.fr/fr/15595586