

# LA PSYCHIATRIE, UNE INSTITUTION EN DÉBAT

VINCENT DI ROCCO

**L**e 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.

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 réajustements 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 entraînant 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 entraîné 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.

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.

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.

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.

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.**

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.

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 médico-légales et éthiques. La psychiatrie est donc au carrefour de différentes approches dont il devient par moment 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.

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.

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.

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.

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<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>, 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.

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 rend nécessaire ce travail de mise en cohérence conceptuelle qui suppose d'accepter un relatif métissage.

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.

Ce métissage prend la forme de « bricolages » conceptuels, de bricolage au sens donné par C. LEVI 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 ».**

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.

Les dimensions groupales et institutionnelles sont directement mobilisées par la remise en jeu des processus psychiques émergents 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 cadre du CRPPC<sup>3</sup> à la suite des travaux fondateurs d'E. JACQUES, J. BLEGER, D. ANZIEU.

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.

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.

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 quoi 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.

3 Notamment, R. KAËS, P. FUSTIER, B. CHOUVIER, R. ROUSSILLON, G. GAILLARD...

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.

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'accor-

dage 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.**

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.

Vincent Di Rocco  
Professeur de Psychopathologie  
et de Psychologue Clinique  
Directeur du département de  
Psychologie Clinique  
Institut de Psychologie  
Université Lumière Lyon 2

