

# DE LA PSYCHOTHÉRAPIE INSTITUTIONNELLE AU CLIVAGE ENTRE PROCESSUS SOIGNANT ET REGISTRE ÉDUCATIF

PHILIPPE GRONDIN

## **Au sujet de la psychothérapie institutionnelle : quelques repères historiques fondamentaux**

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.

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 18<sup>ème</sup> siècle au tout début du 20<sup>ème</sup> 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-Etienne ESQUIROL va soutenir sa thèse de médecine en 1805 avec pour titre « Des passions considérées 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 autre par les travaux de 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<sup>ème</sup> siècle, une école « somatiste » va régner sur la psychiatrie française

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<sup>ème</sup> 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, méritent 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 reconnaîtra 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. A 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 thérapie, nous serons obligés de mêler à l'or pur de l'analyse une quantité considérable du plomb de la suggestion directe. Parfois même, nous devons 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)

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

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 Etats-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.

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.

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 thérapie 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 « thérapie 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 thérapie plus active. »

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.

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 de 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 Gorke », 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.

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 KOEHLIN 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.

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

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<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Cf. le livre *Caché dans la maison des fous* de Didier DAE-NINCKX, pour une version narrative de cet épisode.

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 ELUARD 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.

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* ».

1942 voit l'arrivée de Lucien BONNAFFÉ, 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.

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*".

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.

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.

Des réunions ont été instituées favorisant le régime démocratique de l'institution où chacun, patients et soignants, pouvaient 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.

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".

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.

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 institu-

tionnelle 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.

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 vient 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)

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.

## **Et qu'en est-il de la prise en charge des enfants?**

### **Des centres de guidance infantile à l'hôpital de jour**

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 autre, dans le prolongement des travaux de Anna FREUD et de 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 Psychopathic 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.

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.

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.

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.

La notion de sectorisation, quant à elle, va prendre forme à partir du Centre de santé mentale infantile du XIII<sup>ème</sup> 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.

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.

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 entre 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.

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.

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.

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.

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)

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 ».

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

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)

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)

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'explicitier 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)

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)

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.

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 struc-

tures 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.

Pour conclure, je soulignerai tout le travail d'élaboration particulièrement riche et enrichissant induit par les avancées théoriques 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.

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.

A 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.

Philippe GRONDIN

Psychologue clinicien, psychanalyste,  
chercheur associé au CRPPC Lyon 2.



