

**Université Lille 2
Université Paris 13
APHM/CHU Sainte-Marguerite, Marseille
CCOMS, EPSM Lille Métropole**

Mémoire pour le Diplôme inter-universitaire
« Santé mentale dans la communauté »
Année 2015-2016.

La vie psychique des murs.

Eléments pour un dialogue entre santé mentale dans la communauté et
psychothérapie institutionnelle.



Le bassin aux nymphéas, harmonie verte, Monet.

Héloïse HALIDAY
Tutorat : Jean-Luc ROELANDT

« Mettre en question l'hôpital, ça doit précisément définir un groupe qui s'intéresse au problème de sa nature dans ses rapports avec la société. Il faut utiliser ce groupe en tant qu'outil, pas en tant que moyen de recherche. Forcément, il y aura répercussion dans la recherche. Mais il faut le présenter d'abord comme outil. » (Oury, 1972, p. 17)

« Je n'ai pas encore eu besoin du service de santé mentale, en tant qu' « usager », sinon en me servant de lui pour apprendre mon métier » (Bonnafé, 1977, p. 81)

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	4
METHODE	10
I. De quoi la psychothérapie institutionnelle et la santé mentale dans la communauté sont-elles le nom ?	12
1°) Psychanalyse et institution : chemin vers une psychothérapie institutionnelle.	12
2°) Transformation des relations entre psychiatrie et politique : la santé mentale dans la communauté.	16
II. Plaidoyer pour une institution plurielle.	19
1°) Ambigüe, équivoque : quelle définition pour l'institution ?.....	19
2°) Les conséquences d'un choix lexical.....	22
3°) Dialectique de l'espace et des pratiques : la vie psychique des murs.....	28
4°) Quelle créativité quotidienne dans les pratiques ? De l'institution aux relations humaines.....	32
III. Patients, usagers, citoyens ordinaires : pour une identité multiple des bénéficiaires des soins.....	34
III. 1°) L'usager, une notion plurivoque.....	34
III. 2°) Pourquoi l'« usager » ?.....	37
III. 3°) Usagers <i>et</i> patients : un enrichissement de la distinction statut/rôle/fonction.	40
III. 4°) Aller plus loin que l' <i>empowerment</i> : la transformation des relations.	43
CONCLUSION	45
BIBLIOGRAPHIE	49
RESUME.....	51

INTRODUCTION

Le choix du thème de ce travail porte en lui la contradiction de notre position : formée en tant que psychologue à la psychanalyse et à la psychothérapie institutionnelle, tandis que de notre place de doctorante nous tentons d'interroger la façon dont les professionnels de la santé mentale organisent aujourd'hui leurs soins et leurs accompagnements en France en fonction de leurs référentiels théoriques individuels et institutionnels, il nous est apparu nécessaire de revenir sur l'incompatibilité supposée entre santé mentale dans la communauté et psychothérapie institutionnelle, que tout semble opposer, dans le débat public actuel, selon une logique binaire (Demailly, 2012) :

Pour les uns, le lieu de soin naturel est à l'hôpital, la clinique, un lieu de vie où on extrait le malade de son milieu, à certaines conditions que travaille la psychothérapie institutionnelle. A l'inverse, pour les autres, l'hôpital est iatrogène, quoiqu'on y fasse [...]. Le lieu de soin est la vie ordinaire. Il était bien de diminuer le nombre de lits d'hospitalisation, il faut continuer à le faire [...] (p. 52).

Face à un clivage en apparence évident et justifié, ce mémoire ne cherchera pas tant des outils pour faire que des outils pour penser. L'hypothèse principale qui guidera notre travail consistera à dire que de nombreuses dissensions existent entre la psychothérapie institutionnelle guidée par la psychanalyse et la santé mentale dans la communauté, qui masquent leur complémentarité ; ces différends se jouent sur le terrain lexical mais aussi dans la pratique clinique quotidienne, et il convient, pensons-nous, d'en analyser les sources théoriques pour espérer les dépasser.

Posons tout d'abord les termes du débat, ou plutôt de son absence. D'un côté, les praticiens convaincus par la psychanalyse et la psychothérapie institutionnelle ont constitué, face aux baisses d'effectifs hospitalier, à la concurrence d'autres courants et thérapies, voire à certaines prises de position gouvernementales¹, des groupes revendicatifs bénéficiant du soutien d'un certain nombre de professionnels du sanitaire. Leur refus des évolutions récentes dans le champ de la santé mentale s'appuie notamment sur une méfiance quant aux changements sémantiques - des « patients » aux « usagers », des « secteurs » aux « territoires de santé » -,

¹ On pourra par exemple se référer à cette déclaration de Ségolène Neuville, secrétaire d'Etat aux Personnes handicapées, et disponible à l'adresse suivante : <http://www.lcp.fr/la-politique-en-video/segolene-neuville-la-psychanalyse-ne-fait-pas-partie-des-methodes-recommandees>.

mais aussi sur le constat d'une solide hégémonie des thérapies cognitivo-comportementales dans les services sanitaires (médico-sociaux dans une moindre mesure) français. Le courant psychanalytique semble difficilement se remettre de la perte du pouvoir et de l'influence qu'il avait gagnés dans les années 70, toujours contées aux jeunes générations avec ambivalence : à la fois théâtre de son triomphe dans les services de psychiatrie et du dogmatisme de praticiens ayant confondu sa théorie et sa méthode avec l'exercice d'un pouvoir de maîtrise tant sur les patients que les équipes.

De l'autre côté s'étend un champ qui, pour aussi moderne et instigateur d'évolutions du système de soins qu'il soit, n'en est pas moins vaste et hétérogène. Avant de se pencher sur le sens de la santé mentale dans la communauté, la démarche de ma recherche m'a poussée à m'arrêter sur le terme même de « santé mentale », car son équivocité dans la sphère de l'organisation des soins peut rendre l'ensemble des pratiques portant son nom quelque peu nébuleux pour le néophyte. De la même façon que les sociologues David Pilgrim et Ann McCranie (2013) ont souligné la pluralité des usages possibles du terme de « rétablissement », on peut affirmer que la « santé mentale » fait coexister, sous un même nom, des conceptions des soins et des pratiques éminemment différentes. En France, le terme de « santé mentale » a servi à promouvoir une conception démocratique et participative du mieux-être individuel et populationnel (Kovess-Masfety, 2010), quitte à représenter, pour ses détracteurs, une nouvelle version du « quadrillage » de la déviance que le secteur était déjà accusé d'insidieusement mettre en place dans les années 70. D'aucuns tentent de l'intégrer dans le champ de la santé publique, encouragés à la fois par la psychiatrie biologique – qui tend à rapprocher, dans sa dynamique, les maladies psychiques des pathologies somatiques - et le binôme théorico-pratique de la réhabilitation et du rétablissement, qui a permis l'amorce d'un changement de paradigme dans le monde du soin psychique. La santé mentale a aussi porté, derrière son engagement politique, les impératifs dits « médico-économiques », et ce en même temps qu'elle servait d'étendard pour briser l'illusion d'omnipotence du secteur psychiatrique en proposant de fédérer des acteurs du politique² variés, tels que les familles, les élus locaux, le médico-social, les bailleurs sociaux, et tous les dispositifs associatifs ou de droit commun de la Cité.

Toutes ces acceptions possibles de la santé mentale dessinent un champ dans lequel, derrière un langage commun, se cachent des contradictions et des débats classiques de l'histoire de la psychiatrie (citons Demailly, 2012 : « les conflits sur la nature du vrai lieu de soin

² Au sens de Jacques Rancière dans son ouvrage *Aux bords du politique* (1998).

commencent avec l'antipsychiatrie des années 60, la critique de l'asile (dès l'émergence de l'idée de « secteur » chez les psychiatres communistes après la guerre [...] » (p. 52)). Ce n'est en effet pas la première fois dans l'histoire de la réforme du système de soins psychiatriques en France que les dimensions soignantes et économiques ont maille à partir³, ou que la psychiatrie rencontre les politiques de santé publique afin de répondre à des demandes sociales nouvelles. En 1965 déjà, certains psychiatres déploraient la « psychiatisation des problèmes sociaux » (Le Guillant, 1965), tandis que les années 70, favorables à des pratiques libres, humanistes et inspirées par la psychanalyse, voyaient s'accumuler les problèmes de financement de la politique de secteur, alors que l'Etat en attendait, dès la première circulaire de mars 1960, des économies pour la Sécurité sociale grâce à la baisse régulière du nombre de lits hospitaliers.

Toujours est-il que la branche de la santé mentale dite « dans la communauté », mêlant psychiatrie de secteur, pensée italienne et organisation anglaise touche une variété de domaines : politique, social et économique. Elle questionne aussi, inévitablement, les pratiques soignantes et leurs traditionnelles représentations de ce qui est « thérapeutique » - ces termes apparaissant préférables à la seule dénomination du « médical », puisque les professionnels du sanitaire et du médico-social construisent aujourd'hui leurs référentiels tant à partir des neurosciences que des théories cognitives et des conceptions psychodynamiques du sujet.

S'il ne fait cependant pas de doute que la santé mentale dans la communauté récupère le projet initial du secteur, qui, comme le remarquait avec justesse le rapport Piel-Roelandt dès l'année 2001, n'a jamais réellement été mené jusqu'à son terme, voire a été progressivement dévoyé dès la deuxième moitié des années 60 par son alliance avec la bureaucratie ministérielle⁴, une autre partie de l'histoire de la psychiatrie française, tour à tour nommée « psychothérapie institutionnelle », « thérapeutique institutionnelle » ou encore « analyse institutionnelle », est pourtant passée sous silence dans les élaborations organisationnelles actuelles, alors même qu'elle fait l'objet d'un intérêt renouvelé dans plusieurs médias écrits et radiophoniques⁵.

³ L'article de Paumelle et Lepastier (1974) sur le coût de l'action de secteur, publié dans l'Information Psychiatrique, en donne un bon exemple.

⁴ Citons par exemple Bonnafé (1977) : « Ce que tu entendras surtout, c'est condamner sentencieusement « la psychiatrie de secteur » dans l'impuissance à mettre en question le modèle du type impérialiste bureaucratique dominant [...] » (p. 111).

⁵ Il est à ce titre assez remarquable que France Culture ait rediffusé une interview de Jean Oury le 17 août 2016, disponible en ligne : <http://www.franceculture.fr/emissions/les-nuits-de-france-culture/jean-oury-il-sagit-dhumaniser-au-maximum-la-vie-au-sein-de>, ou encore que le site du quotidien *Libération* ait consacré un feuilleton d'été en cinq articles à François Tosquelles et à Saint-Alban : http://www.liberation.fr/france/2016/07/29/1940-quand-le-dr-tosquelles-arrive-a-saint-alban_1469318.

Ainsi notre volonté d'ouvrir un dialogue théorico-pratique entre ce mouvement dit de « psychothérapie institutionnelle » et la santé mentale dans la communauté découle-t-elle en premier lieu d'une question historique. Si la santé mentale dans la communauté telle que développée en France – quoiqu'elle s'inspire évidemment d'expériences internationales –, revendique clairement sa filiation au courant du secteur psychiatrique et à la psychiatrie italienne « anti-institutionnelle »⁶, qu'en est-il de son rapport avec la psychothérapie institutionnelle ? Lucien Bonnafé (1991) lui-même parlait de ce mouvement et de celui du secteur comme de « voies convergentes » pour « changer le système ségréatif institué » (p. 321). Pourtant, la psychothérapie institutionnelle est plutôt, aujourd'hui, convoquée en négatif par les historiens des communautés thérapeutiques et de l'antipsychiatrie (Fussinger, 2010) pour expliquer qu'« en France, la diffusion de la communauté thérapeutique fut sans doute inhibée par le statut qu'[elle] y occupait déjà » (p. 229).

Dans quelle mesure pourrait-on alors, malgré tout, proposer un dialogue entre ces deux édifices méthodologiques, pratiques et théoriques que sont la santé mentale dans la communauté et la psychothérapie institutionnelle ? Quelles zones de rencontre, quels champs de travail commun pourrait-on imaginer pour faire asseoir à la même table les professionnels travaillant pour l'une et l'autre ?

Pour éviter un face-à-face clivant entre deux courants apparemment rivaux et inconciliables, nous proposerons tout d'abord une définition de chacun à travers les opérateurs théorico-cliniques à partir desquels ils envisagent d'organiser, à l'intérieur des établissements et dans la ville, les soins et l'accompagnement des patients. Suivra un aller-retour théorique en deux parties distinctes, médiatisé par d'autres disciplines, afin de montrer ce que chacun peut offrir à l'autre s'il accepte en retour de se laisser éclairer différemment, sans en perdre pour autant sa trame propre. Notre réflexion et le développement de ce travail s'organiseront donc autour de deux concepts-clés : l'*institution* et l'*usager*, choisis pour leur potentiel à rouvrir le débat entre psychothérapie institutionnelle et santé mentale dans la communauté, dans le but de dépasser les oppositions dont nous avons esquissé les contours plus haut. Nous ferons pour cela appel aux auteurs et aux textes princeps de l'histoire de la psychiatrie européenne de la seconde moitié du 20^e siècle, ainsi qu'à la sociologie et la philosophie.

⁶ Nous reprenons le terme utilisé par deux commentateurs de l'œuvre de Basaglia, Colucci et Di Vittorio (2009).

Dans un premier temps, nous nous attacherons donc à dégager les caractéristiques principales de la psychothérapie institutionnelle et de la santé mentale dans la communauté sous la forme d'opérateurs aptes à traduire des conceptions théoriques et éthiques dans la pratique quotidienne. Ces listes d'opérateurs n'auront pas la prétention d'être exhaustives ; il s'agira simplement d'une tentative de formaliser les éléments nécessaires et suffisants pour qu'une pratique puisse se réclamer de l'un ou l'autre de ces deux courants. Nous ferons l'hypothèse que la psychothérapie institutionnelle repose, sans ordre d'importance, sur sept paramètres : la distinction pour les professionnels entre rôle, statut et fonction ; l'idée d'un coefficient thérapeutique de la vie quotidienne ; une organisation de la vie quotidienne en termes de « faire avec » ou « faire ensemble » ; une direction des soins ou des accompagnements collective, passant par la réunion d'équipe où la parole est libre ; la libre-circulation de tous dans l'espace dédié à la vie quotidienne ; une tolérance vis-à-vis de la folie sous le vocable de la « fonction d'accueil » et, finalement, un but rappelant la maxime hippocratique *primo, non nocere* : surtout, ne pas rajouter à l'aliénation psychopathologique des patients une aliénation sociale liée aux représentations non-analysées des soignants et de la société. De l'autre côté, pour caractériser l'entité « santé mentale dans la communauté », nous développerons par comparaison les sept paramètres suivants : l'abandon de la position de suprématie de la psychiatrie sur les autres domaines de la vie d'un patient ; le travail en réseau des professionnels, toujours centré sur l'utilisateur ; une appréhension globale de tous les aspects de la vie du patient comme potentiels facteurs de rétablissement ; un mode d'action des professionnels tourné vers l'*empowerment* des usagers ; un accompagnement réalisé dans l'espace de la communauté, au mieux à partir du domicile ; la visée du rétablissement du patient, déterminé avant tout par lui-même ; et finalement, la variété des méthodes utilisées pour permettre le meilleur niveau de rétablissement possible.

La deuxième partie de ce travail sera conçue comme un premier pont reliant psychothérapie institutionnelle et santé mentale dans la communauté, à travers la question de l'*institution*. Il s'agira ainsi de définir et de délimiter le concept d'institution tel qu'utilisé par nos deux courants, puis de comparer les conséquences idéologiques de ces utilisations. Notre travail de définition partira du sens commun du mot en langue française puis en langue anglaise, afin de mettre en lumière l'ambiguïté et l'équivocité intrinsèques du terme ; à partir de cette équivocité, nous analyserons des occurrences de l'institution chez les anti-psychiatres anglais et les psychiatres anti-institutionnels italiens, puis chez les psychiatres de secteur français et les tenants de la psychothérapie institutionnelle, dans le but de mieux situer les bases historiques

de la querelle qui agite toujours l'organisation des soins aujourd'hui. Nous soutiendrons que la psychothérapie institutionnelle n'était pas, dans le texte, un mouvement de promotion d'une structure de soin donnée mais bien de l'*institution*⁷ ou de l'*institutionnalisation* de toutes les structures avec lesquelles, ou à l'intérieur desquelles, la Cité prend soin de ses citoyens. Nous utiliserons pour ce faire des apports de la sociologie française récente, pour laquelle l'institution est redevenue un concept porteur, appuyant la distinction opérée par la psychothérapie institutionnelle entre établissement et institution. Nous proposerons ainsi cette distinction comme élément théorico-pratique opérant pour le corpus de la santé mentale dans la communauté, afin de contrecarrer la confusion, datant des tenants des mouvements antipsychiatriques et anti-institutionnels, entre les deux pôles de ce que l'on appelle une « institution », à savoir l'espace statique qu'elle circonscrit et l'ensemble mouvant des pratiques quotidiennes et des échanges sociaux qui s'y déploient. Nous proposerons donc finalement de dégager le débat de la question de l'espace pour se focaliser sur la question des pratiques, à travers le prisme de l'usager.

Notre troisième partie initiera un mouvement de la santé mentale dans la communauté vers la psychothérapie institutionnelle en analysant les tenants et les aboutissants du débat encore en cours aujourd'hui sur le statut d'*usager* des services de soins. Après avoir rapidement défini le terme et éclairé ses multiples acceptions, nous situerons les difficultés de certains praticiens et chercheurs à le reconnaître et l'accepter. Nous montrerons quelle fonction cruciale cette nouvelle position sociale du patient prend dans le courant de la santé mentale communautaire et dans les nouvelles politiques publiques en ce qu'elle contribue au processus d'*empowerment*, autrement dit en ce qu'elle implique de transformation des relations entre patients et professionnels, et ainsi de toute la vie institutionnelle des établissements. Nous ferons ensuite appel à la philosophie de Platon pour dégager une voie d'appropriation cliniquement pertinente du statut d'usager, et ainsi démontrer comment l'irruption de ce mot dans les politiques publiques pourrait pousser la psychothérapie institutionnelle à développer une partie de sa théorie restée relativement floue jusqu'ici. Il s'agira d'approfondir la nécessaire distinction entre statut, rôle et fonction, en proposant de l'appliquer tant aux patients qu'aux soignants, afin de reconnaître la pluralité et la flexibilité de leurs identités et de leurs identifications sociales. Nous ouvrirons finalement la discussion autour des conséquences cliniques bénéfiques de la centration de toute institution sur les besoins de ses usagers, et

⁷ Nous nous référons au sens qu'en donne le sociologue Alain Guéry (2003).

proposerons des alternatives à la notion d'*empowerment* afin de concilier au mieux les dimensions clinique et politique de tout accompagnement tourné vers le rétablissement.

METHODE

Comme nous l'avons précisé dans l'introduction, ce mémoire est un travail théorique. Si notre choix a été au départ guidé par l'incompatibilité entre le statut de contractuelle à l'Université et l'exercice du métier de psychologue dans un établissement sanitaire ou médico-social, il s'est transformé au cours de l'année en une tentative de clarification des positions idéologiques de deux courants qui se sont rencontrés dans notre travail de thèse, amenant le besoin d'en avoir des définitions claires pour poursuivre nos recherches.

Ainsi, la méthode que nous proposons dans ce travail ne peut être que modeste : il s'agit avant tout d'un retour aux textes fondateurs des différentes parties en présence, dont la relecture prudente devrait permettre de dégager un certain nombre d'axes théorico-pratiques tournant autour des deux grands thèmes choisis : l'institution et l'utilisateur, repérés comme des jalons de amélioration concrète de l'accueil des personnes soignées.

Pour représenter la psychiatrie française, aux trois auteurs principaux de la psychothérapie institutionnelle éclairée par la psychanalyse (à savoir François Tosquelles, puis Jean Oury et Félix Guattari) devaient ainsi s'adjoindre, pour référence, le texte princeps de la « psychothérapie institutionnelle », écrit par Georges Daumézon et Philippe Koechlin et publié dans les Annales Portugaises de Psychiatrie en 1952, l'oeuvre de Lucien Bonnafé comme représentant de la doctrine de secteur, et celle de Jacques Hochmann pour la psychiatrie dite « communautaire ». Pour éclairer l'héritage historique plus européen de la santé mentale dans la communauté, le choix des textes de Franco Basaglia comme représentant de la psychiatrie italienne s'est imposé, ainsi que l'ouvrage princeps de David Cooper publié en 1967, *Psychiatrie et anti-psychiatrie*, pour l'antipsychiatrie anglaise.

Du côté des sources plus récentes, nous avons choisi d'utiliser comme représentatifs du courant de la santé mentale dans la communauté les interventions et les supports de cours proposés par des professionnels du CCOMS pendant la formation, ainsi que des publications de l'OMS, de membres du CCOMS, de collaborateurs réguliers tels que le Psycom ou encore

certaines rapports ministériels rendus au cours les quinze dernières années et portant sur les politiques de santé mentale.

Précisons que le trésor des textes historiques sur lequel nous nous appuyons ne sera pas à chercher dans ce qui a été fait à partir d'eux (méthode qui s'apparenterait à la recherche d'une vérité des pratiques psychiatriques à un moment donné de l'histoire), mais dans ce qui peut encore se penser et se pratiquer à partir de leur relecture. La tentative de découvrir la vérité des réalisations psychiatriques française, italienne et anglaise risquerait en effet de s'achever sur un constat tout aussi vrai qu'il est désespérant : le secteur français a partiellement échoué sauf dans quelques endroits privilégiés, les communautés anglaises relèvent du domaine privé et associatif sauf dans quelques endroits privilégiés, le *Mental Health Act* américain a longtemps laissé croupir les ex-patients dans des institutions maltraitantes, sauf quelques privilégiés⁸, la réforme psychiatrique italienne a fait bondir le nombre de lits d'hospitalisation privés sauf dans quelques régions privilégiées⁹, et la psychothérapie institutionnelle ne s'est pratiquée que dans quelques endroits privilégiés.

Cette rapide présentation, volontairement caricaturale, souhaite pousser professionnels et chercheurs à débattre non plus de l'échec relatif de telle ou telle traduction¹⁰ d'axiomes théoriques et politiques en principes organisationnels, débat qui maintiendrait un clivage asséchant la pensée collective, mais de la possibilité de disjoindre momentanément les textes et les pratiques pour travailler à une actualisation des premiers sans faire d'amalgame avec ce à quoi ils ont pu donner naissance par le passé. Ainsi, dans cet écrit, toute référence à la psychothérapie institutionnelle ou à la santé mentale dans la communauté sera une référence à leurs principes organisateurs, à leurs idéologies ou à leurs textes fondateurs, mais pas aux diverses réalisations qui portent leur nom, car cette diversité cache trop souvent les complémentarités de ces courants dans la façon d'aborder le problème, récurrent depuis la réforme du secteur, de la réintégration de la folie dans une société qui l'ignore ou la refuse.

⁸ Citons Rose et Black (1985) : « By 1975 the Department of Health, Education and Welfare [...] had also discovered that while its Medicaid program had directly stimulated deinstitutionalization, it had a confining influence as well – it promoted placement of the mentally disabled in nursing homes and intermediate care facilities » (p. 6).

⁹ On pourra lire par exemple l'article de Mario Colucci dans *Psychiatries dans l'histoire* https://www.unicaen.fr/puc/images/26psychiatries_histoire.pdf ou encore, plus court, le témoignage du Dr Bantman sur sa visite à Rome : http://www.serpsy.org/cac/rome_bantman.html.

¹⁰ Nous reprenons là le terme du sociologue Michel Callon (1986).

I. De quoi la psychothérapie institutionnelle et la santé mentale dans la communauté sont-elles le nom ?

1°) Psychanalyse et institution : chemin vers une psychothérapie institutionnelle.

Si nous avons finalement choisi de parler des relations entre la santé mentale dans la communauté et la psychothérapie institutionnelle (plutôt que la psychanalyse), ce n'est que dans la mesure où, au sens strict, la psychanalyse ne peut pas être un organisateur institutionnel, à moins de demander implicitement à chaque professionnel d'en faire son référentiel personnel pour continuer à comprendre le langage parlé par ses pairs. Nous proposons de garder le terme de « psychanalyse » pour désigner la méthode, la pratique et la théorie qui guident la thérapie ou la cure - autrement dit pour nommer la technique de soins - au risque de vouloir retrouver de la psychanalyse partout et ainsi de diluer le sens du mot. Certains de ses concepts et outils théoriques peuvent cependant se transformer en véritables opérateurs dans le traitement de la clinique institutionnelle¹¹ – distinction de taille -, mais cette pratique psychiatrique guidée par les outils analytiques ne peut se nommer psychanalyse ; c'est là qu'apparaît, à nos yeux, l'originalité et l'importance de la psychothérapie institutionnelle.

Compte tenu de l'histoire de la psychiatrie française, nous soutiendrons que toute pratique institutionnelle guidée par certains concepts psychanalytiques spécifiques (l'Inconscient, le transfert, le repérage des mécanismes de défense) avec des personnes atteintes de troubles psychiques relevant de la psychiatrie est en puissance une façon d'opérer une psychothérapie institutionnelle, sous réserve qu'un certain nombre de paramètres – ce que Lin Grimaud (2005) nomme des « propositions théorico-pratiques » (p. 142) - soient réunis.

Afin donc de proposer une définition de la psychothérapie institutionnelle qui ne soit pas un simple renvoi aux textes princeps, et qui puisse être comparée à l'entité « santé mentale dans la communauté », nous avons repéré sept opérateurs théorico-pratiques qui peuvent aider à cerner le type d'organisation qu'elle promeut.

¹¹ Ce que Bonnafé (1977) reconnaissait en disant ceci : « la psychanalyse représente de la façon la moins contestable un apport culturel. Depuis Freud, nos connaissances sur la compréhension-explication des comportements humains normaux ou morbides ont réalisé un progrès que seule la méconnaissance par défaut d'érudition ou par résistance permet de négliger. A cet égard, toute psychologie, psychiatrie ou pédagogie ne peut apparaître qu'infirme si elle se prive de ses lumières » (p. 48).

- Premier opérateur : la distinction toujours à opérer entre statut, rôle et fonction des soignants. Si le statut est l'apanage de l'organigramme d'un établissement, plusieurs fonctions circulent dans une institution (fonction soignante, fonction analytique, fonction de direction, etc.) et sont portées par différents membres de l'équipe ou patients. Quant aux différents rôles endossés au cours d'une même journée, l'équilibre est toujours à trouver entre les éléments transférentiels subjectifs et les éléments des échanges sociaux qui déterminent pour un soignant ou un patient la prise momentanée d'un rôle dans l'institution. Cette distinction est à opérer dans la pratique quotidienne afin de ne pas se laisser, en tant que professionnel, identifier à son seul statut, car une telle identification serait éminemment réductrice de nos possibilités d'action ; l'institution doit alors s'organiser de façon à ce que ce ne soit pas le statut qui commande en permanence, au risque de réfléchir de façon cloisonnée (qui n'a jamais entendu un professionnel dire : « je suis infirmière/assistant social/secrétaire/psychiatre/psychologue, je ne vais donc pas participer à la sortie prévue/l'atelier cuisine/une pause cigarette/le ménage parce que ça n'est pas mon travail ») et de faire obstacle à des possibilités de relations plus transversales et moins inégales.
- Deuxième opérateur : Contrairement à ce que pensent ses détracteurs, la psychothérapie institutionnelle ne propose pas une vision du soin psychiatrique dans laquelle tout est thérapeutique. En revanche, elle propose de considérer, en l'absence de données sur toutes les thérapies et médiations pratiquées avec les patients et compte tenu de la singularité de chacun, que tous les échanges sociaux, activités ou décisions prises par un collectif, en somme tout ce qui relève la vie quotidienne de ce même collectif, sont affectés d'un certain « coefficient thérapeutique ». Cette idée du coefficient thérapeutique de la vie quotidienne prend tout son sens lorsqu'elle est couplée à la distinction rôle/statut/fonction, puisqu'elle permet de penser deux choses : premièrement qu'il n'y a pas de sous-activité (redonnant ainsi une place dans l'équipe aux ASH ou aux secrétaires, lorsque l'on reconnaît que leurs interactions avec les patients ne sont pas déterminées ni par leur statut ni par leur fonction), et deuxièmement que l'action ou les mots d'un patient envers un autre peuvent être, à un moment donné, infiniment plus thérapeutiques que l'intervention d'un soignant professionnel.
- Troisième opérateur : Afin de déployer au maximum son potentiel thérapeutique, le mode d'action le plus important de ce travail institutionnel n'est ni celui du « laisser

faire », ni du « faire pour », ni du « faire faire »¹², mais bien du « faire avec » ou du « faire ensemble ». Cette catégorie trouve son opérationnalisation dans le Club thérapeutique, défini comme une association présidée par un patient et dont le bureau est constitué paritairement de soignants et soignés, qui se trouvent alors engagés ensemble dans des activités associatives qui dépassent la simple humanisation de l'hôpital et peuvent avoir un effet sur la ville (l'exemple le plus courant à La Borde étant celui d'expositions tenues à Cour-Cheverny ou à Blois de travaux de patients). Ce « faire avec » est indissociable du premier opérateur, sans lequel le Club risquerait d'être au mieux une somme d'ateliers occupationnels, au pire un organe de travail caché des malades¹³.

- Quatrième opérateur : La fonction de direction d'un service, ou de direction clinique et éducative du traitement des patients ne peut être élaborée que collectivement, lors des réunions d'équipe où chacun est responsable de la parole que tel ou tel patient a pu lui confier ; revient alors à chacun la charge de faire passer cette parole sans la déformer. La réunion est un opérateur de désaliénation des pratiques : couplée aux deux premiers opérateurs, à savoir la distinction statut/rôle/fonction et le coefficient thérapeutique de la vie quotidienne, elle ouvre pour tous les participants un droit égal à la parole et un devoir d'écoute – barrant immédiatement la route à toute tentative de prise de pouvoir médico-psychiatrique –, étant admis qu'un patient/usager ne choisit pas nécessairement les professionnels en qui il a confiance du fait de leur statut, mais que joue là quelque chose de l'ordre du transfert qu'il s'agit aussi de respecter. La prise de décision collective valorise donc l'idée d'un travail d'équipe centré sur les besoins d'un patient pris dans sa complexité et sa globalité. Lorsqu'une équipe travaille avec des patients générant des réactions ou des contre-transferts très différents chez ses membres, les tentations de clivage bon/mauvais patient ou bonne/mauvaise partie trouvent à s'apaiser ; ainsi émerge une vision plus subtile et plus juste de la réalité psychique et sociale de celui ou celle dont l'équipe prend soin (et qui, comme le citoyen ordinaire, ne s'entend pas forcément bien avec tout le monde).

¹² Nous nous référons ici aux registres d'action des professionnels tels que définis par Livia Velpry dans sa thèse de sociologie (2008).

¹³ On pourra se référer à la thèse de Philippe Rappard (1955) ainsi qu'à son article dans l'Evolution Psychiatrique d'avril-juin de la même année.

- Cinquième opérateur : Toute cette flexibilité n'est possible qu'à la condition d'une libre-circulation de tous dans l'établissement. Portes ouvertes, mystification minimale des différents lieux ou éléments caractéristiques de l'établissement (pas ou peu de bureaux « réservés au staff », pas de distinction dans le café servi aux patients et celui servi aux soignants, salles d'activités ouvertes même lorsqu'il n'y a pas particulièrement d'activités, déjeuners pris en commun...) : ainsi seulement patients et soignants peuvent-ils se rencontrer de la façon la plus naturelle possible, contribuant à l'apaisement des revendications statutaires et à une transformation de la hiérarchie en relations transversales.
- Sixième opérateur : Ce que certains ont nommé hospitalité pour la folie, Jean Oury le nommait aussi « fonction d'accueil » : il s'agit là, à mille lieux d'un processus d'admission qui serait sa contrepartie purement organisationnelle, de laisser venir le patient sans visée sécuritaire, ni réadaptative ou normalisatrice. Cette fonction d'accueil, elle-même transversale car pouvant être portée par tout un chacun à un moment donné et pour un patient donné, ne peut opérer sans dé-hiérarchisation des rapports de personne, car celui qui est accueilli n'est pas tant accueilli comme patient qu'en tant que sujet singulier. L'absence d'une visée réadaptative de l'organisation des équipes n'implique pas pour autant l'absence de professionnels dont les techniques de soins sont focalisées sur la réhabilitation : les ergothérapeutes y ont toute leur place, par exemple.
- Septième opérateur : Il est nécessaire de se demander ce que la psychothérapie institutionnelle souhaite pour les patients, dans la mesure où le désir d'un soignant ou d'une équipe, plus souvent reconnu sous le terme d' « implication » dans le soin, joue de façon évidente un grand rôle dans le maintien d'une organisation centrée sur la communauté et sur le rétablissement des patients. Partant du mot d'ordre de ce courant, soigner l'institution pour soigner les malades, il apparaît que le premier engagement de la psychothérapie institutionnelle vis-à-vis des patients est une forme de serment d'Hippocrate : *primo, non alienare*. Ce dont il s'agit pour les professionnels travaillant avec ce référentiel, c'est avant tout de ne pas être à leur insu un véhicule d'aliénation sociale, de discrimination et de ségrégation ni des patients, ni même de certaines catégories professionnelles à l'intérieur d'un établissement.

2°) Transformation des relations entre psychiatrie et politique : la santé mentale dans la communauté.

La santé mentale dans la communauté semble elle aussi pouvoir se définir en fonction d'un certain nombre d'opérateurs, que nous listerons ici afin d'éclaircir, pour le lecteur, la compréhension que nous avons pu tirer de ce courant au fur et à mesure de la formation :

- Premier opérateur : la santé mentale communautaire, dans la mesure où il est admis que le champ de la santé mentale dépasse et excède celui de la psychiatrie, implique que le secteur psychiatrique renonce à se proposer comme solution unique pour l'accompagnement d'un patient (de type : consultation au CMP, appartement thérapeutique et atelier au CATTP). Cette idée d'« être partenaire » au lieu d'« avoir des partenaires » a plusieurs conséquences : elle dépasse l'héritage de l'histoire de la psychiatrie française, en laissant le champ libre à d'autres professionnels que ceux de la discipline psychiatrique la possibilité d'offrir des services de prévention et de posture ; elle reprend le clivage entre sanitaire et médico-social pour tenter d'en faire une coordination et une coopération ; en somme, elle traite la question de l'aliénation sociale des malades en tentant de se prémunir des tentations territorialistes et paternalistes de la psychiatrie hospitalière.
- Deuxième opérateur : L'utilisateur de tous les services proposés doit se trouver au centre des préoccupations des professionnels¹⁴, ou, comme il a été formulé plus récemment, être considéré comme un partenaire de ses soins et de son accompagnement. Sa vie étant multifactorielle au même titre que celle de l'homme ordinaire, un travail en équipe pluri-professionnelle, et plus largement une coopération au niveau dit « inter-sectoriel » ou « inter-institutionnel » sont donc nécessaires pour coordonner les réponses proposées à ses besoins : logement, nourriture, puis vie sociale et travail. Cette coordination des acteurs, aussi appelée mise en réseau, ne peut avoir lieu qu'en relation au premier opérateur afin de ne pas établir *a priori* et à la place de la personne un ordre hiérarchique des secteurs de sa vie.
- Troisième opérateur : Comme de nombreux intervenants dans le DIU nous l'ont expliqué, le soin psychiatrique n'a donc pas le monopole de l'effet « thérapeutique » ou

¹⁴ Notons que cette formulation fait débat même parmi les associations d'usagers, qui demandent parfois à être dans le réseau plutôt qu'en son centre.

du potentiel de rétablissement dans le courant de la santé mentale communautaire. La liberté peut être considérée comme thérapeutique, tout comme la possibilité de nouer des liens sociaux véritables (c'est-à-dire dans la vie ordinaire de la communauté), ou encore le fait d'avoir un logement, voire un travail. Plus régulièrement que le terme « thérapeutique », c'est le but du rétablissement de l'utilisateur qui est avancé, au travers de la résolution de problèmes pragmatiques liés au fonctionnement quotidien de tout usager.

- Quatrième opérateur : le mode d'action privilégié des professionnels de santé ou du champ éducatif doit toujours être celui du travail collectif vers l'*empowerment* de la personne. Cela situe le respect des droits de l'homme et des droits du patient comme priorité de toute intervention de quelque champ que ce soit. L'*empowerment*, à savoir le processus du renversement des pouvoirs par rapport au modèle paternaliste qui se répète à plusieurs niveaux de tout accompagnement, vise, dans les relations interpersonnelles de l'utilisateur avec les professionnels, à diminuer l'inégalité relationnelle basée sur une inégalité supposée des savoirs (selon la relation foucauldienne savoir-pouvoir). Le savoir de l'utilisateur doit donc être reconnu dans toute sa différence mais comme ayant la même valeur que celui du professionnel. Ainsi, usager et professionnel doivent pouvoir parler d'égal à égal.

- Cinquième opérateur : L'accompagnement global de l'utilisateur doit avoir lieu dans la communauté. Pour profiter au mieux des effets de la désinstitutionnalisation, comprise comme la sortie des malades des hôpitaux psychiatriques, une attention permanente est dévolue à ce que l'ex-patient ne soit pas réinstitutionnalisé dans des structures de secteur ou des établissements médico-sociaux, c'est-à-dire rendu à nouveau dépendant de professionnels du soin. L'espace où doit résider l'utilisateur est avant tout son domicile propre, ce qui implique une possibilité de circuler librement dans la ville et d'utiliser, comme les citoyens ordinaires, des dispositifs dits « de droit commun ».

- Sixième opérateur : Indissociable du troisième, il s'agit de la variété des méthodes utilisées pour aller dans le sens du rétablissement du patient ou de l'utilisateur¹⁵. En santé

¹⁵ « Nous assistons donc à une remise en cause des normes de bonne santé, qui ne se réduisent plus à une vision médico-centrée (« pour être en bonne santé il me suffit de bien suivre les conseils de mon médecin, qui sait ce qui est bon pour moi »), mais qui fait la part belle aux constructions profanes sur la santé (« pour être en bonne santé, j'ai recours à ce que j'estime positif pour moi, que la solution soit médicale ou pas : allopathie, homéopathie, soutien social, consommation de toxiques voire prières ») » (Aude Caria, 2007).

mentale communautaire, l'utilisateur doit pouvoir effectuer des choix éclairés et informés entre plusieurs possibilités de thérapies, activités etc. selon ce qui convient le mieux à son processus de rétablissement. Dans les champs sanitaire et médico-social, l'intérêt de ce paradigme organisationnel est de valoriser la diversité des professionnels sollicités, chacun usant de techniques et de modèles théorico-pratiques spécifiques : ainsi des séances de remédiation cognitive peuvent-elles avoir lieu en parallèle d'une thérapie par la parole, sans présager des autres solutions que l'utilisateur pourrait trouver en dehors des systèmes traditionnels de soins et d'accompagnement.

- Septième opérateur : Ce que souhaite la santé mentale communautaire pour un usager donné, c'est son rétablissement, dans des termes autant que possible décidés par lui et non par les professionnels qui l'accompagnent. Ce rétablissement pourrait, pour reprendre les mots de Freud, se mesurer par la capacité à « aimer et travailler », autrement dit à pouvoir créer et maintenir des relations sociales, notamment familiales (qu'il s'agisse de renouer avec sa famille ou d'en fonder une), ainsi qu'à ressentir son utilité sociale, entre autres par la reprise d'un travail. Ainsi, la visée réadaptative de certaines thérapies cognitivo-comportementales ou plus largement l'idée d'une réhabilitation psychosociale sont justifiées comme des moyens ou outils pour atteindre le meilleur niveau de rétablissement possible, compte tenu de l'évaluation des capacités et des difficultés des usagers.

Les complémentarités voire les similitudes entre ces deux séries d'opérateurs ne sont pas immédiatement frappantes, car sous couvert d'un vocabulaire différent il serait facile de croire que nos courants ne parlent pas de la même chose. Et pourtant : le travail en réseau des professionnels et la variété des techniques thérapeutiques ou sociales utilisées ne peuvent produire le meilleur des effets que lorsque la parole de tous est écoutée, valorisée au sein de réunions pluri-disciplinaires, ce qui nécessite d'entendre que le statut d'un professionnel n'est pas directement corrélé à l'importance que celui-ci prendra dans le processus de rétablissement d'un patient ou d'un usager (nombre d'équipes racontent en effet comment lors d'une réunion l'avis de la secrétaire ou de l'ASH a été éclairant voire décisif pour la compréhension du patient et sa prise en charge). De même, psychothérapie institutionnelle et santé mentale dans la communauté insistent, à raison, sur la grande valeur de la vie quotidienne : la première lorsqu'elle postule aux actes de la vie quotidienne un coefficient thérapeutique, la seconde lorsqu'elle soutient que citoyenneté, liberté, relations sociales dans la communauté peuvent être thérapeutiques au même titre que le soin, destituant la psychiatrie de sa position de suprématie.

Nos deux courants s'accordent également sur le fait que la libre-circulation est fondamentale – et nous tenons ici à affirmer que jamais la psychothérapie institutionnelle n'a borné, dans les textes, cette libre-circulation à l'hôpital seul - ; et tous deux souhaitent, plus largement, faire prendre conscience aux professionnels que leur action, aussi bienveillante soit-elle, peut être à leur insu pétrie de préjugés et de représentations aliénantes de la maladie mentale. Ainsi psychothérapie institutionnelle et santé mentale dans la communauté luttent-elles toutes deux, à leur manière, contre la sur-aliénation sociale que subissent encore de toutes parts, même discrètement, les personnes passées un jour ou l'autre par la psychiatrie.

Ce que nos deux courants partagent de plus fondamental, c'est surtout ce postulat, d'une grande force théorico-pratique, que l'organisation des soins prime sur les techniques individuelles. Santé mentale dans la communauté et psychothérapie institutionnelle soutiennent ainsi la diversité des pratiques professionnelles individuelles, puisqu'elles partent de la complexité de la vie quotidienne et de la vie psychique de chaque sujet ; or dans les deux cas, quelles que soient les thérapies ou médiations proposées, rien ne peut se faire sans une profonde transformation de nos conceptions de la pluri-professionnalité et du rapport avec le patient. Il s'agit là d'un double changement : organisationnel, au sens d'une profonde modification des politiques publiques et institutionnel, autrement dit inhérent à la pratique de chaque collectif pouvant faire institution.

C'est semble-t-il sur ce dernier élément de vocabulaire que nos deux courants divergent grandement, puisque quand l'un parle de vie institutionnelle, l'autre se félicite de la désinstitutionnalisation. Il est par conséquent nécessaire, pour ouvrir la voie à un dialogue, de nous pencher sur la façon dont psychothérapie institutionnelle et santé mentale dans la communauté définissent l' « institution ».

II. Plaidoyer pour une institution plurielle.

1°) Ambigüe, équivoque : quelle définition pour l'institution ?

Nous partons d'un constat qui nous a surpris tout au long de la formation : la psychothérapie institutionnelle et la santé mentale dans la communauté entendent le terme d' « institution » de façons très différentes - voire complètement opposées -, et cette opposition fait régulièrement et largement barrage à la discussion.

Nous faisons l'hypothèse que leur désaccord prend racine dans une caractéristique du mot lui-même. Comme l'explique Alain Guéry (2003) :

Toute l'ambiguïté du mot institution part de ce que, finalement, il désigne aussi ce point fixe qui justifie un développement, une action continue, fondatrice dont il est le but. Et c'est ce point fixe, cet arrêt, qui fournit une image lisible, image qui permet de désigner le phénomène, ou le processus dans son ensemble qui, s'y trouvant figuré, se perçoit au moment où il s'achève et se fige. Il en résulte ce caractère double, que, très vite, prend le mot institution; il renvoie à une dynamique, à une action continue, ou à la mise en œuvre d'une idée, pour lui donner une forme finale fixe, figée, statique, laquelle prend vite le nom, également, d'institution. Pour nous, aujourd'hui, une institution est d'abord cet arrêt de ce qui est, pourtant, malgré lui, histoire, et donc permet de décrire celle-ci en un temps arrêté et de la dater. Et c'est pourquoi nous utilisons le mot redondant "d'institutionnalisation" pour signifier ce qu'institution veut pourtant d'abord dire (pp. 9-10).

Afin de clarifier cette ambiguïté et de partir des emplois usuels de ce terme, nous sommes allée chercher les définitions actuelles de l'institution en langues française et anglaise, compte tenu des influences anglo-saxonnes prégnantes dans la santé mentale communautaire.

Le Petit Robert (2016), pour la langue française, liste les acceptions du mot « institution » comme ceci :

Institution. Latin *institutio*. 1°) Rare. Action d'instituer [...] 2°) Didactique. Institué par l'être humain (par opposition à ce qui est établi par la nature) [...] 3°) Par extension courante. La chose instituée (personne morale, groupement, régime) » et plus loin « Les institutions : l'ensemble des formes ou structures sociales, telles qu'elles sont établies par la loi ou la coutume (p. 1344)

La définition que ce même dictionnaire donne du terme « institutionnel » est la suivante :

Didactique. Relatif aux institutions [...] 2°) Psychologique. Qui concerne l'influence exercée par les groupes sociaux (famille, structure sociale) sur le développement de la personnalité. *Psychothérapies institutionnelles*, favorisant la réintégration sociale des malades (p. 1344).

Etonnamment, les définitions respectives du *Oxford Dictionary* :

Institution. 1. An organization founded for a religious, educational, professional, or social purpose. 1.1°) An organization providing residential care for people with special needs. 1.2°) An established official organization having an important role in a society, such as the Church or parliament. 2. An established law or practice. 3. [*mass noun*] The action of instituting something.

Origin. Late Middle English (in sense 2, sense 3): via Old French from Latin *institutio(n-)*, from the verb *instituire* (see institute). Sense 1 dates from the early 18th century. ¹⁶

Ainsi que du *Cambridge Dictionary* :

Institution. (ORGANIZATION). A large and important organization, such as a university or bank. (PLACE) *Mainly disapproving*. A building where people are sent to be cared for, especially a hospital or prison. (CUSTOM) A custom or tradition that has existed for a long time and is accepted as an important part of a particular society. (START) An occasion when a law, system, etc. begins or is introduced. ¹⁷

n'ordonnent pas les significations de la même manière.

Deux constats peuvent être tirés de la comparaison entre ces définitions. Comme le soulignait Guéry, il semble bien que l'usage du terme « institution » oscille entre deux polarités : un sens ancien, processuel, axé sur le mouvement et associé à l'action de l'homme, et un sens moderne, plus statique, axé sur le résultat de l'action, et plus particulièrement sur l'un de ses aspects les plus tangibles : le bâti. Il nous paraît cependant très significatif qu'alors qu'en langue française une place prépondérante ait été donnée au sens historique de l'institution, à savoir une action humaine engageant nécessairement des mécanismes psychologiques et sociologiques et résultant en quelque chose d'institué, la langue anglaise mette l'accent sur le résultat organisationnel et les murs des établissements, offrant au terme la

¹⁶ Définition trouvée à l'adresse suivante : <http://www.oxforddictionaries.com/fr/definition/anglais/institution>.

¹⁷ Définition trouvée à l'adresse suivante : <http://dictionary.cambridge.org/fr/dictionnaire/anglais/institution>.

connotation péjorative de l'internement, traditionnellement associée aux malades mentaux. D'une langue à l'autre, d'un courant de pensée à un autre, le terme « institution », central dans la sociologie de Goffman qui a contribué à sa connotation péjorative dans le monde anglo-saxon, deviendrait alors presque un faux-ami, prompt à générer des incompréhensions lorsqu'il est traduit tel quel de l'anglais au français.

Malgré l'anachronisme évident qu'il y a à placer face à face les deux courants dont nous nous préoccupons - puisqu'ils sont nés dans des contextes politiques et sociaux différents -, mais compte tenu du fait que la santé mentale dans la communauté se place en héritière du courant anti-institutionnel italien (et de l'antipsychiatrie anglaise dans une moindre mesure), et du secteur français, une question importante surgit : en employant le même mot, les auteurs de référence de la psychothérapie institutionnelle et de la santé mentale dans la communauté, tous contemporains, parlaient-ils vraiment de la même chose ?

2°) Les conséquences d'un choix lexical.

Fernand Oury, le frère de Jean Oury, instituteur et père de la pédagogie institutionnelle résumait en 1980 les conséquences de l'ambiguïté du terme et de ses usages pour les différents courants psychiatriques européens :

L'institution dans la terminologie anglo-saxonne (Laing, Cooper, Goffman) reprise par les Italiens (Basaglia) est, par définition, *répressive* et *totalitaire*. Au contraire, dans la terminologie française, l'institution est investie d'une qualité thérapeutique qui l'oppose à l'établissement (Tosquelles : établi... état). L'institution pour les tenants de la psychothérapie institutionnelle n'est pas tant l'établissement (transformé en lieu de renfermement, en lieu de vie active et de thérapies psycho, socio, ergo, etc.) que chacune des structures à fonction désaliénante créée pour subvertir l'asile : ateliers, clubs, journal, bar, cantine... gérées par les malades eux-mêmes (institutions) naissant et disparaissant selon les fluctuations de l'histoire et la *Gestalt* des divers groupes et collectifs. Il a été rappelé, mais sans doute pas assez fort, que *ce qui soigne* ce n'est pas l'institution mais *l'institutionnalisation*, c'est-à-dire le *processus* de création, mais aussi de destruction dès qu'apparaît un risque de pétrification et d'hégémonie de telle ou telle institution. Il semble (alors) que la désinstitutionnalisation (des révolutionnaires) et l'institutionnalisation (des

institutionnalistes) ne soient pas très éloignées en tant que processus politico-thérapeutique (...) (p. 1).

Ce diagnostic apparaît tout à fait juste lorsque l'on opère un retour aux textes. Commençons avec les psychiatres italiens : chez Basaglia, l'influence des travaux d'Ervin Goffman est tout à fait sensible, et le terme d' « institution » est univoque, synonyme d'aliénation sociale : les asiles posent problème parce qu'ils font partie, aux côtés de l'école, de l'armée, etc., des institutions qui contribuent à l'aliénation de masse des populations. La logique que suit l'auteur est la suivante : si le plus grand des défauts de l'asile est d'être une institution totale et nécessairement aliénante, ce n'est que dans la mesure où toutes les institutions sont par nature vectrices et créatrices d'aliénation. Ceci explique la radicalité du propos de Basaglia (1979) aux sujets des asiles et plus généralement de ce qu'il appelle « institutions » :

A l'asile, la situation de pouvoir du médecin et de dépendance du malade ne donne aucune possibilité de mettre en œuvre une thérapie. C'est pour cela que nous proposons l'élimination de ces institutions qu'on appelle asiles. Parce que dans l'asile, on ne peut pratiquer aucune thérapie étant donné la relation de pouvoir du médecin sur le malade [...]. (p. 57)

Et plus loin :

Nous pouvons parler de l'école, de l'Université, de la prison, de l'hôpital et même de la famille. Dans toutes ces institutions, existent deux pôles : l'un qui domine et l'autre qui est dominé (p. 94).

Chez Cooper (1967), l'institution est plutôt utilisée comme synonyme d'un lieu, celui de l'hôpital ; ainsi, sortie de l'hôpital et sortie de l'institution sont équivalents, puisqu'ils amènent à un dégagement concomitant des codes traditionnels de l'aliénation psychiatrique :

Il fallait établir un prototype viable de petite unité autonome qui puisse fonctionner dans un grand pavillon au sein de la communauté, en dehors du contexte psychiatrique institutionnel. J'étais convaincu que de telles unités pourraient constituer le milieu thérapeutique optimal pour le type de patients qui nous

intéressait, dans la mesure où elles permettraient une plus grande liberté de mouvements, et nous délivreraient des rôles hautement artificiels de patient et d'infirmier imposés par la psychiatrie traditionnelle [...] (p. 126).

On entend là l'opposition que fait l'auteur entre le contexte psychiatrique institutionnel et la communauté, entre le « dedans » de l'institution, à savoir l'hôpital traditionnel, et un dehors plus autonome et moins assujéti à l'histoire de la psychiatrie asilaire car ancré dans la cité.

En arrière-plan du travail de ces deux auteurs œuvre sans aucun doute, comme l'écrivait Fernand Oury, une compréhension de l'institution importée des pays anglo-saxons, plus statique, qui la rend synonyme de ce que la psychothérapie institutionnelle et une partie de la sociologie française nomment « établissement ». Globalement péjoratif car assimilé à la tradition psychiatrique paternaliste et maltraitante de l'enfermement, le terme d'institution désigne alors de plus en plus un espace circonscrit pour des pratiques vectrices d'aliénation sociale, quitte à confondre totalement le point fixe avec le processus (selon les expressions de Guéry), l'*espace* avec les *pratiques*, les murs avec le tissu social intérieur. Cette logique, qui s'inscrit dans la lignée des travaux de Michel Foucault¹⁸, fait passer les murs du statut de garants à celui de responsables des actes qu'ils autorisent. Il s'agit là d'une métonymie qui fait parler de l' « asile » ou de l' « institution » lorsqu'en réalité ce sont les pratiques asilaires qui sont condamnées. En effet, alors que Basaglia comme Cooper soulignent avant tout un problème d'ordre relationnel, celui des carcans statutaires qui grèvent les échanges sociaux à l'intérieur de l'hôpital, la solution qu'ils y trouvent est bien métonymique : pour parler du tout des pratiques asilaires, ces deux auteurs se replient finalement sur une partie du problème, l'espace. La métonymie qui opère peut se dire ainsi : sortir des murs pour sortir des carcans relationnels.

Chez les auteurs français, et notamment les psychiatres ayant pensé le secteur, l'institution désigne au contraire autant l'établissement que le mouvement et l'action humaine. Prenons par exemple le *Livre Blanc de La Psychiatrie*, texte exemplaire de 1966, dans lequel le double sens de l'institution apparaît clairement (c'est nous qui soulignons) :

¹⁸ Selon les termes de Colucci et Di Vittorio (2007) dans leur préface à *Psychiatrie et démocratie* : « En fait, dans les années 1970, son cheminement de pensée et celui de Michel Foucault apparaissent extraordinairement proches, même si chacun part d'expériences différentes [...] » (p. 15).

Le fait certain, c'est que l'amélioration sensible du rendement du travail dans les *institutions hospitalières* est survenue, dans l'ensemble de ces institutions, lors d'une variation importante de l'arsenal chimiothérapique, mais que, dans les cas où un *travail institutionnel* soutenu avait pu être poursuivi antérieurement dans d'assez bonnes conditions d'efficacité, les nouveautés « psychopharmacologiques » arrivaient trop tard pour produire des effets aussi spectaculaires. (p. 250)

La logique est classique de la psychiatrie de secteur et de la première vague de psychothérapie institutionnelle¹⁹. Elle prend le contrepied du point de vue de Basaglia tel que cité plus haut : l'institution est certes hospitalière (nul besoin de rappeler qu'en 1967, les psychiatres avaient encore peu d'outils de soins hormis l'hôpital traditionnel et quelques sporadiques ébauches de secteurs), mais elle peut faire l'objet d'un « travail institutionnel », dont l'on entend ici qu'il s'agit d'une modification de l'ambiance du service accompagnant la chimiothérapie. L'institution est donc, si on la travaille, potentiellement créatrice de soins – à tout le moins, potentiellement créatrice d'autre chose que de rapports de domination, c'est-à-dire d'aliénation sociale.

C'est cet *autre chose*, ce pari du pouvoir soignant de l'institution, qui amenait les psychiatres de secteur à souhaiter non pas l'évitement de toute hospitalisation, mais sa transformation en un moment comme un autre du parcours de soin. C'est dans cet *autre chose* que peut proposer l'institution et qui reliait psychiatrie de secteur et psychothérapie institutionnelle que nous voyons aujourd'hui apparaître un pont entre psychothérapie institutionnelle et santé mentale dans la communauté.

La psychothérapie institutionnelle prend en effet elle aussi en compte le double sens du mot institution, mais la distinction y est clairement faite entre l'espace réel et symbolique de l'établissement et les pratiques et coutumes qui s'y développent et méritent le nom d'institution. Tosquelles (2001) écrivait :

[...] pour nous, en tout cas, il n'est pas question de limiter le concept d'institution à celui d'établissement de soins. Et je ne nie pourtant pas que des établissements de soins soient souvent indispensables et fort utilisables si on se coltine et si on

¹⁹Nous nous référons ici à une distinction faite par Franco Basaglia en 1979 dans une conférence à Rio de Janeiro, publiée dans le livre *Psychiatrie et démocratie* (2007).

s'attache au service des besoins thérapeutiques, à l'ouverture et au maintien des articulations et des circuits institutionnels [...] (p. 17).

Et Jean Oury (2001) d'ajouter que :

Les conflits de toutes sortes qui naissent du fait du remaniement institutionnel [...] ne peuvent se régler que si on met en place une structure intérieure à l'établissement qui soit constituée d'une toute autre manière que la structure de l'établissement [...] on se trouvera devant la nécessité d'inventer [...] quelque chose de très mouvant, qui puisse s'adapter à la demande des malades qui sont là. (p. 33)

Pour la psychothérapie institutionnelle, l'institution est donc littéralement ce qui se passe à l'intérieur des murs d'un établissement. Cette vision recoupe l'antipsychiatrie et le secteur en reconnaissant que l'institution, c'est-à-dire la structure mouvante des échanges sociaux, peut être sclérosée, mais ce faisant elle implique aussi que les murs d'un établissement peuvent abriter des pratiques thérapeutiques ; autrement dit, pour revenir à la citation des psychiatres de secteur, qu'un *travail institutionnel* est possible dans un établissement quel qu'il soit.

Deux remarques s'imposent ici : tout d'abord, la distinction avec la première vague de psychothérapie institutionnelle, axée sur l'humanisation des conditions asilaires, est là de taille : il ne s'agit plus uniquement d'humaniser des conditions d'internement déplorables, mais bien de s'attaquer à la racine de l'aliénation secrétée en permanence par toute institution, comprise au sens d'un agrégat de personnes ayant produit ensemble des normes et des coutumes communes. Jacques Hochmann résume ainsi ce passage d'un but à l'autre (nous soulignons) :

Peu à peu s'est développé un mouvement de « psychothérapie institutionnelle » où s'entrecroisent diverses influences [...] et qui dépasse les objectifs premiers. Alors qu'il ne s'agissait au début que de développer un espace neutre et innocent dans lequel la psychothérapie individuelle pourrait se développer en toute liberté, se découvrent petit à petit les dimensions thérapeutiques de la vie sociale dans l'institution. La psychothérapie institutionnelle, c'est aujourd'hui, à la fois le traitement du malade par l'institution et le traitement de l'institution elle-même comme asile toujours renaissant, comme lieu de ségrégation et de renfermement,

comme aliénation issue de l'aliénation et qui lui fait retour pour l'entretenir. (p. 124).

Nous soutiendrons ici que la deuxième vague de la psychothérapie institutionnelle, caractérisée par l'entreprise d'Oury mais se référant toujours, au travers du fil conducteur de l'« humanisation des hôpitaux », à la première vague saint-albanaise, n'avait pas totalement conscience de ce qu'elle était en train d'inventer : un modèle de travail en équipe qui, parce qu'il se référait de plus en plus à l'« institution » et de moins en moins à l'« hôpital », ouvrait des pistes pour son exportation hors du domaine strictement psychiatrique vers celui d'un « prendre soin » plus global²⁰.

Deuxième point important : la séparation conceptuelle entre institution et établissement, qui se trouve au cœur de cette deuxième vague de la psychothérapie institutionnelle orientée par la psychanalyse, nous paraît toujours aujourd'hui d'une modernité considérable. Proposée dès les années 60, elle se retrouve en effet dans l'actuel retour en force de la sociologie des institutions en France, puisqu'après plusieurs décennies pendant lesquelles le concept d'institution a été banni de la recherche, certains sociologues français (Bonny, 2012) s'y sont de nouveau penchés pour lui apporter les clarifications qu'il mérite :

Si ce type d'établissement, tel que l'asile pour l'institution psychiatrique ou la prison pour l'institution pénitentiaire, peut en effet à certaines époques occuper une telle importance du point de vue des déclinaisons organisationnelles de l'institution qu'il peut paraître légitime de désigner celle-ci par métonymie à partir de l'établissement emblématique qui encadre son public-cible, il n'en demeure pas moins souhaitable d'éviter de confondre l'institution et l'établissement. Cette forme correspond en effet à un agencement historique de l'institution, et sa remise en cause ne signifie pas du tout la disparition de celle-ci, mais son remodelage, qu'il s'agisse par exemple du « virage ambulatoire » pour la psychiatrie ou du bracelet électronique ou des travaux d'intérêt général pour l'institution pénitentiaire. En distinguant, tout en les articulant, l'institution, l'administration, l'organisation et l'établissement, on gagne en clarté (p.12).

²⁰ Le fait que des structures médico-sociales puissent être dans la ville tout en s'organisant sur le modèle de la psychothérapie institutionnelle, tel que le Foyer Léone Richet de Caen ou le Dispositif Multi-Services de la Roche-sur-Yon, que nous avons visités pour notre thèse, paraît aller dans le sens de cette hypothèse du possible élargissement des opérateurs théorico-pratiques de la psychothérapie institutionnelle à une pratique communautaire.

Nous suivons aussi la pensée d'Yves Bonny et d'autres²¹ lorsque, forts de la distinction entre établissement (à savoir l'organisation statutaire de la division du travail et la programmation administrative de cette division, destinée à être statique et durable) et institution, ils écrivent ceci :

Ces distinctions conceptuelles conduisent en particulier à ne pas confondre la sociologie des institutions avec la sociologie des organisations ou de « l'action organisée » (Friedberg, 1993), et à éviter d'employer le terme institution dans un sens très large et du coup théoriquement sans intérêt à propos de tout ce qui est institué, c'est-à-dire « établi de façon durable », ou à propos de n'importe quel groupement institutionnalisé par le droit (p. 12).

Nous retombons ici sur la lecture que donnait Alain Guéry du terme institution, focalisée sur le mouvement inhérent aux pratiques et aux usages. A partir de cette pensée d'une institution en mouvement, toujours articulée à un établissement et son organisation - pensée qui a traversé les décennies et les disciplines, entre psychiatrie, sociologie et histoire -, nous proposons de réhabiliter la notion d'institution dans le corpus théorico-pratique de la santé mentale dans la communauté. Nous distinguerons à partir de maintenant l' « organisation » de l' « institution », la première étant liée à l'établissement, la seconde à cette structure « autre » dont parlait Jean Oury qui y prend racine, s'y développe et s'en distingue, à savoir la vie institutionnelle.

3°) Dialectique de l'espace et des pratiques : la vie psychique des murs.

« Il est important de déceler, dans une institution, la ligne frontière qui sépare son fonctionnement « vrai » de sa « distorsion ». Et chaque institution, chaque équipe, a besoin d'effectuer, de l'intérieur et pour elle-même, ce travail qui est à la fois difficile et facile » (Margat, 1964, p. 777)

²¹ Notamment telle qu'elle est développée dans le livre collectif intitulé *L'institution plurielle*, paru en 2012 sous la direction d'Yves Bonny et Lise Demailly.

Différencier l'organisation établissementnelle et la vie institutionnelle permet de distinguer, pour mieux les ré-articuler, les pratiques professionnelles et l'espace qui leur est dévolu, et ainsi de penser une remise en cause de toute institution qui ne serait pas équivalente à sa disparition géographique. Tout ceci est à notre sens éminemment important pour comprendre ce qui se passe dans les collectifs qui se forment à l'intérieur des petits établissements disséminés dans un secteur, et plus largement dans la communauté. En effet, si c'est l'assimilation de l'institution à l'asile ou à l'hôpital qui a motivé les antipsychiatres à sortir de ces établissements pour aller vers la communauté, en postulant au peuple et à la démocratie un pouvoir soignant²², les théories antipsychiatriques inspirés de travaux anglo-saxons semblent atteindre un point aveugle dans l'organisation des soins telle qu'elle est actuellement : si l'aliénation sociale n'était portée que par les murs de l'asile, comment expliquer que certains secteurs soient devenus chroniques, voire asilaires à leur tour ? Lucien Bonnafé écrivait déjà ces lignes en 1977 :

Comme le programme d'une psychiatrie se développant en rupture avec le confinement des lieux d'exclusion a pris le nom de « psychiatrie de secteur », une angoisse intense et légitime saisit ceux qui ont à faire face à la mise en œuvre d'une telle psychiatrie. Devant le fait qu'en masse c'est à l'enseigne de la « psychiatrie de secteur » que s'est produite l'exportation hors les murs de l'asile des modèles mentaux fabriqués dans et par l'asile en tant que celui-ci met en œuvre les mécanismes de la société dont il est rouage, on parle d' « alternative à la psychiatrie de secteur » (p. 229).

De la même manière, comment expliquer que le secteur médico-social ne soit pas à l'abri du paternalisme qui semblait pourtant être l'apanage de la discipline psychiatrique ? Comment comprendre que la dé-stigmatisation soit aussi difficile, ou que les grandes campagnes de communication n'aient pas d'effet réel sur la population (voir HCSP, 2011 pour le cas français, et Clement et al., 2013, pour une étude plus large) ?

Vouloir supprimer les établissements désignés comme « institutions », parler de désinstitutionnalisation pour parler de la sortie des malades des hôpitaux (comme le font bon nombre d'articles sociologiques anglo-saxons), reviendrait finalement à empêcher les cliniciens

²² Selon une expression de Bonnafé (1977).

de se réapproprier ce terme sous prétexte, puisque l'institution est synonyme de l'asile, d'être accusés de promouvoir des pratiques d'un autre âge. Mais c'est oublier la conclusion discrète à laquelle étaient arrivés plusieurs auteurs des réformes psychiatriques en Europe : l'aliénation que subissent les patients n'est pas seulement le fait de l'espace circonscrit qui serait dévolu au traitement de leur déviance ; l'enjeu réel de l'aliénation sociale est à chercher dans la vie psychique et institutionnelle qui fleurit entre les murs de l'établissement, toujours potentiellement réductrice et libératrice, inerte et créative. Ce qui doit retenir notre attention, derrière l'illusion de la responsabilité des murs, c'est le cadre de pensée normatif, potentiellement discriminant, collé à la demande de la société, que beaucoup de soignants, d'équipes et de collectifs portent en eux sans en avoir conscience. Voici ce qu'occulte une lecture purement foucauldienne ou basaglienne de tout système de soin : de nombreux processus psychiques et représentations inconscients échappent pour partie ou totalement à la bonne volonté de ceux qui travaillent au mieux-être de leurs patients. Ainsi seulement peut-on comprendre la phrase de Jean-Olivier Majastre, qui dès 1970, après plusieurs années passées à tenter d'instituer le changement dans un hôpital psychiatrique, prévenait : « La ruse de l'asile, c'est de nous faire croire qu'il existe en un lieu appelé hôpital psychiatrique. L'asile est au-dehors, comme au-dedans ; avec des gens, à l'intérieur et au dehors, aussi aveuglés par ce qu'ils sont, aussi empêtrés par ce qu'ils font » (p. 11), ou encore la conclusion à laquelle arrivait Cooper (1967) dans *Psychiatrie et antipsychiatrie* : « Je ne pense pas que la solution tienne simplement dans une séparation géographique d'avec l'environnement hospitalier plus traditionnel – en fait, ce n'est absolument pas l'essentiel. Ce dont nous avons besoin toutefois, c'est d'un degré d'indépendance suffisant » (p. 161). Bonnafé lui-même écrivait ceci à propos du désaliénisme :

[...] il fut effectivement celui qui, par sa dimension méthodologique, inspira la paire d'innovations dont idées et langage reçus ne sont pas faits pour la comprendre et la dire. Il faut répéter : à la fois déplacement de la responsabilité enfermée dans la gestion des lieux d'exclusion vers les ensembles habités ou fonctionnent les rejets, et formation des personnels des services en praticiens expérimentés de science et art de l'écoute et de l'écho (2002, p. 51)

Ce n'est qu'à la lumière de cette paire d'innovations, dont seule la première fut réellement prise en compte par la psychiatrie anti-institutionnelle italienne, que l'on peut saisir, 40 ans plus tard, l'accent mis sur la stigmatisation que subissent les patients au-dedans et au-dehors de

l'hôpital et l'appel, fait à tous les professionnels de la santé mentale, à endosser les causes du rétablissement et de l'*empowerment* pour changer leur propre cadre de pensée face à ceux qu'ils côtoient au quotidien dans leur travail.

Le cœur de l'asile n'est pas le lieu auquel il est assigné, comme l'avait déjà remarqué Cooper en son temps : au cœur de ce que nous désignons comme asile se trouvent ces *pratiques asilaires*, historiquement condamnées mais qui, comme le soulignaient les fondateurs de la psychothérapie institutionnelle, peuvent refaire surface et empoisonner de nouveau, insidieusement, les échanges sociaux qui naissent à l'intérieur de tout espace dédié au soin. En somme, si la bataille autour de l'institution a longtemps orienté tous les regards vers une solution politique et spatiale au problème du paternalisme hospitalier - fermer les hôpitaux pour supprimer la ségrégation -, il apparaît, à la lumière de ces quelques développements, qu'une partie importante de la solution revient au « travail institutionnel », c'est-à-dire à une attention permanente dévolue aux échanges sociaux et intersubjectifs qui ont lieu à l'intérieur de tout établissement ou organisation, même intégrés dans la communauté : SAMSAH, foyer de vie, CMP et équipes mobiles...

Jacques Hochmann, tête de file du courant dit de « psychiatrie communautaire », ne disait pas autre chose dans son récent livre intitulé *Les antipsychiatries* (2015) :

Les soins en dispensaire ou à domicile, en lien avec les assistantes sociales de terrain, les médecins généralistes, les services municipaux [...] devenaient la règle. Ils furent rapidement complétés par une gamme d'institutions nouvelles, plus légères et plus ouvertes sur la cité que l'institution résidentielle : hôpitaux de jour et autres centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, foyers, appartements et placements familiaux thérapeutiques, etc. La naissance de ces institutions diminua, puis fit disparaître l'antagonisme initial entre psychothérapie institutionnelle et psychiatrie de secteur [...]. Désormais, on découvrait au contraire que les méthodes et principes de la psychothérapie institutionnelle, le travail en équipe, la déhiérarchisation, l'utilisation de la vie quotidienne comme médiation, la circulation de la parole dans les réunions gardaient toute leur valeur dans des institutions à temps partiel et des centres de consultation. Le temps partiel leur apportait même une dimension nouvelle qui les enrichissait. Ouverte sur la cité, obligée de contracter avec d'autres, l'équipe soignante hors les murs perdait

l'omnipotence et l'omniprésence que l'enceinte asilaire lui avait assuré [...] On en venait ainsi à préciser le contenu du mot « institution », que Tosquelles avait déjà différencié de celui d' « établissement ». L' « institution » ne désignait pas seulement un lieu et un temps dédiés au soin, mais surtout la mise en place de « contenants de pensée [...] Dans le réseau relationnel qu'instituait la collaboration entre tous les professionnels qui s'occupaient de lui [...] dans les dialogues avec des interlocuteurs différents articulés entre eux, le client trouvait un modèle pour coordonner les fragments de sa vie psychique (p. 144).

Nous retrouvons dans ce texte quelques-uns des opérateurs théorico-pratiques que nous avons énumérés dans notre première partie, qu'Hochmann éclaire et articule brillamment. Il ouvre ce faisant une voie pour faire dialoguer la santé mentale dans la communauté avec la psychothérapie institutionnelle, par le biais de l'héritage dont toutes deux se soutiennent et qui les rend, pensons-nous, beaucoup plus complémentaires qu'opposables.

Derrière ce qui pourrait apparaître comme une bataille de lettres éloignée du terrain, il est en réalité question d'un choix de nature éthique que tout collectif soignant se doit de faire vis-à-vis de ce qu'il nomme « institutions ». D'un côté, ne voir en elles que les murs autorisant l'aliénation et choisir de les détruire pour tenter de supprimer le système de ségrégation et de discrimination – processus qui a pris le nom de désinstitutionnalisation - ; de l'autre, faire le pari d'un pouvoir soignant de l'institution qui ne se résume pas à son humanisation et relancer son potentiel de désaliénation en analysant les rapports sociaux entre ceux qui y travaillent et ceux qui y vivent. La proposition d'une troisième voie consisterait alors à considérer que toute concentration humaine dans un espace donné peut donner naissance à une institution, et que cet espace habité et utilisé, quel qu'il soit : ville, secteur psychiatrique, établissement de soins, foyer de vie... peut revêtir des caractères asilaires et tomber dans l'inertie si les relations entre ses membres ne font pas l'objet d'une attention, et parfois d'un traitement, particuliers.

4°) Quelle créativité quotidienne dans les pratiques ? De l'institution aux relations humaines.

Finalement, tout notre développement a tenté de donner du crédit à notre hypothèse qu'une erreur s'est glissée dans le diagnostic opéré par le mouvement anti-institutionnel italien au sujet de l'asile : si l'existence même de l'asile incarne pour Franco Basaglia une

contradiction entre la nécessité du traitement et l'impératif social du gardiennage des fous (Basaglia, 1977), il n'est pas possible pour autant d'en déduire que c'est l'institution asilaire elle-même qui est responsable des pratiques asilaires, et ainsi que tout hôpital ne peut avoir que des pratiques asilaires du fait même de son statut hospitalier. Ce que les mouvements antipsychiatriques semblent ignorer, c'est ce constat qu'au-delà des murs, ce sont aussi ceux qui travaillent aux côtés des fous qui portent en eux une partie du pouvoir, et donc de la responsabilité, de perpétrer des pratiques asilaires ou de ruser (au sens de Michel de Certeau, 1990) pour dépasser l'impératif de gardiennage. La versatilité de toute entreprise de désaliénation, que l'antipsychiatrie comprend comme une résistance au changement inhérente à tout établissement (asile ou hôpital), est en réalité l'une des caractéristiques premières de toute institution, c'est-à-dire de toute construction commune de normes et de coutumes de coexistence.

Il nous semble que l'inévitable chute du modèle selon lequel la destruction des lieux d'exclusion garantirait, tel un vaccin, que jamais plus un lieu de traitement ne puisse devenir un lieu d'exclusion à partir du moment où celui-ci est en contact avec le peuple, a l'intérêt de faire glisser l'attention du *lieu* vers la collectivité de *personnes* qui donnent aux murs de toute institution une vie psychique bien singulière. Ce déplacement va tout à fait dans le sens, nous semble-t-il, de la voie que proposait Hochmann. Il s'agit toujours, au fond, de la quête d'une méthode efficace de désaliénation sociale des patients, passant par le remaniement des relations entre ceux qui utilisent les services de santé mentale et ceux qui y travaillent afin de faire émerger des pratiques collectives et démocratiques.

Nous soutenons cette hypothèse parce qu'elle nous paraît à même de subvertir un certain fatalisme : l'hôpital, le secteur, ainsi que les établissements médico-sociaux ou même les GEM peuvent donner naissance à des institutions qui sont toujours, en puissance, mouvantes et inertes. Alain Guéry résumait d'ailleurs le pari institutionnel comme ceci : « On ne discute pas de la société en termes d'institutions, si on ne croit pas à la possibilité d'agir sur elle » (Guery, 2003, p. 16). Ainsi, si l'inertie des établissements est grandement déterminée par les structures organisationnelles parfois hiérarchiques et ségrégatives qu'ils construisent pour exister, leur capacité de mouvement et de subversion, elle, est partiellement décidée par ce que professionnels et usagers peuvent faire ensemble pour subvertir l'ordre établi de la hiérarchisation des rapports, pour lequel le terme de travail institutionnel nous semble très à

propos. Nous nous rattachons ici à l'idée de Michel de Certeau (1990) qu'il existe une « créativité quotidienne » reposant sur l'usage :

A une production rationalisée, expansionniste autant que centralisée, bruyante et spectaculaire, correspond une *autre* production [...] : celle-ci est rusée, elle est dispersée, mais elle s'insinue partout, silencieuse et quasi invisible, puisqu'elle ne se signale pas avec des produits propres mais en *manières d'employer* les produits imposés par un ordre économique dominant [...] S'il est vrai que partout s'étend et se précise le quadrillage de la « surveillance », il est d'autant plus urgent de déceler comment une société entière ne s'y réduit pas ; [...] ces pratiques mettent en jeu une *ratio* « populaire », une manière de penser investie dans une manière d'agir, un art de combiner indissociable d'un art d'utiliser (p. XXXIX).

C'est cet art d'utiliser l'existant²³ pour désaliéner en permanence l'institution et les interactions sociales qui y ont lieu que promeut la psychothérapie institutionnelle. La question de l'usage, quant à elle, ne manque pas d'évoquer la révolution lexicale de l' « usager », portée par la santé mentale dans la communauté, et qui nous semble capable d'amener la désaliénation des rapports plus loin qu'avec les seuls ensembles théorico-pratiques historiques français que sont la psychothérapie institutionnelle et le secteur. Après avoir montré que ce qui est au cœur des pratiques asilaires, et qui offre donc des possibilités de subversion de l'aliénation sociale imposée aux malades, ne réside pas tant dans un espace circonscrit que dans le champ des interactions sociales qui s'y déroulent, il nous paraît maintenant important de valoriser un apport non-négligeable de la santé mentale dans la communauté à l'organisation des soins, à savoir ce qui peut être tiré de l'émergence de la figure de l'usager des services de santé mentale dans le débat institutionnel et politique français.

III. Patients, usagers, citoyens ordinaires : pour une identité multiple des bénéficiaires des soins.

III. 1°) L'usager, une notion plurivoque.

²³ Selon l'expression de Jean Oury (2016) : « comment définir, même provisoirement, la psychothérapie institutionnelle ? On utilisait souvent le terme de « thérapeutique institutionnelle ». Cela voulait dire : profiter au maximum des structures existantes afin d'essayer d'exploiter tout ce qui peut servir à soigner les malades qui y vivent » (p. 8).

Le changement lexical qui a transformé les « patients » en « usagers » des services de santé mentale n'est en 2016 plus tout à fait nouveau dans les textes, et l'on peut dater le démarrage d'une lutte sémantique féroce autour de la figure de l'utilisateur - bataille derrière laquelle se sont affrontées plusieurs visions de la psychiatrie -, au tournant opéré par la loi dite de « démocratie sanitaire » du 4 mars 2002, destinée à renforcer l'implication des patients dans les décisions relatives à leurs soins. Partons de la définition que donnait le Haut Conseil de la Santé Publique dans son rapport de 2002 sur la santé en France : « la notion d'utilisateur recouvre, selon les circonstances, le malade, le client, le citoyen, le bénéficiaire » des soins (p. 302). L'utilisateur, que l'on doit mettre « au centre du dispositif de santé », est consacré à la fois comme acteur des champs médical, économique et politique. Cette définition, quoique concise, est intéressante par la flexibilité identitaire qu'elle met en exergue ; c'est même certainement la reconnaissance de cette pluralité d'identités qui est aujourd'hui la plus à même de poursuivre le travail institutionnel nécessaire dans tous les établissements de soins, en ce qu'elle prolonge et approfondit un long processus historique de désaliénation des pratiques entre professionnels et patients.

Il est important de rappeler que la figure de l'utilisateur-consommateur de soins avait déjà été prédite par certains réformateurs français (Daumézon, 1977). Dans la mesure où elle officialisait la place prépondérante prise par les impératifs économiques à l'hôpital, de nombreux psychiatres vivaient cette notion comme fragilisant leurs pratiques. Sans surprise, cette peur est réapparue trente ans plus tard dans les discours des praticiens à la faveur du passage de la psychiatrie vers la santé mentale, ceux-ci regrettant une « une dénaturation du savoir psychiatrique qui est progressivement évacué, au profit du discours économique dominant » (Dissez, 2003) et annonçant la future « disparition de la spécificité de la place et de la fonction du psychiatre » (Dissez, 2006). Cette figure simpliste de l'utilisateur-consommateur, c'est-à-dire d'un *homo economicus* qui, jusque dans ses traitements, se doit de choisir rationnellement la meilleure solution en fonction d'un calcul risque-bénéfices²⁴, menace toujours, il est vrai, de refouler la dimension relationnelle fondamentale qui se trouve au centre de tout traitement psychique. Pour autant, la figure du malade-enfant, résidu d'un paternalisme psychiatrique répandu dans cette discipline comme organisateur fantasmatique des relations

²⁴ Citons encore une fois le Haut Conseil de la Santé Publique (2002) : « Le nouveau regard porté sur l'utilisateur doit être envisagé dans le cadre de la montée en puissance de cet individualisme qui, en principe, fait de l'utilisateur un acteur libre et autonome, un être rationnel qui agit dans une organisation sanitaire exempte de conflits d'intérêts » (p. 303).

soignants-soignés, source d'aliénation car éminemment discriminant, ne peut décemment persister à l'heure de la démocratie sanitaire.

J.-L. Roelandt (2002) pointe bien le problème qui se pose alors, et qui est spécifique à la pratique psychiatrique :

[...] la situation actuelle des usagers du dispositif de santé mentale s'explique à la fois par un héritage difficile à gérer et des difficultés qui tirent leur origine de la pathologie elle-même. Les usagers du dispositif de santé mentale ne se distinguent cependant des autres usagers qu'en lien avec la situation dans laquelle ils ont été longtemps placés : celle de personnes quelquefois privées de leur discernement, qu'il est difficile d'associer aux décisions concernant leur santé, donc peu informées et à même de consentir et de participer aux choix thérapeutiques et *a fortiori* aux choix collectifs dans le champ de la santé mentale (p. 13).

La rhétorique de l'usager paraît, face à cela, soulever des solutions originales dans le champ de la santé mentale du fait de ses implications évidentes aux échelons interpersonnel et collectif, autrement dit aux niveaux où l'on situe habituellement le changement institutionnel. L'enthousiasme pour le « grand renversement » (Ehrenberg, 2004) des positions hiérarchiques dans le champ de la santé mentale, ou pour ce qu'il conviendrait plutôt aujourd'hui de nommer la discrète²⁵ révolution de l'usager, est pourtant loin d'être partagé par l'ensemble des professionnels ou des chercheurs. Les réticences sont liées aux multiples significations attribuées à ce terme. Du côté des praticiens, psychiatres et psychologues en tête, l'argument s'oriente souvent vers la dénonciation de la suppression de l'identité « patient » au profit du retour de la crainte historique d'une simple consommation de soins et de services, et de la perte de spécificité de la psychiatrie. On peut ainsi lire sous la plume du psychiatre Charles Melman - soutenu dans sa définition par le sociologue Claude-Olivier Doron (2008), pas plus convaincu de l'intérêt du terme - :

Seuls subsistent "les problèmes que peut poser la santé mentale". On ne demandera pas si ces problèmes sont compatibles avec le maintien de l'existence d'un sujet, celui à qui ils se posent. Celui-ci en effet n'est plus un malade ; il est seulement un

²⁵ Contrairement aux multiples articles qui avaient sonné son glas ou son triomphe, la révolution attendue peine en effet à pénétrer les milieux professionnels : « La loi n'a pas encore profondément modifié les comportements des professionnels de santé mais également ceux des pouvoirs publics et des institutions présentes dans le champ de la santé. » (Rapport Compagnon, 2014, p. 11).

"usager" voire un "consommateur" des services de santé mentale mis à sa disposition²⁶.

Ou encore, dans un texte d'Olivier Douville (2013), clinicien mais aussi universitaire : « des slogans pompeux et creux, comme « droit des patients », lesquels sont réduits à des usagers, ou « réhabilitation psychosociale » ou, encore, « souffrance psychique » et « santé mentale », peuvent ici mettre en place un immense rideau de fumée si, derrière ces prétendues nouveautés, c'est tout une récusation de la dynamique du transfert qui se profile » (p. 509).

Ces difficultés à apprécier le potentiel de la notion d'usager ne sont pas étonnantes, car la controverse entre deux camps radicalement opposés ne pouvait appeler, malgré parfois la justesse des critiques des uns et des autres, qu'une réflexion binaire et manichéenne : être en faveur de l'usager et des droits de l'homme, ou plaider pour une clinique du sujet. Nos quelques élaborations sur la question de l'usager chercheront donc les arguments en faveur de l'utilité théorico-pratique de cette nouvelle position sociale dans le remaniement institutionnel permanent nécessaire à la pratique d'une psychiatrie désaliénante.

III. 2°) Pourquoi l'« usager » ?

Il faut tout d'abord reconnaître que c'est en tant qu'« usagers » que les patients ont pu depuis plusieurs années intégrer un débat en cours de démocratisation sur leurs soins, au nom d'un savoir profane, expérientiel, qu'ils détiennent sur leurs maladies. On leur permet et on leur demande donc, au nom de ce savoir, d'exprimer leurs besoins, d'être acteurs des réformes du système de soin et de la marche de la Cité, voire d'être entrepreneurs de leurs projets de rétablissement²⁷, avec des conséquences plus ou moins importantes sur les pratiques psychiatriques tant au niveau interpersonnel et institutionnel qu'organisationnel. Jacques Arveiller soulignait en 2002 la modernité de ce tournant :

Un des enjeux pour la psychiatrie et encore plus pour la politique de santé mentale de demain est certainement représenté par la place que prendront les usagers au fur et à mesure qu'ils s'organiseront, et cette démarche sera sans doute très nouvelle par rapport aux époques où la place avait toujours été attribuée au malade mental

²⁶ Il s'agit d'un post de blog, disponible à l'adresse suivante : <https://freud-lacan.com/index.php/fr/colloques?catid=0&id=361>.

²⁷ Cette expression se réfère à celle employée par Foucault dans son cours *Naissance de la biopolitique* (2004) : « l'entrepreneur de soi-même ».

sans que personne ne songe tout simplement à lui demander son avis. Dans cette perspective, ouverte par la psychothérapie institutionnelle, nul doute que les soignants auront alors à redéfinir leur place [...] (p. 199).

Le constat est partagé du côté des promoteurs de la santé mentale. Ainsi Aude Caria (2007) remarquait elle aussi que « c'est indéniablement l'émergence de la notion d'usager et la prise de pouvoir des associations qui ont le plus contribué à l'évolution récente du champ de la santé en général et de la santé mentale en particulier. Les usagers des services de psychiatrie sont maintenant représentés dans les instances officielles (conseils d'administration, conseils de santé mentale), parties prenantes dans l'amélioration des soins [...] et protégés par la Loi » (p. 6).

La reconnaissance de l'usager comme un citoyen et un expert apparaît comme une tentative de traitement de l'aliénation sociale repérée par tous les auteurs historiques de la psychiatrie en Europe : celle qui enfermait patients et soignants dans des hiérarchies statutaires impropres à faire émerger des relations humaines et personnelles, encourageant des pratiques asilaires basées sur la dépréciation de la parole de l'autre atteint de folie. Certes, comme l'expliquait en 2002 le Haut Conseil de Santé Publique, « [...] mettre face à face des citoyens et des professionnels de santé, c'est oublier que le champ de la santé est régi par la représentation dominante collectivement construite par la profession médicale » (p. 313) ; mais reconnaître le savoir de celui qui souffre, c'est aussi lui donner une chance de contribuer à déconstruire la représentation dominante. Le savoir de l'usager en psychiatrie, plus que dans toute autre spécialité médicale, est un savoir que le soignant ne peut pas détenir²⁸, et la reconnaissance de cet état de fait révèle au grand jour que le savoir médical est un savoir toujours incomplet. Pour faire obstacle à l'univocité fantasmée de l'« usager », qui ne serait qu'un produit de la novlangue néolibérale (sans aucune possibilité de subversion ou de réappropriation du terme), il est intéressant de noter que ce mot, affublé de sa signification la plus noble, figurait déjà chez Platon :

[...] il est de toute nécessité que l'usager d'une chose soit le plus expérimenté, et qu'il informe le fabricant des qualités et des défauts de son ouvrage, par rapport à l'usage qu'il en fait [...] à l'égard du même instrument, le fabricant aura, sur sa perfection ou son imperfection, une foi qui sera juste, parce qu'il se trouve en

²⁸ Cette affirmation étant aujourd'hui à tempérer du fait de l'introduction dans les services de médiateurs de santé pairs, et avec eux d'une possibilité de construire des identités professionnelles plus complexes.

rapport avec celui qui sait, et qu'il est obligé d'écouter ses avis, mais c'est l'utilisateur qui aura la science (p. 362)²⁹.

Comme le résumait Deleuze dans un cours de 1983, « ce n'est pas le fabricant, ce n'est pas le producteur qui juge de son produit, c'est l'utilisateur »³⁰. La figure de l'utilisateur marque en somme l'incomplétude du savoir de celui qui lui propose un bien ou un service. A ce titre, faire légalement émerger l'utilisateur comme nouvel acteur du système de soins en santé mentale, c'est instituer, officialiser l'incomplétude du savoir psychiatrique ; autrement dit, c'est empêcher en permanence la rigidification du discours médical en un discours du maître, par essence anti-démocratique. En termes de pratiques, concevoir le malade comme un utilisateur et un citoyen écarte en même temps la vieille figure du malade-enfant à laquelle nous avons fait référence plus haut, modifiant profondément les relations soignants-soignés dans le sens d'une asymétrie non-hiérarchique. Précisons ici que la symétrie étant définie comme la « similitude des deux moitiés d'une chose »³¹, nous tenons au terme d'asymétrie en ce qu'il souligne que les positions d'utilisateur et de professionnel et les savoirs dont ils disposent sont de nature différente, sans pour autant impliquer leur hiérarchisation.

Ce pari réussi de la santé mentale dans la communauté - à savoir la création d'une nouvelle position sociale et politique pour les patients - nous paraît offrir à la psychothérapie institutionnelle un outil de pensée supplémentaire pour combattre les phénomènes de discrimination, de ségrégation, de stigmatisation et d'aliénation sociale des patients. Car ce dont il est question sans nul doute pour ces deux courants, c'est bien de changer la pensée individuelle et collective pour faire barrage aux pratiques asilaires, et l'analyse que ce changement requiert ne peut avoir lieu sans que leurs opérateurs théorico-pratiques ne rejoignent à son horizon, pour reprendre une expression de Jacques Lacan, la subjectivité de leur époque³².

²⁹ La traduction de Robert Baccou est disponible à l'adresse suivante : <http://ugo.bratelli.free.fr/Platon/PlatonRepublique.pdf>.

³⁰ Son cours du 20/12/83 est disponible à cette adresse : http://www2.univ-paris8.fr/deleuze/article.php3?id_article=274.

³¹ Selon la définition du Petit Robert 2016. On peut aussi se référer à la conférence inaugurale de Cynthia Fleury et Frédéric Worms pour l'inauguration de la chaire de philosophie du soin à l'Hôtel-Dieu, dans laquelle ils soulignent que l'asymétrie n'est pas l'inégalité : <https://www.youtube.com/watch?v=tDJgQmfU7Zw> (29^e minute environ).

³² Lacan (1966) eut cette expression à propos de la position du psychanalyste dans ses *Écrits* : « Qu'y renonce donc plutôt celui qui ne peut rejoindre à son horizon la subjectivité de son époque » (p. 206). Il nous paraît cependant possible de l'étendre aux professionnels travaillant dans un champ en perpétuel mouvement comme celui de la santé mentale aujourd'hui.

III. 3°) Usagers et patients : un enrichissement de la distinction statut/rôle/fonction.

Le premier opérateur de la psychothérapie institutionnelle que nous avons présenté plus haut, à savoir la nécessité - énoncée par Oury lui-même -, de toujours distinguer notre statut de la fonction dont nous nous faisons le porteur et du rôle que nous pouvons être amenés à jouer dans un collectif, n'était en effet clairement formalisée que pour les soignants. La réflexion sur l'identité plurielle des patients n'était pas absente du corpus de ce courant pour autant, et au fil des textes, les patients étaient désignés de façons diverses : pensionnaires, soignés, payants (par opposition aux payés qu'étaient les soignants), membres du Club... De ce point de vue, la création des Clubs thérapeutiques, à l'hôpital ou dans le secteur, pouvait apparaître comme un moyen précurseur de proposer un autre statut aux usagers, à la connotation moins passive que ceux de « patients » ou de « soignés ». Cependant, le Club étant un outil institutionnel et la structure institutionnelle étant définie comme une structure autre que celle de l'établissement, la question se posait de la reconnaissance des activités associatives collectives et citoyennes des patients par les organes administratifs des établissements. Le statut d'usager arrive ici à point nommé : équivoque, historicisable, contextualisé (la référence à l'usager appelant toujours une référence concomitante au service qu'il utilise), le terme a ce grand avantage de s'offrir à la réappropriation, c'est-à-dire à la créativité théorico-pratique quotidienne des professionnels et des bénéficiaires des soins. En ce sens, l'intérêt majeur de la figure de l'usager est de formaliser et d'étendre la flexibilité identitaire à plusieurs niveaux pratiques : interpersonnel, institutionnel et organisationnel. Patient lorsqu'il consulte son psychologue, une personne « soignée » peut ensuite endosser un rôle d'usager dans une commission donnée (les CRUQPC, par exemple), puis se rendre à une assemblée générale du Club dans lequel il exerce une fonction de trésorier, toutes ces identités étant aussi dépendantes des liens transférentiels qu'il noue avec les professionnels qui l'accompagnent. C'est finalement ce mouvement des identifications, promu par la psychothérapie institutionnelle et enrichi par la santé mentale communautaire, transcendant largement la question de l'espace circonscrit des soins, qui nous paraît être la clé du problème de la désaliénation des pratiques soignantes et de la dé-stigmatisation dans le cadre de l'organisation des soins actuelle.

Il semble pourtant que l'introduction du terme d' « usager », précédée par les vagues d'ex-patients qui s'identifiaient à des survivants de la psychiatrie, ait été source d'un malentendu chez certains cliniciens et chercheurs, toutes prises de positions confondues. En effet, partir du principe que point de vue clinique et droit du patient peuvent tout à fait coexister

n'était pas une évidence dans la littérature anglo-saxonne, car certains auteurs des années 80 puis 90 assimilaient directement, dans le prolongement des travaux de Goffman, la psychiatrie à l'exclusion et donc à l'aliénation sociale des patients. Il n'est par conséquent pas étonnant de trouver sous la plume de *social workers* américains (Rose et Black, 1985) un programme pour l'*advocacy* et l'*empowerment* des patients (autrement dit pour la défense de leurs droits et de leur pouvoir d'agir) totalement dénué de références à la clinique, devenue le mauvais objet de la prise en charge globale du patient : « Once the activity of production of the mental patient has occurred, thus validating staff and reciprocally invalidating patients [...] the drama of ongoing social interaction simply reproduces the inequality, domination and manipulation inherently built into practise premised on the medical-psychiatric model » (p. 29). De même, il a toujours été difficile pour la psychiatrie de reconnaître la multiplicité des rôles endossés par un patient en fonction des contextes sociaux, comme le soulignait déjà Jean-Luc Roelandt en 2002 :

N'oublions pas que la personne malade, la personne handicapée et la personne en difficulté sociale sont souvent les mêmes. N'oublions pas que la psychiatrie est tiraillée entre la tentation médicale et la tentation sociale, soit entre l'affirmation de son appartenance au monde de la médecine et l'idée que la psychiatrie remplit une mission spécifique de la stratégie de socialisation des personnes en difficulté (p. 27).

Et pourtant, bon nombre d'auteurs, dès les années 60, notaient déjà que la prégnance de ce qui était repéré comme des symptômes diminuait dès lors que l'environnement d'une personne lui permettait d'exercer d'autres rôles sociaux que celui de « patient ». Ce débat, qui se trouve au cœur de la psychothérapie institutionnelle, semble être repris en des termes assez similaires par les promoteurs de la santé mentale dans la communauté (Roelandt, 2002) :

On se bornera à rappeler qu'il ne s'agit pas uniquement de tirer les conséquences d'un consumérisme en pleine expansion ou du légitime désir du citoyen de constater et contrôler par lui-même l'emploi des fonds publics consacrés à sa santé, mais de la prise de conscience par les professionnels de santé eux-mêmes de l'intérêt thérapeutique d'une responsabilisation des patients et de leur entourage. Ce constat est vrai des nouvelles relations qui peuvent ainsi s'instaurer entre soignant et soigné dans le cadre du colloque singulier et, plus généralement, de la dimension

individuelle du soin, mais plus encore au travers de la dimension institutionnelle d'une nouvelle conception du fonctionnement de l'organisation sanitaire (p. 11).

On lit clairement ici que les termes de « soigné » et de « citoyen » ne sont pas antinomiques, autrement dit que les logiques qu'ils portent avec eux – référence à la clinique et défense des droits de l'homme – peuvent coexister ; or c'est précisément cette possible coexistence, inhérente à la flexibilité identitaire dont nous avons parlé plus haut, qui nous apparaît comme un facteur de rapprochement possible entre psychothérapie institutionnelle et santé mentale dans la communauté. D'une part parce que la prise en compte des compétences et de la citoyenneté du malade ne vient là ni effacer ni concurrencer le point de vue clinique individuel et institutionnel, les nouvelles relations entre soignants et soignés étant indissociables d'un changement organisationnel et institutionnel du soin. C'est ce que nous pouvons déduire du choix de l'OMS, qui en 2001 avait organisé une Année mondiale de la santé mentale sous le slogan « Non à l'exclusion, oui aux soins ». Son double engagement ne réfutait en effet pas la nécessité clinique des soins, voire allait, par extension, dans le sens d'une coexistence de ces deux volets complémentaires de tout accompagnement réussi. Par ailleurs, si comme le remarquait Aude Caria (2007), la loi de 2002 situait : « la personne malade d'abord comme une personne, un citoyen utilisateur de service de soins, avant de le considérer comme un patient » (p. 3), nous pouvons rappeler que cette ordination des priorités, qui va dans le sens de l'OMS, ne pousse pour autant en aucun cas à délaisser le point de vue clinique, tant que celui-ci ne sert pas à justifier des pratiques discriminantes ou déshumanisantes.

Il est d'autre part implicitement affirmé, dans le paragraphe que nous avons cité plus haut, que le changement relationnel et institutionnel lui-même possède un intérêt, ou selon les mots d'Oury, un « coefficient » thérapeutique. L'intrication des différents niveaux du soin - individuel, institutionnel, organisationnel (au sens d'une possibilité de réforme du système sanitaire) - est ici assez clairement défini : le changement de théorie de la pratique chez les professionnels, du paternalisme soignant à une pensée plus collective d'un travail en commun vers le rétablissement, est nécessairement lié à un « travail institutionnel » sur l'ambiance du service, guidé par un paradigme capable de pousser l'organisation sanitaire à la réforme. Ce « travail institutionnel », qui mérite ici d'être qualifié de thérapeutique institutionnelle, n'est alors plus à mettre en concurrence avec le paradigme organisationnel de la santé mentale dans la communauté : il se joue à un échelon différent car plus petit, mais non moins important pour le processus de changement.

III. 4°) Aller plus loin que l'*empowerment* : la transformation des relations.

L'idée de « nouvelles relations » apporte par ailleurs bien plus au corpus théorico-pratique, nous semble-t-il, que celle d'*empowerment*, notamment parce qu'elle sort du cadre sociologique des rapports de pouvoir pour rencontrer le registre du rapport de personne à personne, seul en capacité de restituer au patient son statut de sujet en même temps qu'il reconnaît son rôle politique. Frédéric Laloux (2014) nomme en effet une limite de l'*empowerment*, qu'il appelle sa « douloureuse ironie » (p. 137) : ce processus ne peut plaider que pour le don ou le passage de pouvoir de ceux qui décident à ceux qui ne décident pas, et ne permet donc pas de sortir radicalement des rapports de pouvoir, de la dialectique dominant-dominé dénoncée par Basaglia. Tout au plus les processus d'*empowerment* servent-ils de compensation à la situation d'inégalité, sans pourtant garantir l'éradication des pratiques aliénantes, dépendant de qui est mis en position de rendre une partie du pouvoir dérobé : les médecins avec la décision médicale partagée, les administrateurs d'établissements avec les commissions intégrant des usagers – ceux-ci étant néanmoins bien loin d'accepter que leur pouvoir de gestion des organisations de soins soit remis en cause de la même façon qu'a pu l'être le pouvoir médical. Ainsi le terme d'*empowerment* peut-il être utilisé comme une façon d'évincer les questions que pose la folie, en soutenant que la clinique psychiatrique elle-même est paternaliste dans son refus de reconnaître que les catégories qu'elle crée ne sont pas des vérités absolues, mais aussi de cacher les interrogations que soulève la gestion purement administrative, très hiérarchique et très peu collective de beaucoup d'établissements, petits ou grands, sanitaires ou médico-sociaux. Contrairement au terme d'usager, l'*empowerment* n'est par ailleurs pas ancré dans une réflexion philosophique et éthique, pensant un rapport de complémentarité et de collaboration entre celui qui propose le service et celui qui l'utilise, mais dans des revendications politiques qui n'ont de choix que de diviser la société en camps adverses pour récupérer du pouvoir là où il a été précédemment aliéné.

De ce point de vue, l'idée de « mettre l'usager au centre du dispositif de soins », ou de considérer celui-ci comme un partenaire dans ses propres soins, paraît plus à même de refléter la complexité des pratiques en santé mentale. En affirmant que les professionnels manoeuvrent collectivement dans un sens qui ne peut être donné que par le patient ou l'usager lui-même (ce sens étant inscrit dans son « projet ») au risque de retomber dans le paternalisme, l'expression a l'avantage de faire coexister perspectives clinique et politique. Comme le disait Alfredo

Zenoni (2009), lorsque l'on met le sujet en place de dire son projet, « l'institution où il va trouver toutes ces choses – assistance, occupations, hébergement, vie collective, médication, etc. – se trouve du même coup déportée du côté de l'instrument, de l'objet dont le sujet va se servir, plutôt que du côté d'un Autre qui se sert de ses instruments pour modifier le sujet » (p. 51). La dialectique de l'instrument nous paraît bien plus porteuse que celle de l'*empowerment*, car il n'y est pas question de délégation de pouvoir d'une catégorie à l'autre, mais d'une vision collective et transversale de la vie institutionnelle des établissements, étant entendu que patients et soignants, usagers et professionnels, y contribuent de manière égale quoique différenciée. Pour que les établissements puissent s'adapter à leurs usagers et non l'inverse, il est nécessaire de comprendre tant le fonctionnement psychique et social de chacun d'entre eux que la dynamique institutionnelle, car ce sont ces fonctionnements qui montreront la voie dans laquelle doit s'engager le travail collectif vers la désaliénation de l'institution et le rétablissement de chaque sujet singulier.

On peut proposer la même lecture d'un texte de Serge Vallon (2002) dans lequel il parle des différents « visages » de l'usager, et qu'il conclut comme ceci :

[...] pour que ces itinéraires thérapeutiques qui vont de l'hospitalisation de crise sous contrainte au suivi à domicile réussissent, il faut des conditions. La première condition est l'engagement relationnel des équipes et des soignants. La deuxième est l'amélioration de la tolérance des milieux sociaux et la moindre stigmatisation. La troisième est l'alliance thérapeutique avec le patient. Cette alliance suppose de reconnaître en lui quelqu'un qui n'est pas seulement un malade mais un sujet. C'est une autre nomination de l'usager. Approfondie, cette notion permettrait de situer la clinique subjective entre deux limites fluctuantes. D'un côté celle du socius appartenant à des collectifs et à une époque. Il est le reflet du malaise de civilisation qu'il entretient ou fait évoluer, parfois à ses dépens... De l'autre l'énigme d'un être dont nous nous approchons sans envahir son intimité subjective et le réel qu'elle contient. Les visages de l'usager sont aussi les nôtres [...]. (p. 5).

« Les visages de l'usager sont aussi les nôtres » : ainsi pourrions-nous désigner le point où s'intriquent intelligemment la santé mentale dans la communauté et la réflexion institutionnelle. Car l'idée que Vallon développe, celle de la nécessaire situation de tout « cas »

entre le social et le subjectif sur un fond de « travail institutionnel »³³ caractérisé par l'implication et la tolérance des équipes, résume les deux arguments complémentaires que nous avons souhaité développer afin de défendre le terme d'usager et, à travers lui, la relance d'un dialogue fructueux entre les deux courants qui nous ont préoccupée. Premièrement, être usager des services de santé mentale est une des multiples fonctions ou rôles que peut remplir une personne présente en tant que patient dans un service, car patients comme soignants sont pris dans les échanges sociaux qui structurent la vie institutionnelle et voient donc leurs attributions fluctuer selon l'ambiance et l'organisation quotidienne d'un service ou d'un établissement. Deuxièmement, s'identifier à un usager des services de santé mentale n'exclut pas de ressentir parfois le besoin d'endosser un rôle de patient : ainsi ce statut n'est-il pas antinomique avec une perspective clinique et une éthique du « prendre soin », pour autant que celle-ci, peu importe l'orientation sur laquelle elle s'appuie, ne répète pas un vieux modèle d'emprise psychiatrique. Le personnage social de l'usager des services de santé mentale – car le terme d' « usager », pas plus que le terme « patient », ne peut définir à lui seul l'identité d'un bénéficiaire de soins – ne doit pas avoir vocation à effacer cet autre personnage social qu'est le soigné, au risque de faire disparaître toute appréhension autre que politique de la folie, c'est-à-dire de nier la spécificité de celle-ci comme mode d'être au monde.

La figure de l'usager des services de santé mentale doit donc, somme toute, être utilisée de la même façon qu'une figure plurielle de l'institution. Créatives mais aussi aliénantes en puissance, il en va finalement de la responsabilité des équipes, dans leur réflexion clinique, éthique et politique, d'en user et de se les approprier pour œuvrer vers le rétablissement de ceux dont ils prennent soin.

CONCLUSION

Il importe, pour conclure ce travail, de repartir du double constat que nous dressions dans notre introduction : celui d'une apparente incompatibilité entre psychothérapie institutionnelle et santé mentale dans la communauté, soutenu par un malentendu entretenu de part et d'autre, reposant sur des interprétations plurielles des textes historiques de la psychiatrie européenne et des recommandations internationales actuelles concernant la santé mentale. A la lumière de la réflexion théorique que nous avons menée, ainsi qu'à celle des multiples

³³ Au sens du Livre Blanc de la Psychiatrie de 1966 cité plus haut.

expériences de visites de services et d'institutions que nous avons faites dans le cadre de notre recherche de doctorat, le postulat de l'incompatibilité radicale de ces deux courants nous apparaît largement réfutable.

Afin donc de faire vaciller cette hypothèse de l'impossible coexistence, il nous a d'abord fallu définir psychothérapie institutionnelle et santé mentale communautaire de façon pragmatique, pour momentanément gommer leurs cinquante années d'écart. Nous avons donc tenté de dégager, tant pour la psychothérapie institutionnelle que la santé mentale dans la communauté, les opérateurs théorico-pratiques nécessaires et suffisants pour qu'une méthode d'organisation puisse se revendiquer de l'un ou l'autre de ces courants.

Cette méthode de décomposition en axiomes théorico-pratiques a eu le mérite de les rendre comparables, d'en faire des objets d'une étude plus sociologique qu'idéologique, mais elle avait deux limites dont nous sommes consciente : la première était bien sûr de faire oublier que la même maxime qui inspire ces deux courants, à savoir le fait de travailler avec l'existant, n'a radicalement pas le même sens lorsqu'elle est énoncée en 1970³⁴, où l'existant se ramène aux structures hospitalières et à quelques foyers de post-cure, et en 2016, où cet « existant » s'étend jusqu'aux dispositifs de quartier, aux mairies, aux bailleurs sociaux... C'est en cela que nous refusions, dans notre introduction, de faire de ce travail une comparaison des traductions et des applications de ces courants, au risque de refouler que leur principe de fonctionnement est le même et que notre façon d'entendre l'« existant » est toujours tributaire d'un contexte et d'une époque donnée, sans que cela ne présage directement de l'actualité d'une œuvre. La deuxième limite consistait à placer nos courants côte à côte, alors même que la santé mentale communautaire serait plutôt un paradigme d'organisation des *établissements* entre eux et dans la ville, tandis que la psychothérapie institutionnelle représenterait un paradigme visant à transformer la vie collective d'une *institution*.

C'est forte de cette idée que santé mentale dans la communauté et psychothérapie institutionnelle gagneraient davantage à assumer leur complémentarité qu'à maintenir la tension qui les sépare (et ce d'autant plus qu'elles trouvent leur application à des échelons différents de l'organisation des soins) que nous avons tenté de comprendre ce qui éloignait actuellement ces courants pour tenter de ré-ouvrir, à l'endroit même de leurs désaccords, un dialogue fructueux.

³⁴ On la trouve par exemple dans un livre reprenant une conférence d'Oury, publié en 2016 et intitulé La psychothérapie institutionnelle de Saint-Alban à La Borde.

Nous avons donc choisi, dans notre deuxième partie, d'investiguer la piste de l'« institution », après avoir compris pendant la formation l'usage éminemment différent que psychothérapie institutionnelle et santé mentale communautaire faisaient de ce terme. Nous avons émis l'hypothèse que cette différence prenait sa racine dans les compréhensions anglo-saxonne et française de l'« institution », l'une plutôt concentrée sur son aspect statique et reprise par les courants « antipsychiatriques » anglais et italien, l'autre appuyant l'idée d'un mouvement et d'une création collective, utilisée par les psychiatres de secteur et la psychothérapie institutionnelle. Bien loin de n'être qu'une question de joute verbale, nous avons tenté de montrer que ces conceptions différentes de l'« institution » étaient à l'origine des divergences pratiques repérables entre nos deux courants, opposant leurs personnages précurseurs et leurs lieux les plus emblématiques des années 70 à nos jours. Il nous a cependant semblé, dans un second temps, que cette opposition binaire s'évanouissait si l'on considérait, avec la psychothérapie institutionnelle, qu'une institution était distincte d'un établissement, en ce qu'elle était *à la fois* statique et mouvante, aliénante et créatrice. Il revenait donc à ceux qui l'utilisaient, patients comme soignants, usagers comme professionnels, d'effectuer un travail permanent de subversion de la tendance de toute institution à l'inertie. Nous avons finalement postulé, en nous appuyant sur les conclusions que plusieurs auteurs majeurs de la seconde moitié du 20^e siècle tiraient de leurs expérimentations en psychiatrie, que la question des murs cachait en réalité un axe de travail plus important : celui de la vie psychique individuelle et collective des soignants, soignés, usagers et professionnels de la psychiatrie et de la santé mentale, c'est-à-dire de la vie institutionnelle de tout établissement.

C'est à partir de cette idée qu'il existe en puissance dans tout établissement une vie institutionnelle qu'il s'agit d'analyser et d'organiser que nous avons voulu démontrer en quoi la santé mentale dans la communauté apportait, avec la figure de l'usager, un outil crucial de transformation des relations dans tout collectif. Nous avons tout d'abord éclairé le conflit autour de cette notion, divisant professionnels et universitaires de façon binaire entre plaidoyer pour la citoyenneté des patients et sauvegarde de la clinique. Ensuite, et afin de proposer une relance du dialogue entre psychothérapie institutionnelle et santé mentale dans la communauté à l'endroit même d'un autre de leurs désaccords, nous avons souligné que la plurivocité de ce terme ainsi que son utilisation historique dans la philosophie était un atout pour l'organisation des soins et de l'accompagnement, en ce qu'elle pouvait introduire à des rapports d'asymétrie non-hiérarchique entre professionnels et patients, se décalant ainsi d'une organisation en termes

de rapports de pouvoir et d'*empowerment*. Nous avons esquissé la manière dont cette notion pouvait actualiser le corpus de la psychothérapie institutionnelle, en la poussant à théoriser plus loin la flexibilité identitaire des personnes atteintes de troubles psychiques lorsqu'elles sont prises en charge ou accompagnées. En effet, là où la psychothérapie institutionnelle avait su formaliser un axiome de travail précieux pour les professionnels (celui de la distinction entre rôle, statut et fonction), il nous a semblé que la figure de l'utilisateur venait mettre un nom sur ce que ce courant avait tenté de faire en créant des Clubs thérapeutiques, à savoir ouvrir le champ des identités sociales possibles pour un patient dans la structure qui le reçoit. Légitimer la participation du patient dans les instances administratives des établissements, ou plus simplement lui reconnaître un savoir différent mais d'égale importance pour les soins et l'accompagnement permet en effet de se rapprocher de la proposition platonicienne que nous avons évoquée et ainsi de poser l'institution comme un instrument du parcours de soins d'un sujet.

Ce travail et cette réflexion pourraient, sans nul doute, être poussés plus loin en rencontrant les acteurs qui, sur le terrain, conjuguent dans leurs pratiques santé mentale communautaire et psychothérapie institutionnelle, ouverture vers la ville et analyse permanente des rapports entre usagers et professionnels, citoyenneté relationnelle et clinique du sujet, sans nécessairement porter sur ces mêmes pratiques un discours conscient. Nous espérons cependant au moins, avec cet écrit, avoir contribué à tracer quelques éléments de coexistence, voire de complémentarité entre la psychothérapie institutionnelle et la santé mentale dans la communauté, afin de continuer à faire vivre, dans toute sa modernité, l'héritage des textes et des courants historiques de la psychiatrie européenne dans les politiques de santé mentale françaises.

BIBLIOGRAPHIE

Arveiller, J. (dir.). (2002). *Pour une psychiatrie sociale. 50 ans d'action de la Croix-Marine*. Ramonville Saint-Agne : Erès.

Basaglia, F. (2007), *Psychiatrie et démocratie*. Ramonville Saint-Agne : Erès.

Bonnafé L., Andrau R., Chaigneau H. et Pariente M. (1965). Thérapeutique institutionnelle. *Livre blanc de la psychiatrie française*, 1, 247-258.

Bonnafé, L. (1977). *Dans cette nuit peuplée*. Paris : Editions Sociales.

Bonnafé, L. (1991). *Désaliéner ? Folie(s) et société(s)*. Toulouse : Presses Universitaires du midi.

Bonny, Y. et Demailly, L. (dir). (2012). *L'institution plurielle*. Villeneuve d'Ascq : Presses Universitaires du Septentrion.

Compagnon, C. (2014). *Pour l'an II de la démocratie sanitaire*. Disponible en ligne : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_DEF-version17-02-14.pdf.

Cooper, D. (1970). *Psychiatrie et anti-psychiatrie*. Paris : Editions du Seuil. (Ouvrage original publié en 1967 sous le titre *Psychiatry and Anti-psychiatry*. Londres : Tavistock).

Dissez, N. (2003). A propos du rapport de mission « Piel-Roelandt ». *Journal français de psychiatrie*, 19(2), 12-13.

Dissez, N. (2006). Qu'est-ce que la santé mentale ? *Journal français de psychiatrie*, 27(4), 19-21.

Doron, C.-O. (2008). La maladie mentale en question. *Les cahiers du centre Georges Canguilhem*, 2(1), 9-45.

Douville, O. (2012). Politique de santé mentale en psychiatrie aujourd'hui : position d'un psychologue clinicien. *Bulletin de Psychologie*, 522(6), 505-514.

Ehrenberg, A. (2004). Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale. *Revue française des affaires sociales*, 1(1), 77-88.

Fussinger, C. (2010). Eléments pour une histoire de la communauté thérapeutique dans la psychiatrie occidentale de la seconde moitié du 20^e siècle. *Gesnerus* 67/2, 217-240.

Grimaud, L. (2005). Psychanalyse et institutions de soin. *Empan*, 68(2), 141-148.

Guery, A. (2003). Institution, histoire d'une notion et de ses utilisations dans l'histoire avant les institutionnalismes. *Cahiers d'économie politique*, 44(1), 7-18.

Haut Conseil de la Santé Publique (2002). *La santé en France*. Paris : La documentation française.

- Hochmann, J. (1971). *Pour une psychiatrie communautaire*. Paris : Editions du Seuil.
- Hochmann, J. (2015). *Les antipsychiatries : une histoire*. Paris : Odile Jacob.
- Kovess-Masfety, V. (2010). *La santé mentale, l'affaire de tous*. Disponible en ligne : http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/8_Democratie-Sanitaire/sante-mentale/2010-sante-mentale-affaire-de-tous-Kovess-Masfety.pdf.
- Laloux, F. (2014). *Reinventing organizations. A guide to creating organizations inspired by the next stage of human consciousness*. Bruxelles : Nelson Parker.
- Le Guillant, L. (1965, novembre). II. Psychiatrie hors les murs. *Le monde*. Récupéré de : http://www.lemonde.fr/archives/article/1965/11/16/ii-psychiatrie-hors-les-murs_2197572_1819218.html?xtmc=&xtcr=6.
- Majastre, J.-O. (1972). *L'introduction du changement dans un hôpital psychiatrique public*. Paris : François Maspero.
- Margat, P. (1984). Propos sur les distorsions institutionnelles. *L'information psychiatrique*, 60(7), 775-780.
- Oury, F. (2004). Institutions : de quoi parlons-nous ? *Institutions, revue de psychothérapie institutionnelle*, 34, 1-3.
- Oury, J. (2001), *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*. Lecques : Les éditions du champs social.
- Oury, J. (2016). *La psychothérapie institutionnelle, de Saint-Alban à La Borde*. Paris : Editions d'une.
- Piel, E. & Roelandt, J.-L. (2001). *De la psychiatrie vers la santé mentale*. Disponible en ligne : http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/8_Democratie-Sanitaire/sante-mentale/Rapport-Piel-Roeland-de-la-psychiatrie-vers-la-sante-mentale-juillet-2001.pdf.
- Pilgrim, D. & McCranie, A. (2013). *Recovery and mental health. A critical sociological account*. Basingstoke : Palgrave Macmillan.
- Platon, *La République*. (Robert Baccou, trad.). Disponible en ligne : <http://ugo.bratelli.free.fr/Platon/PlatonRepublique.pdf>
- Roelandt, J.-L. (2002). *La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale*. Disponible en ligne : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/democratie_sanitaire.pdf.
- Rose, S. M. & Black, B. L. (1985). *Advocacy and empowerment. Mental health care in the community*. London : Routledge.
- Vallon, S. (2002). Les quatre visages de l'utilisateur. *Vie Sociale et Traitements*, 76(4), 20-23.
- Zenoni, A. (2014). *L'autre pratique clinique. Psychanalyse et institution thérapeutique* (ouvrage original publié en 2009). Toulouse : Erès.

RESUME

Plusieurs visions de la prise en charge et de l'accompagnement des patients ou des usagers ont aujourd'hui cours dans ce qu'il convient d'appeler le champ de la santé mentale. Parmi elles, la santé mentale dans la communauté et la psychothérapie institutionnelle, qui entretiennent une relation ambiguë : en apparence radicalement opposées dans le débat public, elles héritent pourtant toutes deux de la réforme psychiatrique effectuée par plusieurs pays européens au sortir de la Seconde Guerre Mondiale. Afin de renouer le dialogue entre ces deux ensembles de méthodes, de pratiques et de théories qui nous semblent plus complémentaires qu'impossibles à concilier, nous les définissons tout d'abord en fonction de principes organisationnels invoqués dans leurs textes de référence. Nous ouvrons ensuite la voie à une réflexion collective avec deux notions-clés : celle de l'institution pour marquer ce que la psychothérapie institutionnelle peut apporter à la santé mentale dans la communauté, puis celle de l'usager, propre à opérer le mouvement inverse. Démontrant finalement que le cœur de la réforme psychiatrique ne se situe pas dans la suppression de l'espace dévolu au pouvoir médical mais dans la transformation de pratiques aliénantes transmises sans être analysées, nous postulons, au terme de ce travail, une coexistence possible de la psychothérapie institutionnelle et de la santé mentale dans la communauté en ce que l'une se préoccupe avant tout du travail d'équipe, tandis que l'autre s'intéresse aux politiques publiques en matière d'organisation des soins.

Mots-clés : psychothérapie institutionnelle, santé mentale dans la communauté, psychiatrie de secteur, institution, usager.