

Filigrane

Qu'est-ce qu'une institution psychiatrique ?

Vassilis Kapsambelis

Le devenir de la psychanalyse. Échos d'ici et d'ailleurs...

Volume 24, numéro 1, printemps 2015

URI : id.erudit.org/iderudit/1033080ar

DOI : [10.7202/1033080ar](https://doi.org/10.7202/1033080ar)

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN 1192-1412 (imprimé)
1911-4656 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Kapsambelis, V. (2015). Qu'est-ce qu'une institution psychiatrique ?. *Filigrane*, 24(1), 13–25. doi:10.7202/1033080ar

Résumé de l'article

Une institution psychiatrique se définit comme un groupe de professionnels de compétences différentes, se réunissant autour du projet d'accueillir et de soigner des personnes ayant des troubles psychiques. Cette définition est examinée dans ses différentes dimensions : groupe, et donc collectif constituant un organisme vivant ; complémentarité ; élaboration d'un ensemble cohérent et sens de la notion de cohérence ; actions communes et objet de cette pulsionnalité collective : le patient ou ses soins. Les questions du lieu de l'institution, et aussi de la nature du trouble psychique, sont également évoquées.

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 2015

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne. [<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>]



Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. www.erudit.org



Qu'est-ce qu'une institution psychiatrique ?

Vassilis Kapsambelis

Une institution psychiatrique se définit comme un groupe de professionnels de compétences différentes, se réunissant autour du projet d'accueillir et de soigner des personnes ayant des troubles psychiques. Cette définition est examinée dans ses différentes dimensions : groupe, et donc collectif constituant un organisme vivant ; complémentarité ; élaboration d'un ensemble cohérent et sens de la notion de cohérence ; actions communes et objet de cette pulsionnalité collective : le patient ou ses soins. Les questions du lieu de l'institution, et aussi de la nature du trouble psychique, sont également évoquées.

Des institutions psychiatriques, il y en a désormais de multiples sortes : entre l'asile d'autrefois et le service de court séjour d'aujourd'hui, logé dans un hôpital général ; entre l'hôpital de jour et le réseau d'appartements mis à la disposition de personnes souffrant de troubles mentaux et gérés par des soignants en psychiatrie ; entre l'hôpital de jour et les activités professionnelles dans des établissements pour personnes reconnues handicapées psychiques. Il serait probablement impossible d'aboutir à une définition couvrant tous ces différents cas de figure, actuels et passés. Il serait donc plus pragmatique de partir d'un constat : la psychiatrie fait désormais partie intégrante de la médecine, et la définition de l'institution psychiatrique doit tenir compte de cette appartenance fondamentale. Aussi, on pourrait tenter une définition qui s'énoncerait comme suit :

L'institution psychiatrique est un groupe de personnes dont les compétences professionnelles se réunissent en une action concertée ayant comme but d'accueillir et de soigner des personnes présentant des troubles psychologiques et psychiatriques.

Nous allons essayer d'analyser cette définition fragment par fragment, mettre en évidence les tensions qui la soutiennent, et même les oppositions qui la traversent, ce qui est un préalable pour mieux comprendre ce qui se joue entre l'institution psychiatrique et les patients qui s'adressent à elle, à

savoir ce que la psychanalyse appelle le transfert. L'analyse des caractéristiques de l'institution — ou plutôt, de ce qui rend un organisme de soins psychiatriques véritablement « institution psychiatrique » — montrera où réside sa spécificité, mais aussi quelles pourraient être les éventuelles limites des approches dites « institutionnelles » en matière de pathologies mentales.

« Un groupe de personnes... »

Est-ce que l'institution psychiatrique est un « groupe de personnes » ? Cette notion ne va pas de soi. Il a fallu de longues années avant que le lieu destiné à accueillir la maladie mentale de façon spécifique soit défini comme un groupe ayant ses caractéristiques et sa cohérence propres. Dans un pays comme la France, on peut retrouver, dans la préhistoire de l'institution psychiatrique telle que nous la connaissons aujourd'hui, un certain nombre d'actions publiques qui tendent à fonder cette institution psychiatrique en tant que telle. Un de ces textes, la circulaire de Jean Colombier et François Doublet, attire l'attention par le caractère exhaustif auquel il prétend. Il s'intitule *Instruction sur la manière de gouverner les insensés*, date de 1785 et s'emploie sur plusieurs dizaines de pages à définir les modalités d'organisation de ce qui sera appelé par la suite un *collectif de soins* (Kœchlin, 1965) et à préciser des compétences et des actions spécifiques au sein de ce collectif. Ce texte annonce largement les travaux de Pinel et d'Esquirol qui, au cours de la première moitié du 19^e siècle, définiront l'institution psychiatrique hospitalière telle que nous la connaissons aujourd'hui. Deux points méritent d'être soulignés.

Le premier est qu'une différence qualitative est implicitement admise entre l'individu et le groupe, entre l'individu soignant et le groupe de soignants. Nous avons ici une véritable révolution dans la conception traditionnelle de la relation médecin — malade. Pour la première fois depuis les premiers chamans, guérisseurs et thérapeutes religieux, en passant par la médecine hippocratique, la définition des rôles et des missions d'une institution psychiatrique vient admettre que, pour certaines maladies, le traitement n'est pas accessible à l'action d'une seule personne. On est donc en rupture avec une logique séculaire, celle du colloque singulier médecin — malade, et du maniement par une seule personne — quitte à ce qu'elle soit assistée par telle ou telle aide — des moyens physiques et psychiques par lesquels on obtient le résultat thérapeutique souhaité.

Le deuxième point, conséquence du précédent, est que la *suggestion*, complément indispensable ou pièce maîtresse de cette relation qui remonte

à la nuit des temps des moyens de traitement de l'homme malade — cette suggestion qui, dans la pratique et dans la théorisation de Freud, trouvera sa forme moderne sous l'appellation de transfert — n'est plus le fait d'un seul agent mais d'une entité appelée *institution*. Il faut attirer notre attention sur le fait que ce groupe n'est pas une addition d'individus, un peu à la façon du « conseil des médecins », assemblée conflictuelle de semblables, que Molière a su si bien ridiculiser. Ici, le groupe est une sorte d'organisme en soi (par exemple, il va comporter plusieurs fonctions et membres différents), tant et si bien que les mouvements de mise en relation et de projection que nous appelons transfert vont s'adresser à ce groupe en tant que tel, sans concurrence avec les éventuels mouvements transférentiels qui concerneront tel ou tel de ses membres. Fonder une institution psychiatrique signifie avoir une certaine préparation pour accueillir un transfert que l'on peut qualifier de « transfert institutionnel ».

« ... dont les compétences professionnelles... »

Dans cette même circulaire de Colombier et Doublet, il y a comme une esquisse de ce qui serait la compétence professionnelle des personnes composant une institution psychiatrique : « force du corps, humanité, présence d'esprit et audace »... À ces qualités, dont nous pouvons comprendre chacun des termes et qui, dans une certaine mesure, restent encore parlantes aujourd'hui, il convient d'ajouter deux éléments qui font partie de notre définition.

D'abord, il s'agit de « professionnels », autrement dit, de personnes qui travaillent, et qui gagnent leur vie par ce travail. Il y a là une opposition entre ce qui est le monde des métiers et celui des vocations, de la charité ou de la philanthropie : il y a un *tiers*, un tiers qui contrôle le « travail bien fait », et ce tiers n'est pas Dieu ou toute autre instance morale, mais le « payeur », celui qui paye le professionnel pour le travail effectué ; qui ne se contente pas de récompenser de bonnes intentions ou sentiments, mais entend rémunérer un travail et donc avoir aussi, potentiellement, une certaine logique d'efficacité de ce travail.

Ensuite, il s'agit de « compétences » au pluriel. C'est même ce pluriel qui permet à l'institution psychiatrique d'être une véritable institution : c'est la pluralité des compétences et donc l'inévitable et nécessaire asymétrie entre elles qui permettent à un collectif soignant de se définir comme tel. Or, dans l'institution psychiatrique, la question se pose toujours de savoir de quoi est faite cette pluralité, avec une mise permanente sous tension de deux aspects

constamment présents. D'une part, une pluralité « technologique » (psychiatre, médecin somaticien, infirmier, psychologue, aide-soignant, ergothérapeute, animateur d'activités occupationnelles, etc.), sanctionnée par des études menant à un diplôme définissant un domaine de connaissances et un champ technique encadrés par des textes de loi et de réglementation qui assignent aux professionnels concernés une place et des responsabilités relativement précises au sein de l'institution. D'autre part, une *pluralité* de relations avec les patients, pluralité qui s'appuie en partie sur la pluralité des compétences sans pour autant coïncider avec elle, et conduit à toute une gamme de transferts différenciés qui sont loin de se définir par la seule compétence technique du professionnel qui les reçoit. Tant et si bien que l'institution psychiatrique se trouve en permanence dans le travail d'articulation dialectique entre, d'un côté, les savoirs et les savoir-faire des professionnels qui y opèrent (savoirs et savoir-faire portés par des théories et des enseignements qui peuvent être différents selon le professionnel) et, de l'autre côté, la différenciation de plusieurs types de relations dans lesquelles les mouvements individuels de tel patient à tel moment de son évolution rencontrent la réceptivité et le profil particulier de tel professionnel, indépendamment de sa compétence technique.

« ... se réunissent en une action concertée... » : « se réunissent »

Il est incontestable que l'institution psychiatrique devient telle à partir du moment où ses membres, le groupe ou collectif soignant, se réunissent. On pourrait dire que la *réunion* est le pivot de l'institution psychiatrique, elle est « la technique générale et instrument essentiel » de toute action institutionnelle, comme le signalaient déjà Daumézon, Tosquelles et Paumelle, dans le tout premier article consacré à l'« organisation thérapeutique de l'hôpital psychiatrique », en 1955, dans l'*Encyclopédie médico-chirurgicale*. C'est au sein de cette réunion que seront mis sous tension dialectique les deux éléments que nous avons relevés précédemment, le savoir et la relation. En effet, la réunion est le lieu de confrontation de deux axes, que l'on pourrait respectivement qualifier de « clinique observée » et de « clinique vécue ». La *clinique observée* est un axe objectivant (faut-il rappeler ici que pour Lantéri-Laura (1983) la sémiologie psychiatrique est pratiquement le seul savoir de notre discipline qui peut prétendre au qualificatif d'« objectif » ?); la *clinique vécue* est l'axe de la subjectivité (ou, si l'on préfère, de l'intersubjectivité, pour utiliser un terme récent, de valeur douteuse, mais très répandu).

La réunion est avant tout le lieu d'élaboration collective d'un savoir d'observation et d'écoute cliniques, et d'un vécu groupal agrégeant les échanges quotidiens avec l'histoire individuelle de chaque patient (« il a réagi de cette façon parce qu'il m'a dit que, quand il était enfant, à l'école primaire, il y avait eu ceci ou cela... »). Cette élaboration, basée sur les témoignages objectivants et les mouvements transférentiels et contre-transférentiels observés, et vécus par les membres de l'équipe soignante, individuellement ou collectivement, conduit progressivement à la construction d'une histoire, qui n'est pas uniquement, et pas même principalement, l'histoire *du* patient, mais surtout l'histoire *avec* le patient (histoire de cette institution, de ce collectif soignant, avec cette personne particulière, à ce moment particulier de sa trajectoire existentielle).

Il y a donc quelque chose d'inhérent à l'idée d'institution psychiatrique dans le fait de se réunir, et c'est probablement parce que cette notion de réunion est indispensable à l'institution psychiatrique qu'elle génère sa propre dérive et pathologie, ce qui a pu être qualifié de *réunionnisme*. Il est rare que les institutions psychiatriques échappent, à tel ou tel moment de leur histoire, à cette singulière maladie, les conduisant à multiplier les temps à huis clos (et donc également les temps où les patients restent seuls...), travaillant et retravaillant ces mêmes idées, ce même projet, ce même cas clinique. Dérive donc inhérente à l'institution, mais qui montre que la réunion, à partir du moment où elle est mise en place, ne pourra pas utiliser la mobilisation énergétique qu'elle génère uniquement pour élaborer les témoignages de patients, aplanir les conflits et dessiner les actions à venir — elle ne pourra donc pas consacrer ce formidable investissement pulsionnel uniquement au pôle « objectal » de son activité (à ce qui est son objet et son objectif), mais elle va inévitablement en soustraire une partie pour s'investir soi-même en tant que telle (la réunion, le groupe, l'institution...): pôle donc « narcissique » de l'investissement groupal, « investissement du corps propre » du groupe en quelque sorte qui, à travers les habitudes, les répétitions, les rites et même les conflits attendus ne dit qu'une seule chose: le plaisir d'être ensemble; un autoérotisme qui renvoie à celui de l'organisme psychique au moment de la constitution du narcissisme selon le modèle présenté par Freud (1914).

Or, il me semble que toute économie du groupe institutionnel tend spontanément au déplacement quantitatif, du pôle objectal au pôle narcissique, de son activité libidinale, et c'est d'ailleurs ce qui rend les institutions si difficiles à réformer, même lorsque la demande de leur « clientèle » et/ou

des instances sociales mandataires des soins a changé, et alors même qu'elles peuvent se trouver de plus en plus en décalage avec cette demande par définition changeante et évolutive (Kapsambelis, 2010a). On voit ici assez clairement les deux aspects de tout narcissisme — narcissisme de vie et narcissisme de mort, selon l'heureuse formule d'André Green (1983) —, à savoir la force vitale permettant à l'institution de grandir et de s'enrichir dans ses réflexions comme dans ses actions, et en même temps risque de répétition et de sclérose, la menaçant dans la longueur du temps de disparition.

«se réunissent en une action concertée... » : l'« action concertée »

La notion d'équipe, de travail d'équipe, est évidemment indissociable de celle de concertation et de cohérence. On pourrait dire, de façon générale, que la crainte de l'incohérence est probablement, avec la violence, l'une des principales hantises de toute équipe soignante en psychiatrie, et sans doute plus généralement en médecine. Toutefois, deux points sont ici à souligner.

D'une part, et au-delà des inquiétudes concernant la bonne conduite des traitements engagés, la crainte d'incohérence renvoie à une menace qui touche à la subsistance même du groupe de soignants en tant que groupe. En effet, toute perte de cohésion à l'intérieur du groupe, toute désorganisation, sont vécues, à la limite, comme une menace de mort, à la façon d'un organisme vivant qui est effectivement menacé dans sa propre survie lorsqu'il y a rupture des liens qui unissent les éléments qui les composent : ses membres et leurs activités respectives.

D'autre part, il est incontestable que nous sommes loin d'être habités de certitudes face aux pathologies complexes et variées de nos patients, et il est impossible d'éviter les moments d'incertitude, voire d'ignorance avouée. Il est évident que, plus ces moments conduisent à des expériences de vacillement de l'identité du groupe, voire à des craintes de désorganisation mortifère, moins le groupe est prêt à accepter ces expériences de déliaison/reliaison et de cohabitation des contraires. Or, l'acceptation et l'utilisation par l'institution de ces expériences de vacillement est vitale : pour les individus, comme pour les groupes, elles caractérisent en propre les processus créatifs et représentent une condition essentielle d'élargissement du savoir, individuel ou groupal. D'où la nécessité de préparer le groupe à l'acceptation d'un degré de contradiction, voire d'incohérence, ce qui implique des capacités de traitement interne des angoisses qui peuvent en résulter, comme condition pour inventer des solutions lorsque les pathologies rencontrées

nous confrontent aux insuffisances des protocoles et des savoir-faire bien établis.

C'est une loi, me semble-t-il, de toute institution psychiatrique que de préférer toujours la cohérence à l'incohérence, les certitudes à l'incertitude (quitte à amputer de certaines de ses parties l'appréhension complète de certaines situations dans leur complexité), l'homogénéité des attitudes et des réponses à une hétérogénéité qui laisse davantage de marge de créativité à chacun des membres de l'institution, mais au risque d'improvisations hasardeuses. Cette préférence pour la cohésion et la cohérence de l'institution, quelles que soient les bonnes raisons sur lesquelles elle peut s'étayer — et elles sont nombreuses — est une nouvelle marque du poids de l'investissement narcissique dans l'économie propre aux institutions psychiatriques.

« ayant pour but d'accueillir et de soigner... »

On en arrive donc au but d'une institution psychiatrique, c'est-à-dire à son objectif, en d'autres termes, à son « objet ». Or, le terme d'*objet*, dans le point de vue psychanalytique que nous avons adopté ici — tout comme dans la vie psychique courante, d'ailleurs — désigne à la fois ce vers quoi tendent nos efforts conscients et coordonnés dans un domaine donné, et ce qui est le moyen par lequel trouveront satisfaction nos mouvements et mobilisations émotionnelles et affectives; du point de vue de la vie psychique, l'objet est toujours, d'une certaine façon, « objet de la pulsion », « objet d'investissement », « objet du désir ».

Il ne fait pas de doute que, pour nos patients, et dans les conditions particulières de trouble et de désarroi psychiques dans lesquels il se trouvent, nous devenons rapidement pour eux des objets d'investissement puissant, on est même parfois surpris par la force du mouvement, libidinal ou agressif, qu'ils dirigent vers les membres de l'équipe et l'institution : il s'agit bien de ce nous que appelons *transfert*, mouvements transférentiels, qui montrent que dans des conditions difficiles — et pas seulement — l'être humain a tendance à investir autrui d'attributs, de pouvoirs et d'influences qui viennent directement de son propre univers intrapsychique infantile. Mais, si nous sommes bien pour nos patients des « objets », quel est notre « objet » à nous, l'objet de nos propres investissements; quel est, pour ainsi dire, l'« objet de l'objet »? Toutes les équipes soignantes, et pas seulement en psychiatrie, perçoivent clairement qu'il est impossible de rester impassible face aux patients; que le contact avec eux à travers les soins ne manque pas de mobiliser d'importants mouvements affectifs et émotionnels, libidinaux

et agressifs, et nous savons d'ailleurs qu'un début d'élaboration collective au sein d'une réunion d'équipe consiste précisément à transformer ces vécus en connaissance de la pathologie et en instrument de soins. L'« objet » des soignants, l'objet de l'institution psychiatrique, serait-il donc le patient ?

Ces dernières années, s'est développée en France toute une idéologie construite principalement par des personnes aussi ignorantes de l'exercice de la médecine que de la pensée psychanalytique, mais qui ne fait qu'introduire une logique de « malade-citoyen » déjà répandue dans le monde occidental. Cette idéologie prétend, non sans démagogie, que le patient est « au centre du dispositif de soins ». Un patient « au centre », voilà de quoi donner l'impression que la réponse à la question précédemment formulée ne peut être qu'affirmative : oui, le patient est bien l'« objet » de l'institution psychiatrique (encore une fois, « objet » au sens psychanalytique, c'est-à-dire sans aucune connotation péjorative, mais au contraire indiquant ce vers quoi tendent, et trouvent satisfaction, les investissements pulsionnels de l'organisme que l'on appelle institution).

Pourtant en psychiatrie, plus encore que dans les autres disciplines médicales, nous savons que nous nous trouvons en danger éthique majeur lorsque le patient est véritablement l'objet de nos investissements : lorsque l'« objet » de l'objet que nous sommes pour eux est le patient lui-même. De multiples dérives, et pas seulement au sens du passage à l'acte sexuel, peuvent être observées si cette évidence n'est pas prise en considération : les exemples sont nombreux, dans l'asile d'autrefois et pas seulement, de pratiques de maîtrise et d'emprise, ou encore de phénomènes d'inséparabilité, témoins silencieux, bien que dramatiques, de la façon dont l'institution psychiatrique a considéré le patient lui-même, sa personne (incluant son corps) comme objet de son propre investissement.

L'objet d'investissement de l'institution ne peut donc pas être le patient, mais quelque chose d'autre, faisant partie de la situation institution-patient. Cet autre objet d'investissement pour l'institution s'exprime d'une part sous la forme d'un idéal, d'autre part sous la forme d'un procédé. Du point de vue de l'idéal, l'objet d'investissement de l'institution est ce que l'on pourrait appeler la *guérison*, concept quasi mythique de l'exercice de la médecine depuis la nuit des temps, asymptote vers laquelle tendent les efforts de tout médecin et de tout soignant. Quant à l'objet courant, le procédé, ce sont ces efforts eux-mêmes, à savoir le « soin ». L'objet d'investissement de l'institution est donc le soin, et on pourrait trouver ici une certaine analogie avec les travaux de Francis Pasche (1988) qui disait que, si l'objet du patient

en analyse est l'analyste (dans ce qu'il représente des imagos du patient à travers le mouvement transférentiel), l'objet de l'analyste n'est pas, symétriquement, le patient, mais l'*analyse* elle-même, c'est-à-dire le processus, la méthode, le travail que l'analyste doit fournir avec le patient qui s'est adressé à lui.

« ... des personnes présentant des troubles psychologiques et psychiatriques »

Qu'est-ce qu'un trouble psychologique ou psychiatrique? Nous sommes à une époque où la « médicalisation » de la psychiatrie est pratiquement accomplie, dans l'esprit des professionnels que nous formons, si ce n'est dans celui du public que nous accueillons. On croit donc pouvoir définir la maladie psychiatrique sur le modèle de toute maladie (symptomatologie — entité clinique ou trouble — traitement, essentiellement médicamenteux), et on compte sur les neurosciences pour compléter le modèle par la découverte du *substratum* organique correspondant à chaque entité ou « trouble ». Peut-être y arrivera-t-on; mais on n'y est pas encore, ce qui fait que nous pouvons tenter une définition de la pathologie mentale qui, non seulement ne s'écarte pas du modèle de la maladie au sens médical du terme, mais en plus en saisit l'essence épistémologique pour la traduire dans la spécificité de la psychiatrie. Comment? Par le fait que la psychiatrie traite des troubles d'un système particulier de l'organisme, de l'*appareil psychique* (du psychisme), appareil qui, à l'instar de tout appareil de l'organisme (respiratoire ou digestif ou cardio-vasculaire), doit produire un certain travail pour assurer la continuité de cet organisme — travail qui se situe toujours dans un « commerce » entre dedans et dehors, entre dispositions internes, dont certaines peuvent être innées, et environnement.

Or, l'appareil qui nous intéresse ici, le psychisme, a la particularité d'avoir été construit avec et à partir d'autres appareils psychiques; en effet, personne ne prétend que l'organisme humain sera en mesure de produire un « psychisme » s'il est dépourvu de tout environnement humain depuis sa naissance. De ce fait, cet appareil continue de vivre grâce à l'incessant travail qu'il engage avec ces « objets », comme on les appelle dans la terminologie psychanalytique (terme qui progressivement regroupe non seulement l'autre humain, mais tous les objets non humains: activités diverses, passions, idées, que le psychisme humain a appris à investir au fil de son évolution phylogénétique comme ontogénétique). On peut donc considérer que la pathologie mentale « est définie comme un travail psychique qui

affronte des difficultés plus ou moins graves et plus ou moins durables dans le déroulement, le développement, et la continuation de son processus », ce qui revient à dire qu'il rencontre des difficultés dans son commerce avec ses objets. Tant et si bien que, « pour sortir de cette difficulté, il a besoin d'une rencontre au sens plein du terme (à savoir la reprise d'une objectalité possible) avec d'autres psychismes, avec et à travers lesquels naît l'espoir d'une relance du travail psychique en souffrance » (Kapsambelis, 2010b, 440-441).

C'est bien parce que la définition du trouble mental se situe à ce niveau, qu'Angelergues (1989, 1993) qualifiait de « biologique » au plein sens du terme, de l'organisme spécifiquement humain, qu'il est possible de considérer l'institution psychiatrique comme un « objet » destiné à participer à la reprise de la vie psychique des personnes souffrant de troubles psychologiques ou psychiatriques. C'est cette approche qui garantit la possibilité d'un « transfert institutionnel » : parce que ce système particulier de l'organisme humain qu'est le psychisme se construit à travers d'autres psychismes, parce que ces « objets » peuvent être multiples et variés, humains et non humains, et parce que le remaniement de leurs fondations initiales peut, dans une certaine mesure, modifier le présent et l'avenir, il est possible de parler de « transfert institutionnel » ; et donc, d'imaginer aussi que l'institution psychiatrique en tant que telle, indépendamment des effets de chacun de ses membres (ou de leur addition), peut constituer un « objet » susceptible d'apporter des changements psychiques chez les personnes souffrant de troubles psychologiques et mentaux.

Ce que cette définition ne dit pas : l'institution est-elle un « lieu » ?

On peut remarquer que la définition que nous proposons et commentons ici manque d'une caractéristique qui pourrait paraître essentielle : l'institution psychiatrique ne se définit-elle pas, aussi, par l'existence d'un « lieu » ? Il y a un risque à donner à cette question la réponse évidente, à savoir : bien sûr que l'institution est un « lieu » ; si des professionnels se réunissent, il faut bien qu'ils le fassent quelque part. Depuis toujours, comme on l'a vu avec la fameuse circulaire de Colombier et Doublet, l'institution est à l'évidence un espace, un lieu, l'endroit précis dédié à l'accueil de la maladie mentale. Pourtant, depuis ces temps, nos institutions psychiatriques ont beaucoup évolué : des hôpitaux et des centres d'accueil de crise, des hôpitaux de jour et des centres de consultation, des équipes mobiles d'intervention à domicile et des aides à l'accompagnement au long cours dans des

structures plus légères (foyers, communautés, appartements...). Qu'est-ce qui, dans ce contexte, constitue « institution », et est-ce que le lieu fait partie de sa constitution ?

Dans un article essentiel, Jacques Hochmann (1982) a introduit, il y a plusieurs années déjà, la notion d'« institution mentale » : l'institution psychiatrique est constituée par les professionnels (un psychiatre, deux infirmières, un animateur, etc.) qui, à un moment précis, et pour une période donnée, ont la charge d'un patient particulier. Ce qui fait « institution » lors de cette rencontre est la capacité à élaborer en commun une pensée (et les conduites afférentes) concernant les soins que requiert ce patient. Bien sûr, le psychiatre peut travailler au centre de consultation ou à l'hôpital, l'infirmier à l'hôpital ou à l'hôpital de jour, l'animateur à l'hôpital de jour ou à l'équipe de suivi à domicile ; bien sûr, chacun de ces professionnels peut appartenir à une « équipe » (à une « institution » au sens courant du terme), au titre de laquelle il participe à d'autres regroupements, autour d'autres patients. Mais ce qui fait « institution », aussi bien lorsque cette institution se retrouve logée dans un espace commun que lorsqu'elle est constituée de professionnels appartenant à des « institutions » différentes, est bien l'aptitude à produire une réflexion et une action en commun, à tisser des liens personnalisés, multiples, différents et complémentaires avec le patient dont l'institution en question a la charge.

On peut remarquer que, pendant très longtemps, trop longtemps sans doute, la psychiatrie a pensé les institutions en tant que lieux. Même si elle a besoin de lieux, comme toute la médecine, cette identification de l'institution à un lieu ne l'a pas aidée à saisir l'essence de son action soignante. Avec le mouvement de désinstitutionnalisation, avec le développement de la psychiatrie dans la cité, avec l'approfondissement de ce que la psychanalyse a à apporter à la psychiatrie en termes de compréhension de la psychopathologie et de la relation thérapeutique, nous sommes peut-être désormais en mesure d'approcher différemment la question de l'institution psychiatrique en tant qu'objet de transfert : non pas comme un lieu, mais comme la constitution d'un groupe de professionnels d'horizons divers, partageant pour des périodes variables un même « souci », un même « objet » : les soins à apporter à un patient donné. Définition dont la souplesse peut évidemment heurter notre ancrage aux institutions-lieux, mais qui n'est pas éloignée des rêves fondateurs de nos maîtres, de ceux qui ont fait la psychiatrie hors asile : Hélène Chaigneau (1968) rappelait déjà, il y a presque un demi-siècle, que nous destinons souvent à nos patients « un réseau de soins, assistance, protection, voire

réadaptation, mais pour nécessaire que soit cette armature, on peut en affirmer la vanité au regard de la seule véritable problématique que ce réseau peut à tout moment masquer, et qui est celle de la rencontre». En d'autres termes, l'institution psychiatrique pose aussi la question de la conception d'un soin psychiatrique où les liens compteraient davantage que les lieux.

Conclusion

J'ai voulu montrer que, lorsqu'on parle d'« institution psychiatrique », on parle d'un « organisme », à savoir d'un ensemble vivant plus ou moins cohérent de personnes et de fonctions diverses, complémentaires et parfois opposées, qui n'est pas donné d'emblée, mais qui est issu d'une histoire et d'une construction. En tant que tel, il obéit à certaines caractéristiques qu'il est possible d'analyser, ce qui permet aussi de se rendre compte de ses limites.

Enfin, en tant qu'organisme, il fait l'objet d'un « transfert » de la part des personnes, des patients, qui s'adressent à lui, et ce transfert n'est pas l'addition des liens transférentiels que le patient noue avec les différents professionnels qu'il rencontre au sein de l'institution. Quelles sont les caractéristiques générales de ce « transfert institutionnel » ? Peut-on en isoler certains grands types ? Et comment l'institution, dans son « contre-transfert », peut-elle comprendre ce transfert et le faire évoluer dans un sens favorisant le changement psychique ? Voilà des questions qui dépassent les limites du présent texte.

Vassilis Kapsambelis
kapsambelis@wanadoo.fr

Références

- Angelergues, R. (1989). *La psychiatrie devant la qualité de l'homme*. Paris : Presses universitaires de France.
- Angelergues, R. (1993). *L'homme psychique*. Paris : Calmann-Lévy.
- Chaigneau, H. (1968). Prise en charge institutionnelle des sujets réputés schizophrènes. *Confrontations p-sychiatriques 2* : 157-172, 1968. Reproduit dans H. Chaigneau, *Soigner la folie* (p. 23-42). Paris : Campagne Première, 2011.
- Colombier, J. et Doublet, F. (1785). *Instruction sur la manière de gouverner les insensés, elle et de travailler à leur guérison dans les asyles qui leur sont destinés*. http://du.laurens.free.fr/auteurs/Colomb_Doublet-Gouvern_insens.htm.
- Daumézon, G., Tosquelles, F., et Paumelle, P. (1955). Organisation thérapeutique de l'hôpital psychiatrique. Le fonctionnement thérapeutique. *Encyclopédie médico-chirurgicale. Psychiatrie*, 37930-A20.
- Freud, S. (1914). Pour introduire le narcissisme. *Œuvres complètes de Freud. Psychanalyse*, XII : 213-245. Paris : Presses universitaires de France, 2005.

- Green, A. (1983). *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris: Éditions de Minuit.
- Hochmann, J. (1982). L'institution mentale: du rôle de la théorie dans les soins psychiatriques désinstitutionnalisés. *Information psychiatrique*, 58 (8), 985-991. Repris dans J. Hochmann, *La consolation* (p. 255-267). Paris: éditions Odile Jacob, 1994.
- Kapsambelis, V. (2010a). Les institutions psychiatriques: une approche à partir de la théorie de la libido. Dans Y. François et B. Touati, *Psychanalystes en pédopsychiatrie* (p. 63-86). Paris: Éditions In Press.
- Kapsambelis, V. (2010b). Cinquante ans après: la crise du secteur. Dans C. Chiland, C. Bonnet, et A. Braconnier (dir.), *Le souci de l'humain: un défi pour la psychiatrie* (p. 425-446). Toulouse: ERES, 2010.
- Kœchlin, P. (1965). Création d'un collectif de soins et perspectives psychothérapeutiques. *Évolution psychiatrique*, 30 (3), 413-444.
- Lantéri-Laura, G. (1983). La sémiologie psychiatrique aujourd'hui. *Évolution psychiatrique* 48, (2).
- Pasche, F. (1988). *Le sens de la psychanalyse*. Paris: Presses universitaires de France.