

La psychothérapie institutionnelle, terreau d'intelligence collective

Marion Robin ^{1,2}
 Leslie Cassini ^{1,3}
 Xavier Cornac ^{1,3}
 Michel Pinardon ^{1,3}
 Corinne Polge ^{1,4}
 Simon Pommeret ^{1,3}
 Maurice Corcos ⁵

¹ Unité de crise,
 Institut Mutualiste Montsouris

² Pédopsychiatre

³ Infirmier.ère

⁴ Cadre de santé

⁵ Psychiatre, chef de service,
 Institut Mutualiste Montsouris

Résumé La psychothérapie institutionnelle est moribonde, appauvrie entre autres par la financiarisation des soins et l'ultrahygiénisme. Parallèlement à cette dynamique préoccupante de rapports de pouvoir laissant le soin relationnel pour compte, le contexte social laisse apparaître un mouvement de transition citoyenne qui contient dans ses principes comme dans son organisation la notion centrale d'intelligence collective. Cette forme d'organisation des groupes repose sur des bases anciennes, réactualisées depuis les années 90. L'article développe l'idée que cette forme d'intelligence sociale fait appel à des concepts très proches de ceux qui ont défini la psychothérapie institutionnelle. La clinique de l'adolescent en crise sera dans le texte le support pour mettre en lumière cette analogie selon trois axes : les liens entre les membres du groupe, l'horizontalisation des rapports de pouvoir et enfin la notion de processus émergent.

Mots clés : psychothérapie institutionnelle, soin relationnel, psychiatrie, adolescent, crise, cas clinique, intelligence collective

Abstract. Institutional psychotherapy, a breeding ground for collective intelligence Institutional psychotherapy is moribund, impoverished by the financialization of care and the excess of hygiene. In parallel with this worrying verticalization of power relations that neglects relational care, the social context reveals a dynamic of citizen transition that holds the notion of collective intelligence at the core of its principles and organization. This article develops the idea that this form of group organization relies on ancient concepts, revived in the 1990s, that are intrinsically linked to those that first defined institutional psychotherapy. The clinic for the treatment of adolescents is here the basis on which we develop this analogy between institutional psychotherapy and citizen transition according to three axes: the bonds between members of the group, the horizontalization of power relations, and the notion of emergent process. To that end, institutional psychotherapy is identified as an example of social resiliency during the Second World War, but also a pioneer space of the current social transformations. Therefore, a clinical necessity is identified in institutional psychotherapy, which is highly topical.

Key words: institutional psychotherapy, relational care, psychiatry, adolescent, crisis, clinical case, collective intelligence

Resumen. La psicoterapia institucional, terreno abonado de la inteligencia colectiva La psicoterapia institucional está muriéndose, entre otras cosas por la financiarización y el ultra-higienismo. En paralelo con esta dinámica preocupante de relaciones de poder al abandonar el cuidado relacional, el contexto social deja que aparezca un movimiento de transición ciudadano que integra en sus principios lo mismo que en su organización la noción central de inteligencia colectiva. Esta forma de organización de los grupos descansa en unas bases antiguas, reactualizadas desde los años 90. El artículo desarrolla la idea que esta forma de inteligencia social se vale de conceptos muy cercanos a aquellos que han definido la psicoterapia institucional. La clínica del adolescente en crisis será en el texto el soporte para poner el énfasis en esta analogía según tres ejes: los vínculos entre los miembros del grupo, la horizontalización de las relaciones de poder y por fin la noción de proceso emergente.

Palabras claves: psicoterapia institucional, cuidado relacional, psiquiatría, adolescente, crisis, caso clínico, inteligencia colectiva

Introduction

La psychothérapie institutionnelle a trouvé son origine au cours de la Seconde Guerre mondiale, et

son application initiale dans le champ de la psychose chronique de l'adulte. Son histoire s'inscrit dans un renouvellement du soin psychiatrique inauguré par Balvet et Tosquelles en 1942 au congrès de Montpellier. Ceux-ci y conceptualisent les processus par lesquels les établissements psychiatriques peuvent améliorer la santé psychique et physique de leurs patients par l'application d'une vie collective active et organisée, où

Correspondance : M. Robin
 <marion.robin@imm.fr>

chacun trouve sa place. Le fait de structurer de façon réfléchie l'environnement qui accueille le patient désin-séré du fait de ses troubles psychiques, a constitué un nouvel acte thérapeutique, psychothérapique, qui tranchait dans le champ de la psychiatrie asilaire. Il s'agissait désormais de traiter collectivement les symptômes d'un être isolé par ses troubles, plus que de contenir sa « folie » pour protéger le reste de la société. Le terme de collectif désignait un ensemble formé par des patients et des soignants qui agissaient pour créer la possibilité du vivre-ensemble quotidien, dans le sens du bien commun... et pour qu'advienne un sens commun.

Aujourd'hui, largement en péril, la psychothérapie institutionnelle souffre de son inscription dans un certain nombre d'incompatibilités théoriques et pratiques. Des institutions ferment, d'autres se transforment dans une souffrance collective certaine, dans un décalage croissant avec un monde régi par la financiarisation de l'économie, et le développement d'une nouvelle forme de management dans les institutions hospitalières. Les valeurs de rendement, de primat hygiéniste, de risque zéro et de traçabilité sont venues s'opposer radicalement avec la temporalité psychique qu'impose la psychose chronique, qui elle, rejoint la temporalité plus lente mais dans certains cas plus prometteuse du faire-ensemble. Les activités du quotidien des institutions, soin du logement, cuisine, linge, ont été externalisés pour répondre à ces nouvelles normes, en ramenant les patients à une passivité proche des périodes précédentes. Beaucoup de patients sont également sortis de l'hôpital au risque de la précarisation, mais échappant aussi à celui de chronicisation, voire d'hospitalisme, reproché au mouvement institutionnel, notamment par Basaglia.

Cette évolution des soins hospitaliers vers l'opératoire est à la fois cause et conséquence d'une crise plus globale, systémique (économique, environnementale, énergétique, démographique, sanitaire). C'est la substance du temps humain et du faire-ensemble qui en ont été retirés à tous les niveaux. Et face à ce mouvement plus général, un mouvement de transition citoyenne s'organise de façon incrémentielle. Celui-ci se définit par un changement de positionnement subjectif des individus, qui quittent l'identification plaquée à l'*homo-economicus* pour celle plus affectée de l'*homo-socius*. Les principes de cette nouvelle organisation sociale répondent à la notion d'intelligence collective, dans le sens où ils structurent de façon précise les liens entre les membres du groupe en vue de produire des actions de coopération, et ils cherchent à créer dans ce but les conditions d'apparition de processus émergents.

Cet article vise à établir l'analogie entre les principes fondateurs de l'intelligence collective actuellement en jeu, et ceux, précurseurs, de la psychothérapie institutionnelle. Il défend l'idée selon laquelle ces principes sont, à l'image de ce qu'ils l'ont été en temps de guerre, des sources de résilience collective

particulièrement nécessaires aujourd'hui. Nous en développons ici l'application dans le champ de la psychiatrie de l'adolescent en crise.

Les racines de l'intelligence collective dans l'histoire de la psychothérapie institutionnelle

Lorsque Tosquelles dénonce la situation des malades mentaux, il reprend les propos d'Hermann Simon en identifiant trois maux susceptibles de menacer les patients dans les hôpitaux psychiatriques et contre lesquels doit lutter sans cesse la thérapeutique : l'inaction, l'ambiance défavorable de l'hôpital et le préjugé d'irresponsabilité du malade lui-même [1]. La psychothérapie institutionnelle repose à partir de ce postulat sur une conception du soin permettant d'organiser de nouveaux rapports d'interdépendance entre les membres du groupe, plus horizontaux et l'émergence d'une créativité collective. Le soin organisé à partir de là permettrait ainsi de se défocaliser de la partie malade du patient pour mieux se concentrer sur la partie saine (selon les observations de Jean-Baptiste Pussin au XVIII^e siècle).

Les liens entre les membres du groupe : séparés et reliés

La rencontre avec le malade mental, décrit Pierre Delion, se produit au moment le moins propice à sa reconnaissance en tant qu'autrui, puisqu'il survient à un moment de décompensation décrite par la sémiologie psychiatrique. Les soignants travaillent donc dans le cadre de la psychothérapie institutionnelle à diriger leur attention du symptôme point d'appel vers le sujet encore caché derrière celui-ci [2]. C'est alors et ainsi apprendre à connaître son histoire, ses origines, son parcours, ses relations, ses actes, son inscription subjective dans le monde. L'ambiance accueillante sera déterminante pour approcher ce patient vu en contexte d'exclusion sociale – un lieu et un lien restent possibles – et lui proposer de s'adosser sur le dispositif qui se propose de le soigner. Le traitement commence dès la première rencontre, et dès celle-ci, toute l'histoire du patient et des soignants est à nouveau mobilisée. Ginette Michaud, psychiatre ayant travaillé avec Jean Oury et François Tosquelles, a proposé l'idée que le groupe psychiatrique doit en premier lieu intégrer cette personne non intégrable, et ceci, non en lui présentant un cadre ou un protocole tout fait dans lequel il risque de se perdre, mais au contraire en modifiant les cadres antérieurs, à la mesure de sa personne [3]. Il s'agit donc de laisser au patient la possibilité de constituer son empreinte dans ce dispositif. Les particularités de ce patient sont recherchées, voire traquées, notamment *via* ce que l'on a nommé les pièges à singularité [1, 4] ; ces espaces, ateliers, objets, activités, qui vont permettre au patient de déployer l'endroit de sa personnalité où le moi est connecté à un

plaisir, une réalisation, une profondeur, une expérience qui lui appartient en propre, et le différencie d'un autre patient. Cette recherche de singularité n'est pas ici une idéalisation de l'individu séparé d'autrui, mais au contraire une tentative d'individuation qui permet de faciliter ensuite la nécessaire appartenance au collectif, sous la forme de rapports complémentaires, là où la pathologie avait attaqué ces liens. Ces échanges se réalisent *via* la création d'activités diversifiées fournissant aux patients les occasions de ces rencontres [5]. Devenir, être et rester séparé et relié.

Horizontalisation des relations

En 1935, à l'institut Pere Mata à Barcelone, François Tosquelles soigne une patiente dont il publiera l'observation. Au cours du processus analytique sur le divan, cette malade tout à coup ne dit plus rien. Tosquelles demande alors l'aide de ses collègues, et l'un d'entre eux, Werner Wolf, révèle ce que les infirmiers savaient, à savoir que cette patiente avait choisi de ne plus parler qu'à une autre patiente du service, qui elle était sourde et aveugle. Wolf aurait dit alors : « *Es ist eine gestalt* », c'est-à-dire un ensemble d'éléments, d'espaces articulés, qui prennent *forme* ensemble, et dont on ne peut isoler les parties sans qu'elles ne perdent les propriétés particulières de leur place et de leur fonction¹. Rassembler pour la première fois les fragments projetés d'un sujet psychotique, réunir ce qui peut faire l'objet d'un investissement partiel du sujet en question, voici ce qui va constituer ce que Tosquelles a appelé la constellation transférentielle [6, 7]. C'est le patient qui transfère, qui projette les zones de sa personnalité qui seraient restées à tout jamais dans l'ombre, qui crée sa constellation. Il en constitue les concepts, les affects, les personnes, qui construisent sa hiérarchie propre, sa hiérarchie subjectale ou fonctionnelle.

Cette constellation ne peut être prise en compte et comprise que si elle est associée à une horizontalisation des relations interprofessionnelles, notamment entre médecins orchestrant les prises en charge et les infirmiers, ceux que Jacques Hochmann appelle les *ambassadeurs du quotidien* [8]. Il s'agit aussi d'une horizontalisation des rapports entre patients et soignants, dans laquelle, quel que soit l'âge du patient, celui-ci est entendu comme sujet à part entière, capable d'énoncer sa vérité. L'espace de créativité et d'organisation des soins laissé à chaque soignant est également proposé aux patients, notamment *via* la création de possibilités d'autogestion comme le sont les clubs thérapeutiques. La création de cette horizontalisation est ainsi un point de départ de la co-construction du soin. Dans cette

co-construction, l'institution est le chaînon manquant entre le sujet et les autres [9]. C'est une sorte d'objet transitionnel, ou de *médium malléable* [10] qui met en relation avec un objet doté de capacités d'adaptation « suffisamment bonnes », mais aussi de possible pérennisation sans destruction, jusqu'à ce que des représentations internes permettent de se passer de lui. Cette évolution progressive se fait grâce au levier du transfert depuis là où ça était (*Wo es war*), vers là où du moi doit advenir (*Soll ich werden*).

Processus émergents

Pour que le moi du sujet émerge de ses symptômes, au travers ou malgré eux, il doit au préalable se rassembler, se réassocier et se réorganiser. Clivages, projections et morcellement sont les maux qui avaient eu raison de sa cohérence et de sa continuité, et contre lesquels les soignants luttent. Pour ce faire, ceux-ci rassemblent en synthèse les éléments de la constellation transférentielle pour lui donner forme et pour en construire le sens. La clinique institutionnelle montre que ce rassemblement n'est pas simplement et seulement la volonté d'une mise en coexistence d'éléments séparés. Un élément fondamental de la clinique institutionnelle est le constat que le groupe produit plus que la somme des individus, et que c'est justement ce qu'il produit en plus qui oriente l'élaboration du soin. La synthèse, réunion hebdomadaire pluriprofessionnelle, qui en est la scène principale, remplit trois fonctions essentielles. C'est d'abord l'échange d'informations sur le patient, au-delà de ses symptômes et des faits du soin quotidien, l'échange aussi de détails dont on ne sait pas encore quelle sera leur signification clinique. Ensuite, l'expression d'émotions de chaque soignant qui en ressent le besoin est rendue possible et permet d'approfondir les émotions que le patient provoque et projette. Enfin, la troisième fonction est celle de l'élaboration collective du projet de soins. C'est à partir de l'identification de la nature des échanges, des émotions et des conflits psychiques qui s'y déploient, à l'image de ceux du patient, que le projet de soins va se dessiner. L'inconscient collectif joue sa part, et le partage de représentations permet l'apparition de nouvelles idées et/ou le retour du refoulé de processus psychiques individuels et collectifs. Ces processus émergent de façon imprévisible, même si le dispositif joue sur leur probabilité d'apparition. Ils confirment que les représentations que produit le groupe sont supérieures à la somme des parties (*figure 1*).

La psychothérapie institutionnelle dans le soin actuel de l'adolescent hospitalisé

Le jour de sa sortie, Laure, 15 ans, dit à une infirmière : « j'ai été ravie de vous rencontrer ». Qui l'aurait imaginé

¹ La *Gestaltung* décrit effectivement le processus de formation de structures significatives et la *Gestalt* le résultat de cette mise en forme. C'est Hans Prinzhorn (Heidelberg, 1922) qui en élabore la théorie artistique et psychiatrique. *Expressions de la folie. Dessins, peintures, sculptures d'asile*. Paris : Gallimard, 1984.



Figure 1. *Les mots*, sculpture réalisée par les patients et soignants à l'Institut Mutualiste Montsouris.

quelques jours avant, elle qui, après des semaines d'hospitalisation continuait à introduire dans l'unité des lames de rasoir à ses retours de permission, et à nous dire que tout allait bien juste avant de se scarifier dans sa chambre ?

Notre terrain clinique est ici celui de la psychiatrie de l'adolescent en service de crise : dépressions et crises borderline à l'adolescence, troubles alimentaires, bouffées délirantes, schizophrénies, décompensations de psychoses de l'enfance en sont par exemple des manifestations cliniques. S'il peut paraître atypique de penser une déclinaison de la psychothérapie institutionnelle dans le champ de la crise à l'adolescence, nous pensons que ses principes ont par nécessité à être

défendus aujourd'hui, y compris dans ces registres institutionnels et cliniques.

Arthur, séparé et relié

Arthur, 17 ans, est admis à l'unité de crise, adressé par le service de réanimation d'un hôpital suite à une tentative de suicide médicamenteuse grave au cours de laquelle il a ingéré une dose massive de paracétamol lors d'un état second lié à l'angoisse. Il ne se rappelle pas de son geste, et se l'attribue à peine. Arthur est calme et posé en présence de ses parents, est demandeur de soins et de cette hospitalisation. Il semble par ailleurs en proie à une solitude importante au sein de sa famille et à une pression scolaire extrême. Vers la fin de l'entretien d'admission, au moment d'évoquer le cadre de soins, Arthur se met à respirer bruyamment et rapidement, il change de couleur, devient livide. Son anticipation de la séparation liée à l'hospitalisation paraît envahie par des angoisses de nature phobique. Les parents sont rapidement très inquiets. L'entrée dans l'unité nécessite des renforts de soignants pour accompagner ce jeune homme imposant. Il refuse, marche en arrière. Nous l'entourons au niveau des épaules et lui serons les mains. Il s'indigne. « Vous n'allez quand même pas m'hospitaliser contre mon gré ! J'ai des droits. » Pendant ce temps, une infirmière emmène les parents dans un bureau pour les apaiser, et recueille au passage les confidences de la mère, qui portent entre autres sur ses propres tentatives de suicide à l'adolescence. Arthur reste d'abord très tendu dans la chambre où nous le conduisons. Il refuse l'idée de prendre un traitement. Nous ne lui laissons pas le choix et lui montrons notre détermination et notre confiance, face auxquelles il se résout. Une fois le traitement pris, et avant que celui-ci n'agisse effectivement, le dialogue s'instaure entre les soignants présents dans sa chambre. Ceux-ci lui parlent de lui mais aussi d'autre chose, en attendant qu'il s'apaise. Les thèmes sont d'abord graves puis se font de plus en plus légers, tournent à la glose et à l'humour. Au bout d'un certain temps, Arthur y participe de loin, et nous apprenons des choses sur lui, ses habitudes, ses goûts. Le lendemain en entretien, Arthur est au travail. Il démarre l'échange par le constat qu'il est là, qu'il n'a pas le choix et qu'il veut avancer pour sortir dès que ce sera possible. Il sera hospitalisé cinq semaines, participera activement aux ateliers et à la vie du groupe, apprenant à ses temps perdus quelques notions de guitare avec un infirmier, car cette guitare est à disposition, aux côtés du piano – objets jamais attaqués ou dégradés dans le service, et ayant contribué depuis leur mise en place à une diminution de la violence. Arthur nous offrira à sa sortie, aux soignants et aux patients, des confitures réalisées par lui et une grande boîte de chocolats.

Au cours de cet échange physique, l'adolescent vérifie d'ores et déjà nos intentions. Là où nous pourrions choisir d'être en face à face, nous l'enlaçons plus

tranquillement par le côté, là où nous pourrions être supposés en tirer plaisir, nous explicitons que nous faisons cette action par nécessité et que nous supportons les conjonctures de cette action grâce à la confiance que nous avons dans l'issue du soin. À chaque instant de la démarche, il n'y a qu'une préoccupation : comment répondre aux besoins, exprimés ou non, de ce sujet ? Comment réintroduire à chaque endroit de la relation une place pour ce jeune de 13 ou 18 ans en tant que sujet, c'est-à-dire en tant que personne à qui l'on peut rapporter des perceptions, des sentiments, des désirs, des pensées, des actes et à qui l'on peut attribuer des droits et des devoirs ? Dans les situations suicidaires les plus graves, le seul but est que le patient reprenne le contrôle de ses actes, issu d'une reconnexion à soi et à autrui, d'une identification sécurisée à sa condition d'être à la fois séparé d'autrui et pourtant relié à lui.

Léa, Manon et les agents de service hospitalier

Léa, 16 ans, est admise dans l'unité suite à des agressions physiques sur sa mère. Cette patiente, que nous connaissions déjà, est pointée depuis des années comme le bouc émissaire de la famille. L'entretien d'admission est marqué par la violence verbale du rejet parental et l'hospitalisation prend la forme d'une mesure de rétorsion. Quelques heures après l'admission, Léa arrive à fuguer mais est rattrapée par les soignants. Elle est agitée, violente, fermée à tout contact. Quatre ou cinq soignants sont autour d'elle dans la chambre en attendant que la situation s'apaise. Léa est assise sur son lit. Soudain, elle lève la tête vers une femme agent de service hospitalier (ASH) qui passe dans le couloir. « Nora, comment ça va ? ». Son visage s'illumine, elle sourit, les soins s'engagent à partir de là. Une ouverture est possible.

Quelques années plus tard, et après quelques réorganisations hospitalières, une autre ASH a été désignée comme destinataire des messages de Manon, une patiente souffrant d'un état maniaque. Manon avait décidé, à l'instar de la patiente de Tosquelles, de ne plus communiquer qu'en langue des signes, et qu'avec cette ASH qui est sourde et muette. Manon appelait cette ASH « Shéhérazade ». Entre-temps, le travail des ASH avait été sous-traité à des entreprises externalisées. Nous avons mis plus de dix jours à connaître le nom de cette personne, sans rien pouvoir en élaborer avec Manon pendant tout ce temps.

Léa et Manon ont *choisi* une ASH comme support privilégié du transfert. Les infirmiers, médecins, art-thérapeutes, ou personnes acheminant les chariots de nourriture le sont tout autant. Les synthèses ont pour but de réattribuer au collectif ce qui est projeté sur une personne ou plusieurs, et c'est la confiance dans l'équipe qui permet de faire de cet élément de projection – révélateur de conflit ou de passion aliénante – une source d'élaboration et non une simple remise en question du

collègue lui-même. Les relations transférentielles ont toutes de l'importance, quelles que soient les hiérarchies sur lesquelles elles se déposent, et les décisions concernant la prise en charge médicale se doivent d'être à l'image de tous ces éléments.

Le puzzle d'Alice

Alice, une patiente de 15 ans nous laisse perplexe après 3 semaines de soins hospitaliers. Nous n'arrivons toujours pas à nous représenter les raisons qui ont participé à son geste suicidaire. Son état de perplexité à elle, présent depuis le début, est stable. Pourtant, elle a raconté en entretien individuel ses problématiques identitaires et de choix d'objet, le fait aussi qu'elle aurait voulu rester enfant ; sa mère a raconté au groupe-parent le traumatisme qu'avait représenté pour elle la poussée pubertaire, lorsqu'elle-même était jeune adolescente ; les deux parents ont raconté l'emprise majeure qu'ils avaient chacun vécue, de la part d'un père autoritaire pour monsieur, d'une sœur castratrice pour madame. Nous observions en entretien la façon dont les parents d'Alice terminaient toujours ses phrases à elle. Mais c'est lors d'une synthèse que le puzzle a pris une certaine tournure lorsqu'une infirmière, présente à certains ateliers, décrit qu'Alice « produit des choses, puis s'interrompt, comme si c'était trop ». L'idée vient alors qu'Alice se coupe de quelque chose qui vient d'elle, ce qui nous fait penser au bandage qui enserre sa poitrine qu'elle ne supporte pas. Ce qui nous fait aussi penser à la façon qu'ont ses parents de lui couper la parole avant qu'elle ne formule ses idées par elle-même, de l'interrompre, ce qui la désorganise et a généré en entretien familial une forte colère lui permettant d'exprimer une grande souffrance à l'idée qu'on ne reconnaissait pas son identité, que les choses ne venaient jamais d'elle. Cela fait alors sens pour la famille et le fil des soins, grâce au fil de soi d'Alice, est en marche. Un récit se constitue, et ainsi nous pouvons travailler spécifiquement à la subjectivation et au fonctionnement de la continuité psychique d'Alice, avec de moins en moins de perplexité.

La psychothérapie institutionnelle entre financiarisation des soins et transition citoyenne

La crise d'adolescence et la crise systémique que traverse notre société (et plus globalement notre économie, notre civilisation, notre planète) ont bien des points communs, à commencer par la rupture d'équilibre sur une période courte avec mise en tension rapide de forces contraires. C'est dans les deux cas à l'occasion d'une confrontation avec ce que représente le deuil (deuil des imagos parentales archaïques pour l'adolescent, deuil d'un modèle social arrivé à bout de souffle pour tout un chacun), que les économies psychiques individuelles

et collectives ont à composer avec le passage d'un mode de vie basé sur l'instantanéité à un autre, nouveau et inconnu, basé sur la capacité à durer. L'issue est alors fonction des ressources et des capacités d'adaptation au changement.

De notre côté, nous identifions au sein du phénomène de transition citoyenne de puissantes sources collectives d'adaptation à la situation actuelle, potentiellement très utiles dans le sens des besoins et de la santé de nos patients, mais aussi dans le sens du maximum de cohérence entre nos actions professionnelles et les valeurs collectives qu'elles sous-tendent. À l'image de Pussin vis-à-vis de la *partie saine* du patient, nous souhaitons porter notre attention soignante et citoyenne vers des représentations partagées de ces rapides changements pour identifier comment peuvent opérer ces processus de résilience (au sens anglo-saxon, c'est-à-dire collectif du terme *resiliency*).

De nouvelles formes de lien social

À l'heure où les problématiques de dépendances en tous genres (addictions diverses, personnalités borderline et dépendantes, troubles du comportement alimentaire) jouent un rôle central sur la scène sociale, tout autant que le déni de la force de notre interdépendance physiologique, ces multiples mouvements individuels et collectifs mondiaux, indépendants des institutions, sont en train de réinventer les façons de consommer, de produire, d'habiter, de se nourrir, d'éduquer les enfants. Chacun y agit à son niveau mais dans une cohérence globale importante liée aux valeurs communes sous-jacentes, qui visent toutes la mise en place de conditions de vie durables pour les générations futures. Elles impliquent l'importance d'un rapport à autrui qui privilégie pour la survie la coopération à la compétition [11], la sobriété à l'hubris et enfin l'être à l'avoir.

Ces initiatives citoyennes, venant d'adultes surtout mais aussi de jeunes (la Conférence of Youth organisée par les 15-25 ans en 2015 en parallèle de la COP 21 [12]), ont aussi comme point commun d'être en train d'opérer un basculement de la dialectique contrainte/désir. À partir d'une contrainte que représente la réalité de ressources planétaires arrivées à leurs limites, certains individus ont saisi l'occasion de montrer qu'ils supportent la notion même de contrainte sans se noyer dans le sentiment d'impuissance général, et sans compenser par des attitudes de déni toutes puissantes. C'est le tiers groupal qui vient opérer la transformation de cette contrainte *via* la création d'un plaisir d'actions partagées et même dans certains cas par le jeu du défi collectif.

Nous percevons dans cette dynamique des possibilités de développement et de convergence importants des intérêts de nos patients et des citoyens. D'une part, les actions collectives partagées par les citoyens de

différents pays sont à la fois l'occasion de se connecter à une condition biologique commune, en tant qu'habitants de la même planète, statut nous rapprochant plus de notre humanité que de nos communautés, religions ou pays. C'est l'occasion de connaître mieux le monde vivant dans sa richesse, sa diversité et sa complexité. La prise de conscience de la force du vivant est aussi, selon nous, l'occasion de réinscrire nos plus profondes angoisses de mort dans leur fonction première, physiologique, à savoir déclencher des actes qui visent à garantir la survie de l'espèce ; des actes qui ne sont pas des passages à l'acte mais des passages à l'action.

Cet espace sociétal présente de nouvelles occasions de rencontres et d'échanges, de compétences, d'idées ; rencontres au sein desquelles la complémentarité et l'altérité sont activement recherchées et non refusées ou juste tolérées. C'est donc ce lien interpersonnel qui avait été le plus malmené jusque-là qui devient *ipso facto* l'ingrédient principal d'une modification de l'économie psychique des individus, à partir du moment où il s'organise dans une conception qui inclut simultanément ses deux pôles que sont l'individuation et l'appartenance.

Un renouveau du tissu local

La circularité et l'interdépendance reprennent dans ce mouvement de transition une place laissée à l'abandon depuis un temps, et semblent être l'occasion d'un renouveau du tissu associatif local, si cher à nos institutions, notamment dans les liens entre ville et hôpital, entre familles et soignants, entre ville et campagne. Le tissu associatif, le réseau local, les associations de quartier, ces contenants de proximité sont l'espace de support social de l'individu, la source de son sentiment indéfectible d'appartenance. Ces organisations, qu'elles se penchent sur la précarité, les festivités ou le développement durable, qu'elles soient générationnelles ou transgénérationnelles, renforcent la singularité du lien. C'est un contenant en soi, qui, selon nous, joue également pour dépsychiatriser, démedicaliser l'existence, c'est-à-dire pour diminuer le recours aux hospitalisations également [13]. Au cours d'une réunion soignants-soignés dans le service de crise, les adolescents ont questionné la gestion des déchets dans l'hôpital. La nature de l'échange leur a rapidement permis de percevoir que leurs préoccupations étaient partagées. À la réunion suivante, les soignants ont invité les personnes responsables de la gestion des déchets dans l'hôpital. Des idées ont émergé : ne plus utiliser de gobelets plastiques pour les médicaments ou l'eau, ni de nappes en papier à table. Les adolescents ont pensé à réaliser un atelier sur le sujet. Une association engagée dans la réduction des déchets est donc intervenue quelques semaines après. L'atelier ludique a beaucoup plu, et Camille, prise dans ses idées suicidaires « je ne

sers à rien, ni à personne », en a particulièrement profité. Elle a même été l'une des plus actives, et a développé l'idée d'installer un compost dans l'hôpital (que d'autres mettront en place après sa sortie, mais elle a participé à l'idée). Ces liens entre les soins et l'associatif dans le cadre de cette transition ont permis de donner à son sentiment d'inutilité, non pas une solution, mais un support concret de travail. Après avoir réalisé ces expériences, elle a pu faire la part entre son sentiment d'utilité pour le collectif, et son sentiment de ne pas avoir d'empreinte en l'autre, en ses parents, en sa fratrie. C'est alors que les ingrédients d'un attachement évitant et d'une négligence affective qui avait laissé Camille dans une solitude et une détresse importante, ont pu être conscientisés et travaillés.

L'articulation du singulier et du collectif se fait ici dans un équilibre qui donne à l'individu et au groupe une importance égale. Ce n'est plus la primauté de l'un sur l'autre qui est en question mais l'intelligence de l'articulation entre les deux espaces. L'individu y redevient acteur responsable d'un environnement à son échelle, sur lequel il a un sentiment de prise qui avait disparu dans la masse et l'anonymat. Les associations citoyennes ne s'organisent plus *via* un trio classique (président, secrétaire, trésorier) mais par de nouvelles formes d'administration qui s'éloignent d'une autorité émanant d'un individu ou d'une poignée, pour organiser dorénavant une prise de décision collective basée sur la collégialité (comme l'illustre le développement de nombreuses plateformes collaboratives).

Intelligence collective et psychothérapie institutionnelle

C'est dans ce contexte de transition citoyenne qu'émerge la notion d'intelligence collective. Il s'agit d'une théorie de l'auto-organisation des groupes, dont le développement dans sa forme actuelle remonte aux années 90, et qui désigne les capacités d'une communauté résultant des interactions multiples entre ses membres en situation de coopération. Parmi ses éléments essentiels, on trouve le principe de la confiance dans la construction collective, l'horizontalisation des rapports entre les membres du groupe, la responsabilisation de chacun et la complémentarité. De plus, cette auto-organisation qui repose sur les lois de la physique dissipative a pour but (dans sa forme la plus évoluée, dite intelligence collective *globale*) de produire l'émergence d'une conscience collective, à laquelle les membres isolés n'avaient pas accès. Ainsi, les capacités du groupe sont là encore supérieures à celles résultant de la somme des capacités des sujets le composant.

Ces éléments identitaires de l'intelligence collective sont autant de caractéristiques qui nous donnent un étrange sentiment de familiarité. Bien que la connaissance humaine de formes d'intelligences groupales ne

soit pas récente et ait existé sous de nombreuses formes², la psychothérapie institutionnelle en représente une forme d'aboutissement au service du soin des malades psychiatriques et donc de la société dont ils sont, comme toujours, un baromètre. Ces éléments nous font interroger le statut précurseur de la psychothérapie institutionnelle vis-à-vis des configurations d'intelligence collective qui se développent au sein des nouvelles formes de citoyenneté, qui nous paraissent porteuses de projets en faveur de la santé de nos patients. Agir en tant que soignant dans ces directions n'est pas tant un choix d'abord politique, délibéré et décalé vis-à-vis du contenant social actuel. Ces directions témoignent d'autant de recherches de solutions pour regagner du terrain face aux mouvements mortifères, au premier rang desquels se trouvent l'attaque du lien, le morcellement et la passivation qui traversent nos patients, pour au contraire réintégrer le vivant. Ce sont des choix pragmatiques *a posteriori*, finalistes et non éthiques *a priori*, mais qui se révèlent toutefois en totale cohérence avec notre éthique de soins.

Conclusion

En conclusion, les valeurs et les modes d'organisation qui ont été élaborés par la psychothérapie institutionnelle sont superposables au processus d'intelligence collective, et en sont donc selon nous une déclinaison aboutie. Aujourd'hui, ils restent donc plus que jamais nécessaires dans le soin, y compris celui de l'adolescent, d'autant plus que les valeurs soignantes se placent à contre-courant de celles qui sont encore socialement dominantes. Le constat maintenant collectivement partagé d'une crise systémique, d'une impasse sociale et d'une nécessité de réorganisation urgente du système, place selon nous les principes de la psychothérapie institutionnelle et de l'intelligence collective comme bases de la résilience collective. Elles sont donc, à ce titre, sources d'inspiration théorique et pratique à nouveau mobilisatrices. Et nous pensons que la clinique de l'adolescent est un lieu possible de défense de ce qu'il reste de la psychothérapie institutionnelle, y compris en contexte de crise et d'hospitalisations brèves. Combattre l'inaction est facile à défendre chez ces patients, car les adolescents font peur aux adultes s'ils entrent dans une dynamique de destruction. La lutte contre la mauvaise ambiance dans les services est incontournable, sinon

² « Il est possible que la majorité, dont chaque membre n'est pas vertueux, réunie toute ensemble soit meilleure que l'élite, non pas séparément mais collectivement [...]. Étant donné qu'ils sont nombreux, chacun détient une part de vertu et de sagesse et, de cette réunion, la masse devient comme un seul homme [...] pourvu de plusieurs sensations, et il en va de même pour son caractère et son intelligence » (Aristote, 384-322 avant JC. *La politique*. Livre III, chapitre 2).

cette mauvaise ambiance est immédiatement agie par de la violence ou des transgressions. Enfin la lutte contre leur irresponsabilité est un accompagnement du courant naturel d'autonomisation de l'adolescent, que nous pouvons défendre tant dans le champ du soin que dans le champ de la prévention au sein de l'espace social, en misant notamment sur la responsabilisation des adolescents-citoyens dans le cadre de cette transition.

Liens d'intérêts les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts en rapport avec cet article.

Références

1. Delion P. Thérapeutiques institutionnelles. *EMC-Psychiatrie* 2001 ; 37-930-G-10.
2. Delion P, Coupechoux P. *Mon combat pour une psychiatrie humaine*. Paris : Albin Michel, 2016.

3. Michaud G. *La Borde, un pari nécessaire*. Paris : Gauthier-Villars, 1977. Coll. « Interférences ».
4. Oury J. *Le collectif : le séminaire de Sainte-Anne*. Nîmes : Champ social éditions, 1999.
5. Ayme J. « Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle ». In : *Actualités de la psychothérapie institutionnelle*. Vigneux : Matrices, 1985.
6. Tosquelles F. *Éducation et psychothérapie institutionnelle*. Paris : Hiatus, 1984.
7. Racamier PC. *Le psychanalyste sans divan*. Paris : Payot, 1993.
8. Hochmann J. Soigner, éduquer, instituer, raconter. Histoire et actualité des traitements institutionnels des enfants psychiquement troublés. *Revue française de psychanalyse* 2006 ; 70 : 1043-63.
9. Delion P. Thérapeutiques institutionnelles. *EMC-Psychiatrie* 2001 ; 37-930-G-10.
10. Roussillon R. *Manuel de la pratique clinique en psychologie et psychopathologie*. Paris : Elsevier Masson, 2016.
11. Servigne P, Chappelle G. *L'entraide, l'autre loi de la jungle*. Uzès : Les liens qui libèrent, 2018.
12. Robin M. L'effet Greta. *Esprit* 2019 ; 438 : 19-22.
13. Robin M. *Ado désemparé cherche société vivante*. Paris : Odile Jacob, 2017.



Isabelle Sauvegrain / Christophe Massin
• Février 2014
• 14,8 x 21 cm / 192 pages
• ISBN : 978-2-7040-1394-4

Tension, stress, risque de *burn-out* ...

Toutes les clés pour vous accompagner au quotidien

La compréhension du stress est abordée ici dans toutes ses dimensions, tant socioprofessionnelles que personnelles.



Ouvrage disponible sur www.jle.com

doin®

