

## **Psychanalyse et institution ?**

Le psychiatre s'occupe de moins en moins de ce qu'on appelle le malade, en général. Il s'en occupe de moins en moins, parce qu'il est tout occupé à sa formation psychanalytique.

Le résultat, c'est que pendant sa période de formation, précisément celle qui est de l'internat, il ne songe absolument pas à ce qu'il en est de sa position de psychiatre : il se considère comme psychanalyste en formation. C'est pour les lendemains qui chantent qu'on attendra le résultat.

C'est ce que dira Lacan en 1967 au cours d'une conférence à Sainte Anne faite dans le cadre du cercle d'études psychiatriques. Plus de trente ans après, quel constat faire ? Où est la place de la psychanalyse, où est la place de la psychiatrie dans l'institution psychiatrique ? On ne peut que déplorer la disparition de la clinique psychiatrique non pas celle qu'indiquait Lacan et qui se faisait au profit d'une clinique analytique, mais celle qui se fait au profit de "connaissances scientifiques" (pharmacologie, génétique, classification mondiale des maladies du comportement, chaque trouble devant être traité par un médicament spécifique).

Je travaille en institution psychiatrique, dans un service de psychiatrie publique destiné aux adultes où comme ailleurs la structure hospitalière dans son ensemble s'est modifiée, ceci aux dépens de la psychiatrie clinique classique et encore plus aux dépens de la clinique psychanalytique. L'hôpital, Perray-Vaucluse, son administration, se sont peu à peu modifiés dans leur appellation et pas n'importe comment. "L'hôpital psychiatrique" est devenu "centre hospitalier spécialisé" ; on voit déjà là la disparition du psychiatrique. Plus récemment enfin, il est devenu "établissement public de santé". Cette dernière décision a permis de réaménager les locaux pour des polyhandicapés, pour accueillir la maison de retraite de Nanterre, pour accueillir les S.D.F. l'hiver. Cela veut dire qu'il faut faire du médico-social, c'est-à-dire de l'hébergement et du soin de plus en plus généraliste. Puisque ce qui coûte le plus cher ce sont les salaires des soignants psychiatriques, des infirmiers spécialisés, ils seront remplacés par des aides soignants et des médecins généralistes.

Depuis quelques années, il existe une agence régionale de l'hospitalisation de l'Île de France chargée d'organiser les soins en général et pour chaque spécialité en particulier ; un schéma régional d'organisation des soins (SROS) fixe les objectifs, les évalue et les met en chantier. Des priorités régionales ont été données à la psychiatrie pour 1998 et 1999 :

- la psychiatrie infanto-juvénile et les jeunes adultes ;
- l'intégration des urgences psy aux urgences de l'hôpital général ;
- une articulation renforcée entre les structures psychiatriques et les structures médico-sociales (les S.D .F. cités plus haut, les centres anti-sida, le samu social).

Un groupe de médecins psychiatres responsables de l'informatisation médicale de l'établissement (D.I.M.) doit fournir un rapport annuel à l'agence régionale. Voilà pour l'institution en général.

Le chef du personnel est devenu directeur des ressources humaines et pour mieux gérer ces ressources, nous sommes tous devenus des E.T.P., c'est-à-dire des équivalents temps plein sans spécification de personne ni de qualification. Cela signifie, par exemple, que dans le service où je suis affectée il n'y a plus Madame Bagarry psychologue clinicienne, mais un E.T.P. de psychologue qui peut être reconverti en tout autre chose selon la formule consacrée : "selon les besoins du service".

Avec la disparition des noms propres pour les soignants, il va en être de même pour les soignés ; la souffrance subjective n'a plus cours, elle ne peut plus être entendue, ni même énoncée ; les nouveaux psychiatres sont là pour donner le maximum de médicaments avec les risques vitaux que cela peut entraîner, le délire doit disparaître, c'est l'impératif absolu à la source de l'idée nouvelle du "il faut nettoyer la psychose". Le traitement après l'hospitalisation vise à supprimer toute manifestation évoquant la psychose (délires, hallucinations) et quand le patient est plus calme, plus "adapté", il pourra passer à la phase éducative : il faut savoir faire son lit, se laver chaque jour, se raser, etc. La phase éducative implique un renforcement du moi alors que dans la psychose le problème est du côté du moi. "Je suis malade de l'imaginaire" dira un patient.

On voit cette disparition du nom propre avec le fichage des patients ; ils doivent être très vite classés selon les normes D.S.M. ; à

l'hôpital on utilise la C.I.M.-10 (Classification internationale des Maladies pour la recherche et la formation en santé mentale). On notera d'ailleurs à ce propos que l'hystérie a disparu du tableau, elle est remplacée par la classification : épisodes dépressifs (léger, moyen, sévère). On a de nouvelles définitions tels que les TOC, les SOC (troubles obsessionnels compulsifs, syndromes obsessionnels compulsifs). On peut remarquer que dans cette C.I.M.-10, les grandes classifications s'expriment en troubles :

- troubles de l'humeur (maniaco-dépressif) ;
- troubles phobiques ;
- troubles obsessionnels.

Tout ce tableau paraît bien pessimiste, heureusement il y a quand même des patients qui résistent aux médicaments, aux traitements qu'on leur propose et qui demandent à être entendus. L'un d'entre eux ainsi me dira : "je passe mon temps à faire tenir une construction, vous ne pouvez pas savoir à quel point c'est épuisant". Et heureusement, il y a parfois des analystes en institution qui les écoutent ou qui font que l'institution peut produire une "modification du psychique" (selon l'expression de Sol Rabinovitch).

L'hôpital de jour, rattaché au service dont je vous ai parlé et où je travaille, est une institution de ce type. On y soigne des patients en grande majorité psychotiques encore très désorganisés ; l'équipe soignante (psychiatre, psychologue, infirmiers psy) fait le pari qu'avec un travail institutionnel qui prendra beaucoup de temps, ils pourront redonner au sujet une parole ouvrant sur un champ désirant. Ce choix de travail a toujours provoqué, et de façon beaucoup plus vive en ce moment, les désaccords des autres membres du service. Les attaques viennent de toutes parts et plus particulièrement d'une psychologue, psychanalyste à la S.P.P. (Société psychanalytique de Paris) qui exprime avec une rare violence sa haine pour Lacan et ce qu'elle croit être les lacaniens ; haine pour la passe, pour "l'analyste qui ne s'autorise que de lui-même" ; toutes les questions qui me font travailler, la passe, la transmission, le désir de l'analyste, ne peuvent même pas se formuler. Il n'y a pour elle qu'une garantie : l'autorisation d'un analyste reconnu lui-même par l'institution, c'est-à-dire ni plus ni moins une formation universitaire pour les analystes.

On a vu là comment l'institution peut être obstacle à une pratique analytique et, en même temps, c'est peut-être l'institution qui nous oblige à élargir le champ de la pratique analytique. En tout cas on

ne peut pas laisser de côté la question du paiement ni celle du dispositif. Dans le service, la question du paiement est réglée de façon simple : dans le service public, la gratuité doit être garantie. Les patients n'ont même pas à faire l'avance de la totalité ou du tiers payant des consultations ou des séances. Si quelqu'un insiste pour payer, une adresse à l'extérieur lui est donnée et plutôt celle d'un psychiatre conventionné. Rappelons quand même que les psychologues titulaires, du fait de leur statut dans la fonction publique, n'ont pas le droit d'avoir une activité privée. Il faut faire avec cette contrainte qui peut entraîner des difficultés institutionnelles. Ainsi le mari d'une jeune femme que j'avais reçue au C.M.P. puis en privé avait rencontré le médecin responsable pour s'en plaindre. Il n'a pas donné suite mais j'ai été "sermonnée" par ce même médecin.

Dans la pratique, la question du paiement s'est faite insistante pour moi à la suite du décès d'un patient. Pour lui tout s'organisait autour de l'argent. Ses parents, très riches quand il était jeune, avaient fait faillite ensuite ; lui-même avait gagné beaucoup d'argent mais s'était trouvé surendetté pendant des années à la suite de ce qu'il appelait des "fugues". Par moments il fallait qu'il parte, qu'il quitte son travail, sa femme, et il ne rentrait qu'après un temps assez long qui le mettait toujours en dette. Sa dette augmentant, il en était arrivé à ne plus avoir ni domicile ni travail. Quand il était venu au C.M.P., c'était disait-il pour essayer d'y voir un peu plus clair, pour que cessent ses "fugues" complètement imprévisibles. Il allait enfin arriver à liquider son plan de surendettement ; pour la première fois depuis de nombreuses années, il n'aurait plus de dettes.

J'avais évoqué avec lui la possibilité qu'il poursuive le travail entrepris en privé, ce qui aurait permis d'augmenter le nombre de séances. Il aurait réglé les séances, ce qui me paraissait tout à fait important pour qu'il continue à travailler cette question de la dette. "Pas question de payer quoi que ce soit maintenant qu'il allait enfin souffler", telle fut sa réponse. Sa dette réglée, il pensait "être guéri" et à l'abri d'un départ précipité. Il a annulé une séance en passant par le secrétariat, donc sans que j'en sache le motif, il a payé des vacances à sa femme qui est partie en province. Le lendemain, seul chez lui, il tombait dans le coma et il mourait ; il n'aura jamais reparlé. C'était un vrai départ précipité. Aurait-il fallu refuser de le recevoir gratuitement ? Je me pose toujours la question, et j'y réponds souvent par l'affirmative.

Concernant le dispositif, il en est de même ; il y a des contraintes institutionnelles incontournables :

- quant au nombre de séances. (La répartition des bureaux est telle qu'on ne peut pas, par exemple, faire revenir un patient le lendemain, ou le surlendemain, quand le bureau sera occupé par un collègue.)

- quant à l'obligation de recevoir en face à face.

Malgré toutes les contraintes institutionnelles, peut-on dire qu'il n'y a pas de travail analytique avec les patients qui ne sont pas des "patients type" pour des "cures type" ? Ne peut-il y avoir travail analytique en face à face, par exemple ? Ne peut-il y avoir travail analytique sans paiement ? Comment faire avec ces difficultés pour ne pas tomber dans le registre de la psychothérapie ?