

ESPACE IMAGINAIRE ET CHRONICITE INSTITUTIONNELLE

PAR

Michèle HUGUET

Professeur de Psychologie à l'Université d'Amiens

L'image de la chronicité s'associe de façon spontanée à celle d'une réalité asilaire, qu'il s'agisse de l'hospice, de l'hôpital psychiatrique ou de la prison, marquée par l'enfermement, la ségrégation, la concentration, le pouvoir autoritaire. Cette évidence est porteuse d'illusion : elle fige un processus complexe dont le trait principal est justement de s'attester de façon répétitive au travers de masques multiples.

En s'en tenant au domaine de la santé et plus particulièrement à celui de la santé mentale, le terme de chronique, au sens médical, désigne le fait d'un état de longue durée dont l'issue n'est jamais positive. L'histoire des états chroniques en psychiatrie manifeste la complicité entre la conception de la folie et les pratiques institutionnelles et thérapeutiques. C'est ainsi que l'image figée d'une chronicité indépassable renvoie à celle de l'asile, lieu de son enfermement. Elle correspond à une conception de la folie qui, identifiant le délire chronique au déploiement d'un processus intense ayant sa logique propre, rend contingente la référence à l'histoire singulière du malade et davantage encore à ses conditions de vie et à son environnement social.

Saisir que l'observation, la construction de l'objet clinique, dans la description ou le classement des symptômes, dans leur interprétation, la recherche de leur étiologie, sont dépendantes des conditions sociales qui organisent la mise à l'écart du malade mental marque le tournant constitutif d'une psychopathologie moderne au sortir de la 2^e guerre mondiale, ancrée sur la dénonciation de l'asile. L'effet de sensibilisation

lié à l'existence des camps de concentration, aux pratiques de liquidation des malades mentaux sous l'occupation allemande, le contexte politique des années 1945-1950 sont des faits trop connus pour qu'on s'y attarde sauf pour souligner, à travers eux, combien toute appréciation dans le domaine de la santé mentale est dépendante, implicitement ou explicitement d'une conjoncture politique et socio-culturelle.

Ce changement de perspective déplace et même inverse le point d'application de la chronicité. Le malade n'est plus « si chronique » que cela. Il n'est plus le simple dépositaire d'une entité morbide ayant son économie propre mais un être humain porteur d'une histoire. L'entité devient maladie au long cours, susceptible d'une perméabilité à la fois intrapsychique et sociale. L'étiquette diagnostique passe du sujet à l'institution. On interroge le pouvoir chronicisant de l'asile et au-delà sa contradiction structurale d'être, depuis sa fondation, un lieu de répression qui a vocation thérapeutique.

Alors, comme l'affirme R. Roelens¹, « ont commencé les avanies d'un mouvement constamment sujet à l'ensablement ». C'est dire que quarante ans de réflexion, de réformes expérimentées ou projetées des pratiques institutionnelles, malgré la volonté constante de détruire ou de neutraliser la réalité asilaire, n'ont pu venir à bout des effets d'enfermement, d'oppression, d'inertie, de routine qui désignent la maladie asilaire et affectent simultanément les soignants et les soignés. L'indépassable chronicité, la multiplicité de ses formes, épousant celles des nouvelles réponses institutionnelles données à la maladie mentale en témoignent. Les portes se sont ouvertes, mais l'asile demeure comme un poids mort qu'on porte en soi., comme le lieu d'un découragement sur lequel on bute non seulement parce que la folie oblige à faire le deuil de la toute puissance engagée dans l'idée de guérison, mais aussi parce que les défenses qui répondent à cette impuissance deviennent ces forces de mort qui font taire ou canalisent la folie, c'est-à-dire la réprimant. L'histoire des réformes entreprises le manifeste dans son mouvement même, fait de flux et de reflux, marqué de répétition, et où les changements semblent obéir avant tout à une logique du déplacement, comme si le jeu se poursuivait sans fin avec les mêmes cartes qu'on redistribue autrement.

Il faut rappeler que, dans le contexte français, les efforts entrepris depuis 1945 pour contourner et combattre les effets de l'enfermement ne se sont jamais inscrits, contrairement à l'expérience italienne, dans le choix clair d'une disparition de l'hôpital psychiatrique. L'asile, même décrié reste un référent, un pôle agissant dans les tentatives faites pour le combattre. Il participe de ce fait aux formes nouvelles de chronicisation qu'on peut observer. Les mouvements de réforme, ceux liés à la sectorisation, à la psychothérapie institutionnelle, au développement des structures intermédiaires, soucieux, dans la tradition d'Esquirol, de construire des espaces thérapeutiques, manifestent, en même temps qu'ils en sont porteurs,

1. R. Roelens, *Introduction à la psychopathologie*, Larousse, 1969.

la présence de contradictions dont on peut faire l'hypothèse qu'elles sont au cœur du caractère indépassable de la chronicité.

Ordre ou désordre, soin ou répression, écoute ou pouvoir autoritaire, ces antinomies fondent l'ambiguïté d'une vocation thérapeutique de l'institution. La réflexion sur le modèle asilaire a permis de montrer comment les structures des pouvoirs administratif, médical, attestées dans les pratiques qui les concrétisent, étaient porteuses d'effets psychologiques désignés sous le nom de maladie institutionnelle. La plupart des écoles attachées depuis à ce type d'analyse, ont pris appui sur l'exercice privilégié de l'asile pour décrire, tâcher de comprendre et de rompre ce mouvement spontané de mort qui maintient la réalité de l'institution au prix non seulement de relations fixées par les positions de pouvoir mais aussi de pratiques qui, pour le dire schématiquement, enferment soignants et soignés dans le cycle sans fin de la routine et de la répétition.

Mais la confrontation, possible maintenant, entre les espaces d'enfermement et de relégation : l'hôpital psychiatrique, la prison, la maison de cure de long séjour pour vieillards et les espaces ouverts sur l'extérieur, conçus contre la réalité asilaire révèle dans les deux cas la présence du processus de chronicisation. A l'absence de vie, à l'ennui éprouvés et perçus dans les structures fermées vient répondre l'enlèvement progressif dans une routine se développant dans la familiarité du quotidien pour les structures inscrites dans la vie sociale ordinaire. Un tel constat pose question. Que la chronicité puisse advenir sous des formes différentes mais avec l'efficacité redoutable de rendre inopérant ou réduit le projet thérapeutique, aussi bien à l'intérieur des murs qu'à l'extérieur, manifesterait la présence, pour reprendre l'expression de Lourau², d'un mouvement entropique qui serait caractéristique et constitutif de l'institution elle-même.

Mais pour saisir la création d'une telle entropie, il faut aller au-delà des masques divers qu'elle revêt ou plutôt repartir d'eux pour tâcher de déterminer à quelle fonction ils répondent. D'une façon générale on peut considérer que les effets institutionnels se convertissent sur le plan psychologique à ce niveau des relations interpersonnelles qui sur le plan affectif médiatise les réalités sociologiques, économiques, les idéologies et les pratiques qui organisent dans notre société la vie institutionnelle. Une lecture clinique des manifestations psychologiques qui accompagnent les pratiques quotidiennes à l'intérieur de différents lieux institutionnels permet ainsi d'interroger les effets subjectifs attachés à leur dynamique. La chronicité peut être, par ce biais, saisie comme processus, comprise au niveau de son mode de fonctionnement, de sa nécessité psychologique et sociale au regard du maintien ou de l'éclatement de la structure institutionnelle.

Deux exemples seront envisagés émanant de travaux qui interrogent les manifestations psychologiques attachées à une diversité de lieux institu-

2. R. Lourau, *L'analyse institutionnelle*, Paris, Ed. Minuit, 1970.

tionnels clos ou ouverts³. L'un, mené, il y a quelques années avec V. Bataille^{4/5} dans une maison de cure de long séjour pour vieillards, concrétise une des modalités actuelles de la perpétuation de la réalité asilaire. L'autre, appuyé sur les études accomplies par R. Fortin⁶ et O. Delhaye⁷ à partir de l'exemple d'une maison d'accueil pour malades mentaux en majorité psychotiques, fournit un modèle de structure intermédiaire, lieu thérapeutique conçu comme transitionnel, au sens que Winnicott donne à ce terme, destiné à la création d'une aire d'expérience entre la structure d'enfermement asilaire et la réalité sociale ordinaire.

I. — LA MAISON DE CURE OU L'IMPOSSIBLE INSTITUTIONNEL

Dans une maison de cure de long séjour pour vieillards, on peut parvenir à aménager le traumatisme de l'entrée, à accompagner la mort lorsqu'elle survient. Mais « l'entre-deux » instaure une mort dans la vie rompue, au mieux, par la plainte de l'ennui. On constate en effet l'apparition d'une forme d'ennui consciente et verbalisée, notamment chez les vieillards, lorsqu'est tentée une animation destinée à restituer une atmosphère de vie quotidienne à l'intérieur de l'institution. L'ennui est un bon analyseur des mécanismes qui concourent à l'instauration de la chronicité institutionnelle. Affect du temps vide et long, il est en même temps indicible, énigmatique, réclamant pour se nommer et se verbaliser un travail de représentation à l'intérieur duquel se concrétise sa perméabilité socio-culturelle et son caractère médiateur. La variation possible de ses formes dans différents contextes institutionnels est, en ce sens, source d'enseignement. C'est ainsi que l'ennui mimé mais inconscient du vieillard à l'hospice est, en même temps, toujours la marque de son au-delà, tandis que sa forme consciente et verbalisée exprime dans la plainte de la longueur du temps, l'amorce de la reprise d'un désir qu'il faut savoir entendre et interpréter. L'ennui n'est pas absence de désir mais désir ne parvenant pas à se fixer. Et cette impossibilité renvoie aux conditions qui la permettent, en l'occurrence à la réalité institutionnelle. Que signifient la

3. Groupe de recherche « Malaise à vivre et structures sociales de sollicitation », C.E.R.P., Amiens, et Laboratoire de psychologie clinique individuelle et sociale, Paris VII, Dr E. Huguet.

4. V. Bataille, *La vie du vieillard en maison de cure médicale*, Bull. A.F.P.P.S., 1981, 8-9, 15-23.

5. M. Huguet, *Hospice et maison de cure de long séjour comme institution d'ennui*, Psychologie médicale, 1983, 15, 8, 1213-1216.

6. R. Fortin, *De la transition comme thérapie*, Mémoire de maîtrise, 1984, Université d'Amiens, Faculté Philosophie-Sciences Humaines, Département de Psychologie.

7. O. Delhaye, *Vers une insertion des psychotiques*, Mémoire de maîtrise, 1983, Université d'Amiens, Faculté Philosophie-Sciences Humaines, Département de Psychologie.

présence et l'expression de l'ennui chez les soignants et les vieillards dans la maison de cure ? Elles marquent à la fois une tentative de désinvestissement de l'institution et la constitution d'une tentation d'un désir d'ailleurs. L'ennui a statut de symptôme, de réalité significative et masquée, exprimant comme figure de compromis la reconnaissance inconsciente des contradictions indépassables qui ordonnent la vie institutionnelle.

La chronicité se nourrit de la création d'espaces de vide défensif et sidéré qui font échouer ou interdisent toute tentative d'animation capable de restaurer une dimension du quotidien qui échappe au désinvestissement ou au refuge dans l'imaginaire. L'ennui est un des éléments moteurs de tels espaces. Il signe chez soignants et soignés une résistance, un code de défense contre l'institution, l'équivalent d'une révolte manquée qui tente de contourner, sur le plan imaginaire, la contradiction sans pouvoir la dépasser.

Dans l'institution, soignants et soignés recourent à l'ennui pour se protéger des éléments qui font de la réalité quotidienne qui s'y constitue une réalité impossible. Celle-ci identifiée parfois de façon analogique et descriptive au mode de fonctionnement psychologique, procède en fait de la création d'une situation limite, traumatisante qui place les soignants et les soignés au centre d'un conflit par rapport auquel ils vont constamment osciller entre le mythe de Sisyphe et la construction d'espaces de fuite, La maison de cure n'est pas simplement un espace de moindre vie, mais un lieu où le quotidien se pervertit. La familiarité qu'on tente d'instaurer dans l'animation et la restitution d'un quotidien ordinaire devient dérisoire parce qu'elle s'inscrit dans un espace structuré par l'enfermement, la routine hospitalière et l'acharnement thérapeutique. Les éléments indépassables de la situation : l'absence d'autonomie du vieillard, la confrontation à la mort ne sont pas porteurs en eux-mêmes de la chronicité institutionnelle, de même que ce n'est pas la folie qui produit la maladie asilaire. Dans la maison de cure, le vieillard meurt en partie d'une institution dont le pouvoir psychosomatique opère par le biais de l'enlèvement quotidien. A l'ennui qui atteste la lutte impuissante, sans cesse répétée d'une accoutumance impossible, succède la prise de conscience de l'indépassable d'une situation et l'abandon de la lutte. Et cet abandon advient parce que les forces d'inertie, déterminées par la présence de contradictions institutionnelles évitées mais non dépassées, ne permettent pas qu'un travail psychologique puisse s'élaborer pour mobiliser la situation. Ainsi se pérennise un espace d'enfermement et de relégation.

Cette impossibilité d'une mobilisation efficace de la situation asilaire peut surprendre alors que tant d'efforts sont déployés dans le domaine notamment de l'animation. Il faut sans doute ici faire intervenir un effet de télescopage entre la technologie et un certain mode d'utilisation de la psychologie. Il ne concerne pas seulement une structure comme la maison de cure pour vieillards, mais plus généralement les fonctions actuelles de la psychologie et de la technologie dans notre société. On peut rappeler à ce propos l'interprétation que donne du contexte actuel

R. Castel⁸ dans *La gestion des risques*, lorsqu'il insiste sur le développement d'une situation où dit-il : « les frontières entre le psychologique et le social se brouillent parce qu'une sociabilité programmée par des techniques psychologiques et relationnelles jouent le rôle de substitut d'un social en crise ». Il ne s'agit pas de dénoncer ce qu'ont pu apporter et ce qu'apportent encore, notamment les enseignements freudiens, à la compréhension de la fantasmagorie qui soutient la pratique et l'imaginaire professionnel dans l'institution, mais de refuser qu'ils puissent fonctionner comme masques et comme résistances. L'introduction d'une réflexion psychologique de l'équipe soignante sur sa pratique a permis dans des structures fermées de créer un certain nombre d'aménagements qui les rendent plus tolérables. Mais elle comporte le risque d'un enfermement dans le psychologique qui joue à la fois comme évitement du social et du politique et comme rationalisation défensive vis-à-vis de déterminants inconscients dont la méconnaissance sert au maintien de l'inertie institutionnelle. On touche avec ce dernier point toute l'ambiguïté d'une certaine forme de vulgarisation des enseignements analytiques.

II. — LA MAISON D'ACCUEIL : UN LIEU ENTRE ILLUSION ET DESILLUSION

Un lieu comme la maison d'accueil illustre bien la nature des obstacles psychologiques qui concourent au maintien d'une forme de chronicité lorsqu'on est confronté à une situation contradictoire. Son exemple permet, parce que sa structure semble antinomique de la structure asilaire, de démontrer l'efficacité de déterminants imaginaires et idéologiques, révélateurs, sur un mode intériorisé, des éléments qui maintiennent le caractère indépassable de contradictions intéressant l'organisation de la société globale.

La maison d'accueil construit au départ un espace possible de dégagement vis-à-vis de l'hôpital psychiatrique en refusant d'avoir une vocation thérapeutique, en instaurant un mode de fonctionnement capable d'effacer les stigmates de la maladie asilaire et de redonner au malade une identité et le désir de s'inscrire à nouveau dans la vie sociale ordinaire. Les forces qui peu à peu font tomber l'enthousiasme du départ : « avant c'était tout feu, tout flamme » dit une soignante, « avant le centre d'intérêt c'était la maison, maintenant c'est nous », sont celles qui engagent la chronicisation.

Le caractère utopique du projet se convertit dans la réalité comme souffrance d'une absence de repères. L'examen du discours soignant est à cet égard révélateur. A la désillusion éprouvée devant le constat que

8. R. Castel, *La gestion des risques : de l'antipsychiatrie à la psychanalyse*, Ed. Minuit, 1981.

le nouveau cadre institutionnel n'opère pas de façon magique répond simultanément l'instauration d'un climat de doute et de découragement et la manifestation, sous une forme morcelée, des éléments qui tiennent les contradictions liées au projet lui-même.

Chez les soignants, désarroi et angoisse s'expriment d'abord comme incertitude au niveau de leur fonction : ont-ils vocation thérapeutique ou occupationnelle ? La maison d'accueil peut-elle éviter de devenir une sorte de club de loisirs sans risquer de reconstituer un mini-asile ? La confrontation à la folie, à l'apathie, à l'incapacité de certains soignés engage chez les soignants un sentiment d'impuissance et fait écho à ce qu'ils connaissent de la situation asilaire. Mais ils ne sont plus protégés par la rigidité institutionnelle de cette dernière. Dès lors ils oscillent entre la crainte d'une identification trop grande aux patients — puisqu'il n'y a plus de soignants, comment savoir qui est fou ? — et la culpabilité devant la tentation de recréer les pratiques asilaires.

Cette situation contradictoire instaure des clivages qui, à partir d'une angoisse de perte d'identité, vont donner lieu chez les soignants à l'aménagement de défenses qui affectent non seulement les relations interpersonnelles dans la maison d'accueil, mais brouillent la cohérence des pratiques qui s'y développent. Coexistent ainsi la reproduction d'attitudes de type asilaire : réinstauration d'une relation d'autorité vis-à-vis du malade, recours au vocabulaire psychologique pour mettre une distance par rapport à lui : « On a un rôle de mère et un rôle de père » et l'ambivalence à l'égard de l'hôpital psychiatrique d'origine. Le soignant veut à la fois « régler ses comptes » avec l'asile mais y réfère parce qu'à l'hôpital la définition du rôle professionnel est claire.

Ce vécu contradictoire se solde par une position mortifère du statut du soignant, par l'avènement de conflits, par exemple, entre infirmiers et éducateurs, les premiers devenant pour les seconds les boucs émissaires des échecs éprouvés. L'absence de clarté du projet, imputable, sans doute, à un ensemble de contradictions objectives, qu'il n'est pas possible de développer ici, en réduit peu à peu la portée et surtout rabat sur le seul versant psychologique, sur un enjeu narcissique ce qui se donnait comme la création d'un espace de liberté. Le processus est tout à fait comparable, on le voit, pour le soignant appartenant à une structure fermée comme la maison de cure qui a servi d'exemple.

Outre la dureté de la situation à laquelle il est confronté, le soignant appartient à une structure hospitalière dévalorisante parce qu'elle est le lieu où soigner ne sert à rien ou prend le visage de l'acharnement thérapeutique. La routine hospitalière, le recours à la technique productrice de distance sont des refuges ambigus parce que l'évitement de l'angoisse se paie de la confrontation au non sens et à l'ennui particulièrement, c'est là le paradoxe, lorsqu'existe un projet institutionnel, comme on dit. Ce dernier joue comme structure d'appel, réactive un sentiment de culpabilité chez le soignant, mais en même temps rend possible la création d'un espace d'utopie qui va permettre de tromper l'ennui, mais maintenir la

réalité institutionnelle en l'état parce que le projet ne produit que des substituts défensifs. Qu'on pense à l'enfermement de l'équipe soignante dans le jeu sans fin d'une analyse relationnelle coupée d'une prise de conscience des réalités socio-politiques.

Que conclure à partir de là ? L'indépassable de la chronicité est inscrit dans l'existence de contradictions sociales qui débordent largement le cadre institutionnel quel qu'il soit et intéressent la conjoncture socio-politique actuelle. La chronicité atteste cruellement le fait que le désir n'est pas la réalité et que ne pas en tenir compte mène à la création d'un réel porteur de mort, psychotique parce que non symbolisable, désinvesti au profit d'un idéal impossible à concrétiser parce qu'il n'est que défense narcissique. Entre une analyse sociologique qui dénonce sans proposer de remèdes et une analyse psychologique enfermée dans les jeux sans fin des mésaventures du relationnel, y a-t-il une issue possible ? Comment faire pour que les espaces d'illusion puissent devenir des espaces de lutte, et pour le propos qui nous occupe, devenir le lieu actif d'une mobilisation créatrice de vie au lieu d'être celui de l'enlèvement ?

Nous sommes dans une société hantée par la technique, le morcellement, la spécialisation. Rompre la chronicisation, c'est trouver moyen de décloisonner, de substituer à une utilisation technocratique du savoir, garant imaginaire d'un statut social incertain, une vision plus large et plus consciente des forces qui sont en jeu à l'extérieur et à l'intérieur du cadre institutionnel. Il est important, à cet égard, que la réflexion sur les pratiques institutionnelles ne méconnaisse pas l'articulation entre les effets psychologiques et les conditions sociales et historiques qui les déterminent. Il reste que l'évitement de tels pièges n'est sans doute possible que dans les lieux où l'enfermement n'est pas objectivement la seule raison d'être de l'institution.