UNIVERSITÉ D'ANGERS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2009 **N°……**

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en : Psychiatrie

Par

Solène CHEVALLIER-FOUGAS

23 avril 1973 à Angers

Présentée et soutenue publiquement le : 15 septembre 2009

Mise en perspective de deux conceptions du soin psychiatrique adulte : La psychothérapie institutionnelle et la réhabilitation psycho-sociale.

Président : Monsieur le Professeur Jean-Bernard GARRE

Directeur : Monsieur le Docteur Denis LEGUAY

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

Doyen	Pr. SAINT-ANDRÉ
Vice doyen recherche	Pr. BAUFRETON
Vice doyen pédagogie	Pr. RICHARD

Doyens Honoraires : Pr. BIGORGNE, Pr. EMILE, Pr. REBEL, Pr. RENIER

Professeurs Émérites : Pr. GUY

Professeurs Honoraires : Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BIGORGNE, Pr. BREGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. M. CAVELLAT, Pr. J.-F. CAVELLAT, Pr. COULLAUD, Pr. DENIS, Pr. DESNOS, Pr. EMILE, Pr. FRANCOIS, Pr. FRESNEAU, Pr. GROSIEUX, Pr. GUNTZ, Pr. HUREZ, Pr. JOUBAUD, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRA, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PIDHORZ, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. WARTEL

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

MM	**ARNAUD Jean-Pierre**	Chirurgie générale
	ASFAR Pierre	Réanimation médicale
	AUBÉ Christophe	Radiologie et imagerie médicale
	AUDRAN Maurice	Rhumatologie
Mme	**BARTHELAIX Annick**	Biologie cellulaire
MM	**BASLÉ Michel**	Cytologie et histologie
	BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BEAUCHET Olivier	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
	BEYDON Laurent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BONNEAU Dominique	Génétique
	BOYER Jean	Gastroentérologie ; hépatologie
	CALÈS Paul	Gastroentérologie ; hépatologie
	CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie
	CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie
	COUPRIS Lionel	Chirurgie infantile
	COUTANT Régis	Pédiatrie
	COUTURIER Olivier	Biophysique et Médecine nucléaire
	DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
	de BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	DELHUMEAU Alain	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
	DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
	DIQUET Bertrand	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
	DUBAS Frédéric	Neurologie
	DUBIN Jacques	Oto-rhino-laryngologie
	DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie
	ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
	FANELLO Serge	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
	FOURNIÉ Alain	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
	FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie

MM	**FRESSINAUD Philippe**	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement
	FURBER Alain	Cardiologie
	GAMELIN Erick	Cancérologie ; radiothérapie
	GARNIER François	Médecine générale (professeur associé)
	GARRÉ Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes
	GESLIN Philippe	Cardiologie
	GINIÈS Jean-Louis	Pédiatrie
	GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	HAMY Antoine	Chirurgie générale
	HUEZ Jean-François	Médecine générale (professeur associé)
Mme	**HUNAULT-BERGER Mathilde**	Hématologie ; transfusion
MM	**IFRAH Norbert**	Hématologie ; transfusion
	JALLET Pierre	Biophysique et médecine nucléaire
Mmes	**JEANNIN Pascale**	Immunologie
	JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM	**LAUMONIER Frédéric**	Chirurgie infantile
	LE JEUNE Jean-Jacques	Biophysique et médecine nucléaire
	LEFTHÉRIOTIS Georges	Physiologie
	LEGRAND Erick	Rhumatologie
Mme	**LUNEL-FABIANI Françoise**	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM	**MALTHIÉRY Yves**	Biochimie et biologie moléculaire
	MENEI Philippe	Neurochirurgie
	MERCAT Alain	Réanimation médicale
	MERCIER Philippe	Anatomie
	PARÉ François	Médecine générale (professeur associé)
	PENNEAU Michel	Médecine légale et droit de la santé
Mme	**PENNEAU-FONTBONNE Dominique**	Médecine et santé au travail
MM	**PICHARD Eric**	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	POUPLARD François	Pédiatrie
	PROCACCIO Vincent	Génétique
	PRUNIER Fabrice	Cardiologie
	RACINEUX Jean-Louis	Pneumologie
	REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	**RICHARD Isabelle**	Médecine physique et de réadaptation
MM	**RODIEN Patrice**	Endocrinologie et maladies métaboliques
	ROHMER Vincent	Endocrinologie et maladies métaboliques
	ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail
Mme	**ROUSSELET Marie-Christine**	Anatomie et cytologie pathologiques
MM	**ROY Pierre-Marie**	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
	SAINT-ANDRÉ Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques
	SORET Jean-Yves	Urologie
	SUBRA Jean-François	Néphrologie
	URBAN Thierry	Pneumologie
	VERRET Jean-Luc	Dermato-vénéréologie
	WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale
	ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

MM	**ANNAIX Claude**	Biophysique et médecine nucléaire
	AZZOUZI Abdel-Rahmène	Urologie
Mme	**BARON Céline**	Médecine générale (maître de conférences associé)
Mlle	**BLANCHET Odile**	Hématologie ; transfusion
MM	**BOUCHARA Jean-Philippe**	Parasitologie et mycologie
	BOUYE Philippe	Physiologie
	CHEVAILLER Alain	Immunologie
Mme	**CHEVALIER Sylvie**	Biologie cellulaire
MM	**CRONIER Patrick**	Anatomie
	CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie
Mme	**DUCANCELLE Alexandra**	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM	**DUCLUZEAU Pierre-Henri**	Nutrition
	EVEILLARD Matthieu	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
	FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie
	GALLOIS Yves	Biochimie et biologie moléculaire
	HINDRE François	Biophysique et médecine nucléaire
	JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	**LE BOUIL Anne**	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
M.	**LETOURNEL Franck**	Biologie cellulaire
Mme	**LOISEAU-MAINGOT Dominique**	Biochimie et biologie moléculaire
M.	**MARTIN Ludovic**	Dermato-vénéréologie
Mmes	**MAY-PANLOUP Pascale**	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
	MESLIER Nicole	Physiologie
	MOREAU Marie-Françoise	Cytologie et histologie
MM	**MOUILLIE Jean-Marc**	Philosophie
	NICOLAS Guillaume	Neurologie
	PAPON Xavier	Anatomie
Mmes	**PASCO-PAPON Anne**	Radiologie et Imagerie médicale
	PELLIER Isabelle	Pédiatrie
M	**PICQUET Jean**	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
	PUISSANT Hugues	Génétique
Mmes	**ROUGÉ-MAILLART Clotilde**	Médecine légale et droit de la santé
	SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
MM	**SIMARD Gilles**	Biochimie et biologie moléculaire
	SIX Patrick	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
	TURCANT Alain	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
	VERNY Christophe	Neurologie

Composition Du Jury

Président : Monsieur le Professeur Jean-Bernard GARRE

Directeur : Monsieur le Docteur Denis LEGUAY

Membres du jury :

Monsieur le Docteur Daniel DENIS

Monsieur le Professeur Serge FANELLO

Madame le Professeur Dominique PENNEAU-FONTBONNE

Remerciements

A Monsieur le Professeur GARRE,

Vous me faîtes l'honneur de présider cette thèse.
Que ce travail soit l'occasion de vous exprimer, Monsieur le Professeur, ma gratitude.
Votre disponibilité et votre écoute m'ont été d'un grand soutien à des heures difficiles de mon parcours, je saurai ne pas l'oublier.
Ne partageant pas toujours votre point de vue, je me suis sentie respectée et encouragée dans cette différence, je saurai ne pas l'oublier.
Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur LEGUAY,

Vous m'avez fait l'honneur de diriger cette thèse.
J'aurai voulu être à la hauteur de vos attentes.
Votre modestie et votre engagement ont forcé mon respect et votre rencontre est celle d'une vie. Vous avez malmené mes certitudes et renversé mon piédestal. Bien fait pour moi.
C'est au-delà des préjugés, des blessures et des colères que vous m'avez obligée à me dépasser, car la critique est aisée mais l'ouvrage ardu.
Ce fut laborieux, ce fut précieux, c'est inestimable.
Vous avoir côtoyé, et vous avoir écouté, trop peu, fut un honneur.
MERCI

A Monsieur le Docteur DENIS,

Ma vocation psychiatrique est née avec la découverte de la Psychothérapie Institutionnelle.
J'étais élève infirmière. Passer d'une identité professionnelle à une autre dans une telle contiguïté n'a pas été simple pour moi, vous entendre me le dire un jour m'a aidée à renoncer à vouloir être les deux.
Avoir été interne dans votre service fut une expérience humaine extraordinaire qui nourrit ma pratique tous les jours et qui m'a réconciliée avec l'institution.
Votre engagement, votre respect indéfectibles et votre patience à l'égard des professionnels et des patients m'ont émue et sont pour moi lumineux, ils guideront mes pas jusqu'où je pourrai supporter la médecine.
Vous me faîtes un immense honneur d'avoir accepté de faire partie de ce jury,
Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

A Madame le Professeur PENNEAU-FONTBONNE

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de venir juger de mon travail, je vous en remercie infiniment.
De manière étonnamment variée, vous avez surgi à plusieurs reprises sur mon parcours, c'est votre générosité et votre virtuosité clinique, Madame qui m'ont le plus profondément impressionnée. Vous avoir ainsi rencontrée et vous savoir là, pour le dernier pas, me remplit de joie.
Soyez assurée Madame le Professeur de ma profonde admiration.

A Monsieur le Professeur FANELLO

Soyez remercié Monsieur le Professeur d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse.
C'est à la rigueur méthodologique que vous m'avez rappelée, il y a quelques années, je doute d'avoir progressé même si je fais des efforts.
Je vous connais peu, mais vous faîtes l'admiration d'un homme qui m'est cher et un pantalon africain est toujours plié dans notre armoire, aussi, j'éprouve le sentiment d'une certaine familiarité.
C'est donc une impression dynamique et ensoleillée que je conserverai de notre rencontre.
Recevez, Monsieur le Professeur, le témoignage de ma profonde gratitude.

Plan

Introduction

Chapitre 1. Histoire de la Psychiatrie

Introduction

1. L'Antiquité, le Moyen Age, la Renaissance et la Révolution
2. Le XIXème siècle
3. Le XXème siècle

Conclusion

Chapitre 2. Psychothérapie Institutionnelle et Réhabilitation Psychosociale

1. Histoire et concepts de la Psychothérapie Institutionnelle
2. Histoire et concepts de la Réhabilitation Psychosociale

Chapitre 3. Discussion

1. Le lien social, la stigmatisation, les représentations
2. Repenser le temps et l'espace : l'institution en psychiatrie
3. Les intégrateurs sociaux : Handicap et Travail

Conclusion

Bibliographie

Table des matières

Introduction

Au terme de nos quatre années d'internat, à la veille d'accéder à la responsabilité d'être « docteur en médecine », il nous est apparu que non seulement nous ne savions pas grand-chose mais que ce savoir était précaire et insuffisant pour appréhender la complexité des logiques à l'œuvre dans une psychiatrie fortement inscrite voire englobée dans le champ de la santé publique. Or cette pratique constituera notre actualité prochainement. Considérer son savoir comme lacunaire est d'une grande banalité, tenter de « tricoter » autour de cette lacune une représentation globale du soin en psychiatrie de façon à pouvoir s'y inscrire a été la prétention qui a sous tendu ce travail.

Notre parcours de formation a rencontré la Psychothérapie Institutionnelle et la Réhabilitation Psychosociale en exerçant dans quatre secteurs différents. Particulièrement intéressée par le fonctionnement des systèmes complexes, nous avons été conduite à envisager d'aborder dans cette thèse, certaines grandes questions traversant la psychiatrie actuelle, en leur donnant un double éclairage : un premier que l'on pourrait qualifier de longitudinal s'appuyant sur l'histoire de la psychiatrie, dans le but de donner de la perspective et un second, transversal, proposant une discussion entre les points de vue de la Psychothérapie Institutionnelle et la Réhabilitation Psychosociale à propos de ces questions.

Le Panorama de la psychiatrie en 2009

Nous avons souhaité poser en introduction les données les plus récentes concernant la psychiatrie et la santé mentale pour ancrer ce travail de réflexion, ne s'appuyant que sur une recherche bibliographique, dans une réalité et une actualité devant rappeler que cette élaboration doit aboutir à donner forme et sens à des pratiques permettant de s'inscrire dans un effort collectif, participatif et cohérent.
Depuis ce panorama, nous espérons donner un aperçu des questions d'actualité de la psychiatrie auxquelles nous faisions allusion.

Selon l'OMS[1], les maladies mentales se situent au troisième rang des maladies par leur prévalence. Elles entraînent un quart des invalidités, elles se situent au second rang des interventions en médecine générale après les maladies cardio-vasculaires, une personne sur cinq en est atteinte chaque année, une sur trois pour une prévalence vie entière.
L'OMS retient cinq pathologies mentales parmi les dix les plus préoccupantes du XXIème siècle à savoir la schizophrénie, les troubles bipolaires, les addictions, la dépression et les troubles obsessionnels compulsifs.

La morbidité et la mortalité des patients souffrant de troubles psychiatriques sont plus élevées que dans la population générale. La majorité des personnes en situation de précarité souffrent de troubles mentaux. Les estimations montrent que la charge de morbidité induite par les pathologies psychiatriques dans le domaine de la santé publique devrait augmenter de 50 % dans les années 2020 dès lors qu'aucune mesure ne serait prise. En France, les troubles psychiatriques sont responsables de douze mille morts par suicide par an auxquels il faut ajouter la surmortalité induite par les conduites à risque comme la consommation d'alcool, de tabac et de drogues.

Parallèlement les représentations attachées aux maladies mentales, aux structures d'accueil et parfois même aux professionnels spécialisés dans le traitement de ces troubles, demeurent très négatives dans l'opinion publique et peuvent constituer un frein à la démarche de recours aux soins. Les maladies mentales sont souvent vécues comme honteuses et font peur, retardant ainsi l'accès aux soins des malades et la prescription de prises en charge spécialisées par leurs médecins traitants. Elles renvoient, à des degrés divers, encore en 2009, à un caractère de dangerosité, d'incurabilité et à l'exclusion qui menace les personnes qui en seraient atteintes.

La politique de Santé Publique en matière de Santé Mentale en France en 2009

Témoin des évolutions de la psychiatrie, le rapport COUTY, élaboré à la demande de Mme le Dr BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la Santé, est paru en janvier 2009. Dans le passé, les rapports et les plans se sont succédés, prônant des réformes de l'offre de soins. Dernièrement, La loi du 11 février 2005 s'impose comme une référence essentielle

1SARACENO B., FREEMAN M., FUNK M. Public Mental Health. Oxford University Press, 2009.

dans la mesure où elle reconnaît le handicap psychique au sein du handicap en général et soutient la nécessité de construire un système et une offre de soin dans laquelle les patients, les familles, les professionnels du soin et du secteur médico-social doivent collaborer. Deux plans ministériels successifs ont vu le jour en 2002, puis en 2005-2008, accompagnant la modernisation de l'offre de soins. La conférence Européenne « Ensemble pour la santé mentale et le bien être » de juin 2008 a établi le « Pacte Européen pour la Santé Mentale auquel la France a souscrit. Le rapport COUTY prône la nécessité d'une nouvelle loi pour intégrer la complexité de la politique prévue et une mission interministérielle de santé mentale. Ce rapport distingue trois registres qui structureraient la politique dans le domaine de la santé mentale :

Le premier registre:

La fédération de trois aspects indissociables, sanitaire, social, et médico-social au sein d'une politique globale de santé publique dans laquelle serait intégrée la psychiatrie comme discipline médicale ;

Le renforcement du rôle institutionnel des malades, des familles, acteurs à part entière du système de santé au côté des professionnels ;

L'affirmation de l'évaluation des structures, des pratiques et des activités comme consubstantielles à toutes les pratiques en santé mentale et en psychiatrie.

Le second registre

Les notions de territoires de santé, de parcours personnalisé et gradué de soin des patients, la constitution de groupements locaux pour la santé mentale, de conseil local de santé mentale sont promues comme les concepts actuels visant à rénover les relations partenariales avec les intervenants dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale en lien avec les Agences Régionales de Santé. Ces stratégies d'organisation s'appuient sur le désir de soutenir une psychiatrie communautaire intégrative prônant la réinsertion sociale, la précocité des soins, la valeur du dépistage, l'accessibilité et la continuité des soins. Dans cette logique de territorialisation la dimension du secteur est réinterrogée.

Le troisième registre

Les questions du logement social, de la démographie des professions de santé, de l'évolution des métiers, de la formation et de la recherche, de la veille sanitaire, de la prévention et de la promotion de santé mentale sont considérées comme des préoccupations importantes s'associant de manière satellitaire à l'ensemble sus cité.

Dernier en date des grands rapports qui ont scandé l'évolution de la politique de santé mentale dans notre pays, le travail de la commission COUTY concentre l'ensemble des registres qui aujourd'hui ont à voir avec la pratique de la psychiatrie. Proposant sa lecture, il affronte, au delà des positions des seuls professionnels, les questions des besoins et des aspirations des patients et de leurs familles, comme des attentes de la société.

Pour autant, il nous semble passer sous silence la dimension fondamentale de la philosophie des soins proposés, pour ne nous en livrer qu'une version pragmatique. C'est selon nous oublier trop vite que le soin se soutient d'un sens, d'une conception du progrès attendu et des chemins du changement.

Historiquement, les psychiatres ont toujours su fonder leurs engagements thérapeutiques sur une élaboration théorique, dont la dimension purement médicale n'était qu'une part. Où en sommes-nous aujourd'hui de cette quête ? C'est à cette question que nous avons voulu nous affronter, au travers de la mise en tension de deux des conceptions ambitionnant de guider le travail collectif des équipes psychiatriques. Ce travail de thèse n'en sera que plus frustrant, tant nous avons conscience de n'avoir soulevé qu'une faible partie des problématiques possibles. Nous remercions d'autant plus les lecteurs de leur indulgence.

Ce travail sera divisé en trois parties :

La première développe depuis l'Antiquité jusqu'au 20ème siècle l'histoire de la psychiatrie en considérant au sein de chaque période quand c'était possible la pathologie mentale selon les dimensions individuelle, familiale, sociale du malade, du médecin et de la société en s'attachant à prêter attention :

Au contexte historique, le régime politique en vigueur, les conditions économiques, position de la religion ;

À La représentation de la folie par la population, par les médecins, par les philosophes parfois ;

Au traitement thérapeutique, institutionnel et juridique : les traitements de la maladie, lieux de soin et lieux de vie (institutions, famille), la prison.

Cette approche nous amènera chronologiquement puis conceptuellement à définir la Psychothérapie Institutionnelle d'une part et la Réhabilitation Psychosociale d'autre part dans une seconde partie en mettant en évidence leurs points communs; Enfin, de manière réticulaire, certains points clés correspondant à des questions posées par la psychiatrie actuelle seront abordés sous forme d'ateliers thématiques traités par l'éclairage de quelques notions conceptuelles complémentaires. Ces ateliers viendront, nous l'espérons, éclairer la mise en discussion sur chacune de ces questions de la Psychothérapie Institutionnelle et de la Réhabilitation Psychosociale :

Le premier atelier abordera la thématique de l'institution selon son rapport à l'espace – asile, sectorisation, territoires de santé et groupes de coopération locaux et selon son rapport au temps – chronicité, hospitalisme et iatrogénie ;

Le second atelier abordera la thématique de l'individu malade et de son rapport à la Société – les représentations sociales, la stigmatisation, l'exclusion.

Le troisième atelier abordera la thématique de l'intégration sociale – le lien social, les intégrateurs sociaux : le handicap, le travail, les activités sociales.

Pour conclure, nous recentrerons le propos sur les principaux points de divergence de la Psychothérapie Institutionnelle et de la Réhabilitation Psychosociale, et en quoi leur mise en tension et l'actualité de leur apport peut selon nous, permettre de conserver une distance critique vis-à-vis des enjeux économiques et politiques pouvant faire basculer le soin vers une caricature de lui-même. Nous terminerons par la mise en valeur de mesures pragmatiques auxquelles notre pratique de demain devra s'adapter.

Chapitre 1.

Histoire de la Psychiatrie

Introduction

L'Antiquité, le Moyen Age et la Renaissance

La Révolution

Le XIXème siècle

Le XXème siècle

Introduction

L'histoire de la Psychiatrie ou l'introduction de notre sujet

---

Dans l'esprit recherché pour ce travail, il nous a semblé essentiel et banal, pour se projeter dans l'avenir d'un habitus professionnel, de se situer dans une trajectoire, - comme la psychiatrie souhaite le faire pour les patients quand à leur trajectoire de soin, en la solidarisant à un chemin de vie -, que nous pourrions résumer à l'emporte pièce comme « l'histoire de la psychiatrie » pour éclairer les problématiques actuelles qu'elles traversent et en envisager les dénouements. A quoi nous sert-il d'aborder dans les chapitres à suivre l'histoire de la psychiatrie en autres histoires ?

L'héritage d'un Cercle Vicieux[2]

En effet, nous soutenons que son histoire nous relie à sa définition et que cette définition nous relie à son présent. Ce présent, fait de théories et de pratiques, nous occupe par ses questions ; questions dont il faut réaliser, par cette histoire, qu'elles sont un passé hérité de préoccupations de nos prédécesseurs. En d'autres termes, nous accédons au privilège d'être à notre tour emberlificotée par ces mêmes questions :

° Comme dans un temps empesé - par le poids de la chronicité - ;

° Comme dans un espace enfermé sans dedans ni dehors – « dans » l'exclusion sociale -

° Comme dans la peur en Soi de cet Autre, l'Aliéné, l'Etranger, le Danger qui dans l'énigme, l'incompréhension – étymologiquement, ne pas pouvoir prendre avec soi – est marqué hors de soi pour être situé – par la stigmatisation et son corollaire la discrimination.

L'histoire, il nous semble, met en évidence ce cercle vicieux de la maladie mentale et des comportements défensifs de stigmatisation, discrimination, exclusion de la Société, qui nous venons de le dire en introduction, nous pouvons le prouver aujourd'hui, aggravent la maladie mentale, qui effraie et entraine des comportements de stigmatisation, discrimination, exclusion, au point que le sujet malade, phénomène sidérant, intériorise de manière identitaire comme seule place sociale possible : l'exclusion, comme « assignation à résidence ».

---

[2] La thématique du cercle vicieux, versus le cercle vertueux est souvent développée dans les écrits relatifs à la Réhabilitation Psychosociale (D. LEGUAY).

Comment s'étonner dans cette logique « folle » que les malades mentaux ne puissent accéder aux soins et aient une morbidité et une mortalité supérieures à celles de la population générale ? Comment imaginer se soigner, prendre soin de soi quand on a intériorisé que la seule place digne de soi est celle d'un exclu ? Comment se sortir de cette histoire, c'est ce à quoi s'intéresse cette thèse en questionnant la Psychothérapie institutionnelle et la Réhabilitation Psychosociale comme manifestation d'une psychiatrie dont le rôle serait ainsi interrogé selon les principes suivants:

° D'une remise en mouvement de l'espace, du temps, et de la représentation sémiotique de ces personnes dites malades mentales assurément en situation de souffrance ;

° Cette souffrance demeurant à notre adresse comme la garantie ultime qu'il s'agit de nos semblables dont, par ce voisinage, nous sommes responsables « assurément » de la ré-assurance, par-delà la chronicité, l'exclusion et la stigmatisation, d'une condition désaliénée ET réhabilitée d'Etre Humain;

° D'une certification, accréditation et validation de leur qualité indéfectible de Sujet de Démocratie, indispensable, inexcluable et digne par leur naissance et par leur essence ; Sujet dont l'adresse est bien sans erreur de codage DANS une Société dont l'Humanité n'est que ce critère unique et intégratif fondamentalement, à savoir : l'Autre est mon semblable en ce sens qu'il se sait différent de Moi autant que Moi de Lui.

° D'une transformation-mutation de l'Aliéné d'apparence humaine – perçu comme un Alien selon sa culture cinématographique – à un Humain de facto aliéné par sa pathologie et par la société rejetante – perçu comme une victime - et enfin à une personne en situation de souffrance et d'handicap psychiques du fait qu'il présente des troubles psychiques considérés comme tels par la Société à laquelle il appartient et dont il est citoyen au-delà et malgré cette condition ; La psychiatrie s'inscrit donc pleinement dans un rôle de passeur-traducteur de symptôme en signe qui a valeur de contractualisation entre un Individu et Sa Société.

Comment faire ?

L'histoire de la psychiatrie et l'objet de la psychiatrie : une histoire d'éclatement

La schizophrénie comme paradigme

« Mais il reste difficile de dresser un tableau exhaustif des recherches en histoire de la psychiatrie (…). Il faut en souligner d'emblée l'extraordinaire éclatement (…). Comment donner un aperçu même sommaire, d'une telle hétérogénéité ? [3] ». En résonance, cet éclatement en question et en histoire, nous amène à la schizophrénie. En effet, pathologie dissociative – d'éclatement psychique, de vécu de morcellement corporel - nommée par BLEULER en 1911, elle a constitué et constitue encore en 2009 le paradigme de la maladie psychiatrique, à partir duquel s'organisent les conceptualisations de la Psychothérapie Institutionnelle et de la Réhabilitation Psychosociale.

Une nosographie en folie : l'histoire du TOUT au QUOI

Aborder l'histoire de la Psychiatrie, c'est tenter de comprendre à quel point l'éclatement de son objet pourrait conditionner la psychiatrie dans une propension à l'englobement de cet objet dans un principe unique, ce à quoi le Sujet de l'Objet semble se refuser. Il nous semble que ce point est illustré notamment par le fait que l'histoire de la psychiatrie ne se « détricote » pas de celle de la folie.

Elle se définit dans son objet et sa pratique dans les mouvements accordéoniques de la recherche du TOUT perdu – conceptualisation de la maladie unique - au milieu des morceaux incompréhensibles d'un sujet – conceptualisation de la pathologie dissociative - qui a perdu le fil de sa trajectoire d'être. L'histoire témoigne dans la façon même de porter son discours que la psychiatrie a cherché pendant des décennies un point d'équilibre, à coup de grandes embardées entre ce TOUT perdu comme un paradis, œuvre de Dieu et les morceaux informes et fous de l'enfer, faute de l'homme déchu. De telle sorte que si la psychiatrie est au centre de cette thèse, son histoire justifie qu'elle n'en est ni le tenant ni l'aboutissant, étant prise entre la folie et son aliénation mentale au XVIII ème siècle, la folie et ses troubles mentaux au XIX ème siècle et la folie et sa santé mentale au XX ème siècle. Cette dimension tient compte du profond ancrage de la psychiatrie dans la culture de la société et dans la santé publique.

La logique du mouvement comme principe de stabilité

Aborder l'histoire de la psychiatrie, c'est tenter de comprendre à quel point, par l'exemple de sa nosographie, la psychiatrie est prise dans une logique – au sens de Logos, produire de la

[3] POSTEL Jacques et QUETEL Claude. Nouvelle Histoire de la Psychiatrie. Edition Dunod, Paris, première édition 1983, édition actuelle 1994, p 647, p X.

connaissance – intégrative, visant à trouver un opérateur garant de la possibilité unificatrice du sujet. Mais elle doit se soumettre dans cette tâche au fait que son sujet sera « normal » en restant imparfaitement unifié, en restant irrémédiablement divisé. C'est bien sur cette note là, qu'elle ferait fausse route si elle visait ce comblement de la division, en confondant le totalement bon et le suffisamment bon. Elle y perdrait ce qui fait réellement sa science, se situer entre plusieurs logiques, dont la pluralité orchestrée par ses soins, leur confère une valeur intégrative et alternative au principe d'unification de l'être qui ne peut être qu'un vecteur – tendre vers - se surveillant de la tentation de l'atteindre, cette unification-uniformisation. C'est en tolérant d'être dans l'inconfort de cette zone de convergences, de divergences, d'influences, qu'elle semble le mieux se reconnaître au fil d'une histoire qui ne semble n'avoir que ce fil pour se dire en cohérence.

En d'autres termes, exercer la psychiatrie c'est prendre soin d'un mouvement entre des concepts variés sans jamais pouvoir fixer le sujet.

Pouvoir et Savoir en Psychiatrie

Entre le Care et le Cure[4]

Le geste de PINEL ne serait pas le geste de Pinel. La naissance de la Psychiatrie, c'est la naissance d'une collaboration entre un gardien des loges, Jean Baptiste PUSSIN, « un héros de la vie quotidienne » pour paraphraser une publicité et un médecin, Philippe PINEL. « Pinel l'observe (PUSSIN) « s'acquitter d'une tâche épuisante », « le traitement moral », et dès lors le partage des tâches est pour lui clair : à PUSSIN le « traitement institutionnel », puisqu'il y réussit là où le médecin échoue, tandis que ce dernier se contentera de prescrire les médicaments et de rédiger les observations[5]. » Aussi le remplacement de PUSSIN par ESQUIROL, médecin et élève de PINEL n'est pas sans interroger sur une certaine centralisation des pouvoirs ; hypothèse que vient corroborer, il me semble les éditions successives du Traitement Médico Philosophique citant et valorisant les capacités non seulement cliniques mais aussi thérapeutiques de PUSSIN lors de la première, pour progressivement l'« oublier » ; la clinique de l'individualité monographique laisse place progressivement à une organisation « classifiante » de la nosographie psychiatrique au même

---

[4] Sandra LAUGIER, Pr. de philosophie, Université de Picardie. *Ethique du "Care" et attention au particulier*. Rapport final du séminaire interdisciplinaire« Handicap psychique et réinsertion professionnelle »Evaluation et modalités de soutien à la réinsertion ACTION DE RECHERCHE MiRe-DREES.

[5] GOUTAL M. Foucault toujours dérangeant. Nervure, Tome V, N°5, juin 1992, p81.

rythme que l'ordonnancement classifiant de la structure asilaire d'ESQUIROL dont le médecin est l'auteur et « le seigneur ».

Ainsi, l'histoire va nous montrer cet oubli jusqu'à la Psychothérapie Institutionnelle, et sa conception déhiérarchisée et démocratique du savoir, replaçant les infirmiers au cœur de la quotidienneté et attachant une valeur inestimable à leur pratique, considérant que le savoir médical ayant trait au CURE était dévitalisé sans le CARE. La Réhabilitation Psychosociale intègre cette dimension depuis peu en intégrant les théorisations dont se servent les infirmières canadiennes et américaines pour penser la prise en charge globale du malade. Le Care et le Cure nous semblent donc indissociables et complémentaires et il nous apparaît que cette conceptualisation serait un espace de complémentarité des approches entre la RPS et la PI, espace qu'elles semblent toutes les deux conflictualiser à l'heure d'aujourd'hui.

Du philosophe « psychiatricide » à l'économique « sectoricide »

A ce titre QUETEL et POSTEL[6], rappellent que « C'est Michel FOUCAULT qui, avec son *Histoire de la Folie à l'âge Classique*, a enlevé l'histoire de la psychiatrie au cercle académique (…) », il a bousculé les psychiatres, au point que Henry EY ait pu parler de « psychiatricide », un sociologue, philosophe s'est emparé du propos psychiatrique : la Folie, en la mettant en garde de sa tentative « aliénante » de la recouvrir et de s'approprier la question à coup de concept solitaire et jaloux. L'enjeu a été, en intégrant FOUCAULT par le biais de l'histoire de la folie à l'histoire de la psychiatrie, de mettre en place une tridimensionnalité et une transversalité en précédant la psychiatrie dans son propos, en l'élargissant dans son développement. FOUCAULT par sa position, vient poser une limite au pouvoir médical en dénonçant une relation d'emprise, particulièrement dangereuse en ce sens qu'elle se déguise en traitement et négocie la paix sociale au détriment du statut de citoyen du patient. Cette effraction provoquée par FOUCAULT a montré à quel point, à notre sens ce point fait encore débat aujourd'hui, la psychiatrie a pu prendre conscience qu'elle était aussi observée par les autres et qu'elle avait des comptes à rendre sur ce qu'elle cautionnait.

A l'heure actuelle, comme nous l'avons évoqué en introduction, elle n'a plus à prendre la parole à la place du patient qui parle pour lui-même sur la place publique pour défendre ses droits, témoigner de ses besoins et de ses aspirations. Elle est appelée dans les nouvelles

[6] POSTEL Jacques et QUETEL Claude. Nouvelle Histoire de la Psychiatrie. Edition Dunod, Paris, première édition 1983, édition actuelle 1994, p 647, p XI.

politiques de santé à se réintégrer dans le corps médical, en étant invitée à partager l'espace hospitalier. Elle est également appelée à participer au réseau social prôné en l'intégrant en tant que Secteur au sein d'un Territoire Social représentatif. Partager, se décentrer, passer des relais, ne plus faire cavalier seul, ce nouveau mouvement en cours peut être considéré comme un progrès pour la RPS, comme une régression, œuvre d'une volonté sectoricide économique pour la PI.

Voici donc quelques éléments non exhaustifs qui nous ont semblé étayer l'intérêt d'introduire et situer notre propos dans l'historique de la psychiatrie, les questions qui l'occupent étant finalement elles aussi chroniques.

L'Antiquité

Histoire 1

I) Le contexte historique[7]

1) La sédentarisation et l'ouverture d'échanges commerciaux

Dans l'histoire européenne, l'Antiquité désigne la période des civilisations de l'écriture autour de la Méditerranée et au Moyen-Orient, après la Préhistoire, et avant le Moyen Âge. La majorité des historiens estime que l'Antiquité y commence au IVe millénaire av. J.-C. (-3500, -3000) avec l'invention de l'écriture en Mésopotamie et en Égypte, et voit sa fin durant les grandes migrations eurasiennes autour du Ve siècle (300 à 600). Cette période marquerait l'avènement d'une société humaine dans laquelle les échanges commerciaux sont fructueux et dans laquelle la notion de propriété et de biens se constitue. L'homme développe des capacités lui permettant de maîtriser ses conditions de vie et son environnement.

2) Du polythéisme au Monothéisme

Cette période est également marquée par le passage du polythéisme au monothéisme qui offre à l'homme une relation au « surnaturel » ou au « spirituel » différente. Il adhère aux lois bibliques qui guident sa vie, soucieux de suivre les commandements qui l'amèneront vers la Terre Promise. Le registre symbolique se modifie, la Loi du monde s'unifie dans une Parole qui est source de Foi.

3) La circulation des connaissances

Cette période est caractérisée par une grande circulation des savoirs et marquée par la philosophie orientale inscrite dans la continuité de celle des Grecs. L'homme est appréhendé dans sa globalité, il n'y a pas de séparation conceptuelle entre le corps et l'âme. La question se pose cependant et fait l'objet de recherche. Le pouvoir du médecin est transcendé par celui du prêtre.

---

[7] MARSEILLE Jacques. Nouvelle Histoire de la France. Paris, Perrin, tome I : De la préhistoire à la fin de l'Ancien Régime et tome II : De la Révolution à nos jours, 2002.

II) Les Grecs

A) HIPPOCRATE

1) La conception de la maladie

Malgré le caractère logique de leur philosophie et de leur médecine, les grecs font appel à leurs divinités comme Asclépios, dieu de la médecine, pour demander la guérison de leurs malades, ils confèrent ainsi aux grands prêtres et aux temples des pouvoirs d'intercession auprès de divinités. L'articulation médecine – guérison – religion se fait sans antinomie. La médecine grecque pourra assumer comme le dit HIPPOCRATE que les Dieux n'ont rien à voir avec les maladies mais, paradoxalement, il invoquera ASCLEPIOS et PANACEE dans son serment.

Parallèlement, ARISTOTE dans *Ethique à Nicomaque*[8] dit « Le malade mental est celui qui tue sa mère et en mange la chair » ou « l'esclave qui tue son camarade et en mange le foie ». ARISTOTE associe la maladie à une folie faite de transgression d'un ordre humain. Cette idée est également celle de la période talmudique qui pense que « l'homme ne transgresse les commandements que si l'esprit de folie entre en lui ».

2) Hippocrate et la Maladie Sacrée[9]

Hippocrate le Grand ou Hippocrate de Cos (vers 460 av. J.-C dans l' île de Cos - 370 av. J.-C à Larissa) est un médecin grec du siècle de Périclès. Il aurait été formé par les Asclépiades de Cos, une confrérie de prêtres médecins vénérant Asclépios, dieu grec de la médecine et il aurait suivi l'enseignement d'HERODICUS DE SELYMBRIA , un médecin thrace. Il est reconnu pour avoir institué la médecine comme un art en la distinguant des autres disciplines de la connaissance auxquelles elle avait traditionnellement été rattachée notamment la théurgie[10] et la philosophie et en instituant des règles éthiques relatives à la pratique médicale comme le serment d'HIPPOCRATE. L'esprit d'observation et de critique qu'il applique à son

---

[8] ARISTOTE. Présentation Jules TRICOT. Ethique à Nicomaque. Vrin, Collection « Bibliothèque des textes philosophiques », Poche, 1994.

[9] POSTEL Jacques et QUETEL Claude. Nouvelle Histoire de la Psychiatrie. Edition Dunod, Paris, première édition 1983, édition actuelle 1994, p 647, p 4.

[10] Théurgie : en grec Theourgia, Theos, Dieu et Ergon, Action. Pratique occultiste visant à communiquer avec les bons esprits, à utiliser leur pouvoir pour atteindre Dieu.

art lui a valu la position de parangon dont nous verrons qu'il a été pendant des siècles difficile de s'émanciper pour les médecins héritiers de son serment.

° La constitution d'une clinique et d'une nosologie

Il aurait considérablement fait avancer l'étude systématique de la clinique médicale en compilant la somme des connaissances médicales des écoles précédentes. Il aurait rédigé un traité de médecine appelé le *Corpus Hippocraticum*. Sa clinique, n'ayant pas accès ni à l'anatomie ni à la physiologie du fait du tabou grec qui interdisait la dissection du corps humain, elle élabore une conception fonctionnelle du processus morbide comme en témoigne la théorie des humeurs se basant sur des concepts philosophiques mais aussi issue de la médecine Egyptienne.

° La maladie est naturelle et n'est pas une punition divine

Pour HIPPOCRATE, la médecine devait s'émanciper de la religion, en croyant et en faisant valoir que la maladie n'est pas une punition infligée par les dieux, mais plutôt la conséquence de facteurs environnementaux, de l'alimentation et des habitudes de vie. La maladie est un phénomène naturel qui suit un cours et s'inscrit dans le temps. Elle est considérée comme la conséquence d'un déséquilibre interne de l'organisme entre les quatre humeurs. L'éthique de la pratique médicale hippocratique est en premier lieu de ne pas nuire au patient, aussi sa démarche est-elle prudente et mesurée.

Ainsi, la meilleure chose que les médecins pouvaient faire était d'évaluer la gravité de la maladie et d'estimer comment elle était susceptible d'évoluer sur la base des données recueillies par l'observation détaillée de cas semblables. Prévenir, alors, ne signifiant pas infléchir le cours des évènements mais plutôt aider à s'y préparer pour les accepter. Le médecin accompagne le malade dans sa maladie.

L'approche thérapeutique était également fondée sur le pouvoir guérisseur de la nature. Selon cette doctrine, le corps contenait en lui-même le pouvoir de rééquilibrer les quatre humeurs et de se guérir lui-même. Elle se donnait simplement pour but d'aider ce processus naturel de rétablissement de l'équilibre.

° Hippocrate et les troubles mentaux

La nosographie utilisée et décrite dans le *Corpus Hippocraticum* était la phrénétis (troubles mentaux aigus et fièvre), la manie (agitation sans fièvre), la mélancolie (troubles chroniques sans agitation ni fièvre). Les causes sont recherchées, l'hystérie, par exemple, est attribuée aux migrations de l'utérus, délié de ses attaches dans la cavité pelvienne, le mariage et le rapport sexuel viseraient à remettre en place l'organe migrateur.

Dans Le Corpus Hippocratum et La maladie sacrée la Peri ieres nousos[11], la présentation générale du paragraphe XIV, le paragraphe XV va apporter des précisions cliniques et nosologiques qui vont nous permettre de distinguer des formes psychiatriques de l'affection, des hypothèses étiopathogéniques et des indications sur l'évolution de chaque forme. Suivant les principes de classification des maladies de l'époque, dans le traité d'Hippocrate, seuls sont étudiés les cas de folie continue, c'est à dire chroniques. Le cas de la *phrenitis* (qu'on peut faire équivaloir à notre bouffée délirante), syndrome psychopathologique aigu, bref et avec fièvre, concept nettement hippocratique d'après J. Pigeaud, il se présente dans divers textes, principalement *Aphorismes*, *Régime des maladies aiguës*, *Maladies I*, *Epidémies II*. Il en est de même pour l'hystérie, étudiée principalement dans les traités gynécologiques du *Corpus* de l'école de Cnide (Maladies de la femme, Nature de la femme), et pour la *phrontis* (en quelque sorte notre névrose d'angoisse) qui figure dans *Maladies II*. Le traité permet, en revanche, d'élaborer une nosologie des folies continues.

Le paragraphe XIV constitue essentiellement une introduction générale à la neuropsychiatrie, et il contient une psychologie et psychopathologie de l'affectivité et des fonctions intellectuelles et cognitives reconnues comme une maladie du cerveau subissant des altérations fonctionnelles. Hippocrate agissant en tant que médecin psychiatre, clinicien, effectue une *diairesis*, une division, une classification de la folie, exposant ses fondements étiopathologiques, sémiologiques et évolutifs, définissant les formes selon leur étiologie. Il établit ainsi une bi-partition de la folie qui, nous pouvons dire, arrivera jusqu'à KRAEPLIN.

[11] PIGEAUD J. Folies et Cures de la Folie chez les médecins de l'Antiquité gréco-romaine. La Manie. Les Belles Lettres, 1987.

3) L'organisation des soins

Hippocrate et ses disciples créent dans certaines îles de la mer Egée, les premiers hôpitaux appelés les « asclépiades » ; il y traite notamment les mélancoliques par héliothérapie et psychothérapie directive[12]. Il n'y a pas de distinction entre les patients quand aux modalités d'hospitalisation.

4) La transmission du patrimoine médical

Après la Renaissance et sous l'influence des Arabes dont les ouvrages avaient été traduits en latin au XIIe siècle, les méthodes d'Hippocrate ont été redécouvertes en Europe et développées au XIXe siècle. À noter parmi ceux qui ont pratiqué les méthodes cliniques rigoureuses d'Hippocrate les personnalités suivantes : SYDENHAM, CHARCOT et OSLER.

Parmi les psychiatres, Henry EY [13] s'intéressera profondément aux préceptes médicaux d'Hippocrate, étudiant en philosophie à la Sorbonne avant d'être en médecine, *La Pensée Grecque* de Léon Robin était un ouvrage clé de voûte dans la construction de sa pensée psychiatrique. En comparant les écoles de Cos, dite vitaliste et totaliste et celle de Cnide mécaniciste et organiciste pendant la Grèce antique, il élaborera dans cette optique sa théorie organo-dynamique qu'il considérait être la synthèse entre Cnide et Kos.

De nos jours les concepts de la médecine hippocratique sont considérés comme obsolètes, mais ils sont encore mis en pratique en Inde en tant que médecine traditionnelle sous le nom de médecine Yunâni (le terme vient du grec « Ionia », qui désigne la côte d'Asie mineure).

B) GALIEN

Après Hippocrate, le médecin le plus remarquable a été GALIEN, un grec qui a vécu de 129 à 200 apr. J.-C. et qui perpétua la médecine Hippocratique avec à la fois des apports et des reculs.

---

[12] MEYERS Claude. Les Lieux de la folie. D'hier à demain dans l'espace européen. Collection « des Travaux et des Jours ». Eres éditions. 2005. P 189.

[13] EY Henri. « Le rythme médico-dynamique de l'histoire de la médecine ». Etudes n°2. Premier tome des Etudes Psychiatriques. 1948.

1) La théorie des tempéraments

GALIEN[14] au II ème siècle revoie la théorie des tempéraments (sanguin, flegmatique, colérique, mélancolique) ; pour lui, les maladies de l'âme sont des lésions de la sensibilité et de l'intelligence dues à une atteinte du cerveau ou d'un autre organe, transmises au cerveau par sympathie. Il réforme l'hypothèse d'HIPPOCRATE concernant l'hystérie, il la rattache par exemple, à une pollution du sang sous l'effet de la rétention du liquide séminal féminin, entraînant une irritation des nerfs et de ce fait, des convulsions. La crise d'hystérie apparaîtrait alors comme une décharge humorale provenant de la matrice. Cette hypothèse va tenir jusqu'au XVIIème siècle.

2) La définition de la santé

La notion de « bonne santé » selon GALIEN : « ce qui est conforme à la nature, c'est la santé, tandis que ce qui est contraire à la nature, c'est la maladie. L'homme qui peut travailler et vivre normalement est considéré comme en bonne santé. »

GALIEN, au cours de nombreux voyages, va rencontrer les deux grandes religions monothéistes de l'époque, juive et chrétienne. Il prévoit alors le clivage qui s'opérera entre foi et science. Le médecin se réserve l'étude du corps mortel et abandonne aux prêtres et aux philosophes l'incompréhensible immortalité de l'âme. Selon, Etienne TRILLAT dans *Histoire de l'Hystérie* s'interroge sur le fait que Galien pourrait être un jalon ayant fait basculer l'hystérie du côté de la démonologie de la fin du Moyen Age, en introduisant la notion suivante que les maladies de l'âme pourraient être en lien avec le contre-pouvoir du Diable.

D'autres figures marquantes s'associent à HIPPOCRATE et GALIEN au Panthéon de la Médecine Antique comme Alexandre de Tralles à Byzance au VI ème siècle de notre ère reprend l'idée que le siège des pathologies mentales serait dans le cerveau au niveau duquel auraient lieu des anomalies des processus humoraux. Il fixera quant à lui un cadre d'étude de la maladie mentale[15].

---

[14] Ses œuvres traduites en latin ont eu beaucoup d'influence sur l'occident chrétien qui avait difficilement accès aux textes originaux en grec. Après la chute de l'Empire Romain d'Occident en 476, la médecine hippocratique a continué à être pratiquée dans l'Empire Byzantin qui a contribué à préserver les connaissances de l'antiquité grecque et latine par la compilation des textes anciens et plus tard par leur transmission aux italiens notamment par l'intermédiaire de la Sicile qui est restée possession byzantine jusqu'en 878.

[15] POSTEL J. et QUETEL C. Nouvelle Histoire de la Psychiatrie. Dunod, Paris, première Edition 1983, nouvelle édition en 1994.

III.Les Romains, les Hébreux et les Arabes

A. Les Romains

° Celius Aurelien au Vème siècle apparaît comme le dernier grand médecin latin s'inscrivant dans une lignée caractérisée par l'observation et le positivisme. Il assure une synthèse des connaissances acquises par ses prédécesseurs.

° La maladie mentale et le droit romain

Par contre sur le plan juridique, le droit romain institue l'incapacité de l'aliéné ; « Le Mente Captus » est toujours incapable, le « furiosus » reste capable dans les intervalles de lucidité. Il existe un « curateur des fous ». Les aliénés inoffensifs restent en famille. Ceux qui sont dangereux sont détenus.

A Rome, il n'y aurait pas notion de traces laissées de quelconque habitat pour les fous ; quelques établissements charitables seraient apparus à la fin de l'empire pour les accueillir.

Ce sont les Nestoriens, les chrétiens d'Orient, connaissant parfaitement le grec, qui transmettront les connaissances de la médecine grecque, ayant traduit des ouvrages grecs en syriaque. Lorsque les médecins nestoriens soignent des califes importants, leurs livres syriens sont traduits en arabe et susciteront l'intérêt des médecins arabes.

B. Les Hébreux

1) Le monothéisme

Ils apportent une conception religieuse monothéiste, s'inscrivent en faux contre le polythéisme et la magie, la maladie est la punition des péchés et les prêtres apparaissent comme des guérisseurs, ils sont reconnus messagers divins et de haut rang social. La culpabilité constitue un lien spécifique de la personne à sa maladie dont il n'est plus victime mais responsable. « Yahvé te frappera de délire, d'aveuglement et d'égarement des sens, au point que tu iras à tâtons en plein midi comme l'aveugle va à tâtons dans les ténèbres, et tes démarches n'aboutiront pas ».[16]

2)Dans la Société, Chassés ou tués

---

[16] Bible. Deutéronome. 28.28.

En l'absence de toute institution pour accueillir et soigner ses malades, ceux qui perturbaient l'ordre public étaient soit chassés de la communauté soit condamnés à mort pour se débarrasser des mauvais esprits qui les habitaient. Ainsi chassé, il n'est plus homme mais mi-homme, mi-animal[17] comme Nabuchodonosor dans le Livre de Daniel 5, 21, « fut chassé d'entre les hommes, son cœur devint semblable à celui des bêtes (…) [18]»

La psychiatrie légale plaide la cause du fou.

Il semblerait cependant que l'abandon pendant la période talmudique de la loi du Talion ou « Absolute retaliation [19]» ait permis de poser la question « qui est fou » et de rechercher chez le délinquant les raisons de sa conduite criminelle. En effet, comme nous l'avons abordé au début, les théologiens ont associé la folie à la faute par voie légale posant ainsi les prémisses de la psychiatrie légale en ce sens qu'elle peut expliquer par quel truchement d'aucun dévie du droit et du sens commun qui est à cette époque matérialisés dans les Saintes Ecritures par la volonté de Dieu. Cet aspect est particulièrement moderne dans le questionnement qu'il soulève, pouvant donner un éclairage au fait que Folie, la maladie mentale et la délinquance puissent être confondues dans une logique de la Déviance.

3)La clinique psychiatrique racontée dans la Bible

La Bible est riche de description de personnages souffrant de troubles psychiques, Job Saül et des Syriens dans II Rois 7, 6-7, celle du prophète dans Ezékiel I, 27-28, Anne Samule I. Le suicide était considéré avec indulgence comme en témoigne le sort des quatre suicidés de la Bible Samson, Saül, Achitophel et Zimri ; C'est au Moyen Age qu'il sera considéré comme un outrage, une transgression sévère.

4)Le traitement religieux des troubles ou les prêtres -médecins

De manière logique les moyens de cure étaient les prières, les incantations et les exorcismes même si quelques remèdes étaient utilisés. La place de la musique est importante, Les traitements utilisent également l'interprétation des rêves comme révélateurs de forces

---

[17] Il s'agit de processus de Lycanthropie ou boanthropie.

[18] POSTEL J. et QUETEL C. Nouvelle Histoire de la Psychiatrie. Dunod, Paris, première Edition 1983, nouvelle édition en 1994, p 647, p 28.

[19] Selon GUTTMACHER M. psychiatre légal aux Etats Unis. In : POSTEL J. et QUETEL C. Nouvelle Histoire de la Psychiatrie. Dunod, Paris, première Edition 1983, nouvelle édition en 1994, p647, p 28.

supérieures, et l'utilisation du corps à corps avec un sujet jeune et rigoureux d'un sujet malade affaibli et froid.

C. Les Arabes

1. Le contexte religieux et politique

L'Islam et son empire

Au XVII ème siècle, les Arabes sont des adeptes de Mahomet, le prophète, qui vient de créer l'Islam. Ils vont progressivement dominer l'Arabie et étendre leur influence en Egypte, en Mésopotamie, en Afrique du Nord, en Perse, en Syrie et en Espagne. Cet empire est divisé en deux pour en faciliter la gestion administrative : l'Emirat de Cordoue en Espagne et le Califat de Bagdad.

Une politique de tolérance et d'empathie pour « les pauvres d'esprit »

« La politique de la médecine arabe à l'égard des pauvres d'esprit est empreinte d'une sourate du Coran IV, verset 4 : « Ne confiez pas aux ineptes les biens que Dieu vous a confiés, mais les gérant vous-même, fournissez leur, sur ce fonds, la nourriture et les vêtements et tenez leur toujours un langage doux et honnête. »[20] Ainsi, contrairement aux chrétiens qui vivent les symptômes de la folie comme des manifestations du Diable, les Arabes considèrent au contraire que les « fous sont plutôt possédés par l'inspiration divine ».

2. La médecine arabe

Avicennes

Le plus illustre savant du monde arabe en cette période est Ibn Sina dit Avicennes au XII ème siècle, de culture persane et arabe, il est astronome, médecin et homme politique; il a écrit une œuvre impressionnante de traités, dont une quarantaine dédiée à la médecine, dans lesquels il a ressemblé les connaissances grecques, persanes, indiennes, chinoises. Les médecins arabes se préoccupent des causes, l'inflammation du cerveau, le mélange des biles sont retenus comme explications ; les anciens concepts grecs (phrénésie, mélancolie, manie…) sont repris, enrichis, décrits.

---

[20] MEYERS Claude (neuropsychiatre, expert psychiatrique auprès de l'MS, chef de service fondateurs de la psychiatrie dans les hôpitaux du Sud-Luxembourg belge et président fondateur des Habitations protégées du Sud-Luxembourg). Les Lieux de la folie. D'hier à demain dans l'espace européen. Collection « des Travaux et des Jours ». Eres éditions. 2005. P 189.

Les hôpitaux pour malades mentaux

D'autre part, alors que la recherche médicale est active, sur le précepte du Coran, les califes érigent des hôpitaux pour malades mentaux, en 705 à Bagdad, en 800 au Caire, en 1270 à Alep puis à Fez au Maroc dès le début du VIII ème siècle. Les soins dispensés, dans ces hôpitaux, sont inspirés à la fois des connaissances médicales tendant vers une curabilité et à la fois par des préceptes religieux faisant autorité, transcendance vis-à-vis du pouvoir médical, visant davantage le « prendre soin », il s'agit de la « cure d'âme » faite de musique, de danse, de spectacles et de récits merveilleux. Les médecins dirigent ces soins.

C'est en traduisant les œuvres des médecins arabes que le Moyen Age entre en contact avec la médecine grecque, ce au fil des croisades et des guerres avec les Arabes dits les « infidèles ».

Les passeurs de savoir vers le Moyen Age.

De plus, la présence de congrégations religieuses, telle celle du père Juan Gilaberto Jofre de l'ordre de Notre-Dame de la Merci, va jouer un rôle important dans la transmission des connaissances et du soin apporté aux fous depuis l'Espagne vers la chrétienté comme nous le reverrons plus tard. Si à la veille de la renaissance, les hôpitaux espagnols accueillaient des malades mentaux, il n'en allait pas de même dans le reste de l'Europe qui s'occupait, elle, « d'insensés »[21].

A part …le surnaturel

Quelques mythes ayant trait à la folie[22] transmis parallèlement à la démarche médicale empruntant déjà un esprit scientifique de la Médecine Antique sont évoqués. Le traitement de la question de la folie en Grèce Antique pourrait se résumer dans la citation suivante en latin : « Quos vult perdere, Jupiter dementat ou Ceux que il veut perdre, Jupiter les rend fous ».

Momus, fils de la nuit, La Folie d'Ajax, Héraclès ou Hercule, L'Ancien Testament relate au premier Livre de Samuel (XXI, 13-16) ;

Au total

Les concepts de santé, maladie, rétablissement

Il nous apparaît que la caractéristique fondamentale de la médecine antique est de s'être extraite et revendiquée indépendante du Religieux et du Philosophique sans s'imposer pour

[21] MEYERS Claude Les Lieux de la folie. D'hier à demain dans l'espace européen. Collection « des Travaux et des Jours ». Eres éditions. 2005. P 189.

[22] LEVER M. Le sceptre et la marotte. Paris, Fayard, 1983.

autant ; l'esprit semble être à la complémentarité ainsi les maladies pour la médecine sont de facto somatiques même si certaines ont une influence sur « l'état de l'âme, de l'esprit et du caractère[23] », là où elles étaient, pour la religion dues à l'esprit troublée par la main de Dieu. Bien que pleinement une médecine « d'organes » attachée à la matérialité et la tangibilité du corps, elle en accepte et y relie une fonctionnalité, une immatérialité par la théorie du fluide qui fait lien, interrogeant déjà intensément la question du mouvement, sans cloisonner. La finesse et l'écoute pathogénique ont permis d'élaborer un « corps » de connaissances, contenant les germes de la clinique psychiatrique notamment dans la distinction entre aigu et chronique, « entre chaud et froid » et une création thérapeutique variée.

Les prémisses de la psychiatrie

Plusieurs exemples relatés ci-dessus illustrent l'intervention divine assénant à un homme des coups pour se venger et le soumettre à sa puissance divine. La médecine grecque cohabite avec « ce surnaturel » - pour reprendre le terme de LANTERI-LAURA – en signifiant que ce n'est pas son propos, cependant, elle établit des liens et se risque à éclairer les « phénomènes de folie » par une explication médicale en sachant notamment que les traumatismes, les infections, les intoxications peuvent entraîner ces troubles ; il semblerait que cette possibilité pour la médecine de sérier certains aspects de troubles reconnus culturellement comme la folie constitue les prémisses de la Psychiatrie.

Cette disposition va se formuler au sein des civilisations qui vont suivre la tradition médicale Hippocratique comme les juifs, les arabes, les byzantins. La médecine continue d'osciller entre reconnaître « la part de ce que la culture entend par folie et dont la médecine estime pouvoir rendre compte » et la tentative de recouvrement total de la folie dans la maladie. Il s'agirait alors de ce que LANTERI-LAURA commente comme une réduction partielle ou totale de la notion sociale de folie.

Le façonnement des représentations du fou entre forces divines et impératif légal, entre tolérance sociale et peur de la contamination par le Malin et sa malignité, la raison cherche à comprendre les motivations, la logique interne, qui fait dévier le sujet de sa trajectoire de vie telle qu'elle est dictée par Dieu et à laquelle il ne peut se soustraire sous peine de ne plus être

[23] POSTEL J. et QUETEL C. Nouvelle Histoire de la Psychiatrie. Dunod, Paris, première Edition 1983, nouvelle édition en 1994, p 647, p8.

un homme mais un animal. Cette stigmatisation bestiaire et sa tragique condamnation déshumanisent celui qui la prononce, il semble s'en défendre en en saisissant une logique interne qui échappe à l'entendement et doit faire appel à un autre raisonnement pour être appréhendé, au-delà de la dialectique Droit et Déviance ; l'idée de la psychiatrie légale prend donc une place intégrative sociale en maintenant au su de la Justice et du Droit la condition humaine du Fou.

Le Moyen Age Chrétien

Histoire I

Introduction

Le Moyen Age français est une période longue de près de mille ans entre 500 et 1500 après Jésus-Christ environ, comprise entre la fin de l'Empire romain d'Occident (476) qui représente la fin, communément acceptée, de l'histoire de l'Antiquité classique – l'empire romain décadent n'a plus les ressources de s'opposer aux hordes d'envahisseurs. La fin du Moyen Âge est caractérisée par le commencement de la Renaissance en Europe et la restauration du pouvoir royal en France, vers la fin du 15e siècle.

I. Le contexte social, culturel, politique et économique

Le Moyen Âge se situe par conséquent entre l'Antiquité et les Temps Modernes.

A. Sur le plan politique

1. La puissance de l'Eglise et le morcellement de la Société Féodale

Cette période est caractérisée par le morcellement du royaume en clans rivaux, la montée en puissance de l'Eglise romane et la domination d'une classe de nobles sur la vaste majorité de la population. Même si le latin est largement utilisé à travers l'Europe par l'élite intellectuelle qui enseigne dans les grands centres universitaires de France (Paris, Toulouse, Montpellier), c'est la langue romane qui domine, un mélange de latin, de celte et de germain. Le territoire est divisé en deux, la langue d'oïl au nord et la langue d'oc au sud.

La préoccupation majeure de l'Europe Occidentale dans les dix siècles qui suivront sera de survivre aux guerres, aux épidémies et à la famine endémique, dans une insécurité permanente marquée par les invasions de barbares, par les exactions des pillards et les guerres intestines des princes.

2. Les Croisades

Le XIe siècle marque le début des Croisades, dont la première a lieu en 1095. A l'appel du pape, les chrétiens d'Occident se mobilisent pour se rendre à Jérusalem et en chasser les Turcs qui occupent la ville sainte depuis vingt ans. Des foules massives venues de toutes les régions d'Occident se dirigent vers le lieu mythique de la naissance du Christ. Malgré la lourdeur des pertes humaines qu'entraînent les nombreuses batailles et les périls du voyage, les Chrétiens parviennent à libérer Jérusalem en 1098. Cette croisade provoque un fort sentiment d'unité à travers tout le monde chrétien, sept autres croisades auront lieu au cours du 12ème et du 13 ème siècle. En revenant de ces croisades, les soldats ramèneront la lèpre.

3. La guerre de Cent Ans (1337–1453)

Le changement de dynastie coïncide avec l'une des périodes les plus sombres de l'histoire de France. L'ennemi est désormais l'Angleterre et lorsqu'il arrive au pouvoir, Philippe VI veut reprendre au royaume d'Outre Manche les territoires du sud-ouest qui ont été concédés sous le règne de son père. Toutefois, les armées des chevaliers du roi de France ne parviennent jamais à être à la hauteur des soldats d'Henri III. Il s'ensuit des défaites catastrophiques des Français contre les Anglais, d'abord à Crécy (1346), puis à Calais (1347).

B. Le système féodal et la pensée unique chrétienne

1. La rigidité et l'obscurantisme

Le système social en vigueur est féodal, aux normes et à la hiérarchisation rigides s'appuyant sur une logique de caste, conférant à un homme un statut social immuable condamnant au fatalisme. Dans cette logique, la pauvreté devient culturelle ; il devient difficile d'apprendre à lire, la lecture, de nouveau est la propriété, le privilège d'une élite, marquant ainsi, le confinement du savoir à une confiscation efficace à maintenir le système en l'Etat Théologique, à maintenir une obscurité dans laquelle seule la lumière de Dieu doit se distinguer. La pauvreté des capacités discriminantes du peuple maintenu dans l'ignorance – interdit de l'esprit critique – est proportionnelle à la grossièreté et la rigidité de la discrimination sociale opérée : les paysans-pauvres-ignorants ; le clergé – riche – détenant TOUT le savoir ; les nobles – bras armé – propriétaire de la Terre – maintien l'Ordre Religieux.

2. La Loi du TOUT et la vie éternelle

Le système de pensée est déterminé par la foi chrétienne. La montée du christianisme et les croisades dominent. L'Eglise est l'institution la plus puissante, toute la société est bâtie autour de la foi en un Dieu unique. Il y a une cause de toute chose, à l'unité de cause correspond l'unité de Loi. L'homme doit être éduqué pour ne pas se laisser confondre et corrompre par la diversité des phénomènes qui l'entourent, cette diversité est redoutée car pouvant conduire au polythéisme et à l'idolâtrie. Cette pensée théologique peut être considérée comme les prémisses de la pensée scientifique recherchant à appréhender l'ensemble des phénomènes par une Loi unique qui vaudrait pour TOUT, le Moyen Age revient sur la proposition d'Hippocrate, le principe de la critique de l'explication mythologique ou religieuse de la maladie pour redonner aux prêtres comme dans la tradition hébraïque le pouvoir-médecin aux prêtres.

La croyance qui fonde est celle que la vie ici bas prépare la vie éternelle ; le mal et la souffrance sont à subir ; l'homme qui a chu par le péché originel lutte entre le bien et le mal. La maladie est la manifestation de cette lutte et celle du châtiment, entre punition et expiation, elle est source de rédemption et purification de la faute première à laquelle tous sont unis dans le paiement du tribut universel. Cette souffrance sacralisée, est décidée comme la voie royale permettant d'accéder à Dieu et les progrès de la médecine sont difficilement concevables dans une société qui a besoin de la maladie pour tisser le lien social. C'est sur les faibles et les opprimés que cette forme du christianisme primitif se fonde.

3. Une mortalité effrayante, une espérance de vie courte

Peu après, une grave épidémie de peste noire sévit sur le pays. Apparue en 1347 à Marseille, elle s'étend rapidement sur tout le pays et fait des millions de victimes, que l'on estime à un tiers de la population de France. La catastrophe est telle et les médecins si impuissants qu'elle provoque des comportements extrêmes parmi la population, tels que le massacre de populations juives (Strasbourg, 1349), accusées d'être à l'origine du mal. D'autres épidémies au cours du XIVe siècle ajouteront encore au désastre démographique et économique qui ont frappé le royaume. L'Espérance de vie est de vingt cinq ans, la fin de la vie est toujours synonyme de maladie, de guerre ou de famine, comme nous l'aborderons par la suite il n'y a pas de maladies chroniques ; la temporalité est marquée par la nécessité de survie et de brutalité des coups assénés par la destin ; il s'agit alors de ne pas s'attacher aux êtres et aux

biens dans cette vie, cette précarité est invivable, il faut souffrir dignement pour conquérir la vie éternelle dans laquelle le temps et les attaches humaines n'ont aucune espèce de valeur. La violence est quotidienne, elle est à la racine de la vie, de fait, comme elle l'est étymologiquement à la racine du mot - vis, la force, en latin - ; elle s'érige comme essentielle et de principe au sens de BERGERET[24]ou F. HERITIER[25].

Dans un premier mouvement, le malade est impur, maudit, il doit être évité, écarté mais non exclu ; cette idée domine le Moyen Age, et stigmatise notamment les lépreux de façon à se préserver de la contamination. Le seul médecin concevable est le Christ dont le Nouveau Testament relate les guérisons miraculeuses. Dans un second mouvement, cette croyance dans le Christ - qui dit « J'étais malade et vous m'avez rendu visite. Ce que vous avez fait à un de mes frères parmi les plus humbles, c'est à moi que vous l'avez fait » - modifie peu à peu le statut des malades, les biens portants gagnant leur part de grâce en servant et partageant la souffrance des malades. Du paria qu'il fallait fuir, le malade promeut la charité et le progrès moral. Ainsi, les ordres religieux se placent-ils au centre de cette préoccupation pour les plus humbles ; le moine est médecin ou infirmier s'occupe des infirmes, l'aumônier s'occupe des pauvres et l'hospitalier s'occupe des pèlerins et des voyageurs.

C. La construction de représentations sociales

1. La culture comme support des représentations et valeur intégrative

La littérature est hagiographique construisant un récit dans le souci d'une édification morale, se rapprochant progressivement d'un récit biographique historique enclin à l'exactitude. Il s'agit de montrer que le Saint par le miracle se montre fidèle vis-à-vis des hommes dévoués, pour les conduire au repentir et au salut. Au XIIIème siècle, le thème prédominant est celui « l'âme vendue au diable » [26] Au XV ème siècle, les mystères notamment la Passion du

[24] BERGERET J, psychiatre, psychanalyste. La violence Fondamentale, l'inépuisable Œdipe. Editions Dunod, 2000.

[25] HERITIER F., anthropologue, professeur honoraire au Collège de France et directeur honoraire de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales. De la violence I, séminaire de 1996 ; De la violence II, séminaire de 1999, Paris, éditions Odile Jacob.

[26] RUTEBOEUF (1230-1285) écrit le Miracle de Saint Théophile en 1261.

Christ[27] est un sujet central, le péché originel est mis en avant et le spectacle des scènes se veut pédagogique ; la peur de fin du monde hante le monde médiéval et la mise en scène a des vertus conjuratoires, certaine s'autorisant au comique. Les représentations sont des moments de rassemblement populaire où sont célébrées des valeurs communes comme la solidarité et la loyauté. Elles ont également une valeur cathartique comme les tragédies grecques pouvaient aussi y inviter.

L'idéal aristocratique est symbolisé par le roman courtois[28] au XIIe qui évoque la quête amoureuse au sein de la cour, renversant une position mysogynique à une adoration quasi mystique pour une dame ; et la Chanson de Geste[29] apparue en fin de XV ème siècle, destinée à être déclamée, elle rapporte les exploits guerriers (gesta en latin) du VIII et IX ème siècle, le héros acquiert sa grandeur au combat dans des descriptions hyperboliques, le courage et la fidélité au suzerain sont ses qualités, le sens de l'honneur est un puissant lien social féodal et familial, la solidarité au lignage prédomine et l'idée de la patrie s'éprouve en terre étrangère notamment au moment des croisades. Les laisses étaient déclamées à la cour des seigneurs ou sur les routes des pèlerinages transmettant oralement la culture, la structuration répétitive du récit favorisait sa mémorisation, favorisant également une propagande comme la lutte contre les infidèles justifiant les Croisades.

Entre les récits religieux, guerriers et romantiques, se glissent la littérature satirique et comique notamment des parodies de la littérature courtoise comme le Roman du Renard. La Sotie, née dans la seconde moitié du XVe, ce genre tire son nom des Sots, groupes joyeux d'étudiants contestataires qui se prétendent atteints de folie. Par une exubérance verbale délirante, ils dénoncent les injustices qui les révoltent en poussant le langage jusqu'à l'absurde.

---

[27] GREBAN Arnoul (1420-1471) professeur de théologie à Paris écrit Le Mystère de la Passion en 1450, 35 000 vers, sur quatre jours avec 224 personnages.

[28] Les légendes celtiques relatant les aventures du Roi Arthur et des chevaliers de la Table Ronde, la légende de Tristan et Iseult sont à l'honneur ; le roman courtois s'accommode du mariage et de l'amour en mettant en tension dans les récits le désir et l'interdit, les prétentions du chevalier sont sublimées dans les épreuves que la dame lui impose pour magnifier sa virilité. Le roman de la rose est un code de l'amour courtois allégorique, une des œuvres majeures médiévales et Perceval ou le Conte du Graal de Chrétien de Troyes.

[29] La Chanson de Roland remonte au début du XIIème siècle, est la plus ancienne chanson de geste connue, le texte a été retrouvé à la bibliothèque d'Oxford et publié en 1837.

2. La justice rendue et le statut des fous

La justice prend des allures cathartiques également, exposant encore parfois au lynchage par le peuple un condamné, un bouc émissaire dont le sacrifice ramène la paix sociale dans la ritualisation de l'exclusion sociale de l'individu, encore une fois, déviant.

La société moyenâgeuse est donc violente, l'impartialité et l'universalité du droit s'affirment. La profession juridique naît entre le XI et XII ème siècle. Trois corps de règles font Loi : les coutumes locales, la tradition romaine laïque et les nouveaux canons de l'Eglise comme les canons d'Avicenne. L'exécution capitale est en vigueur et constitue un grand moment de la vie publique, sorciers et hérétiques sont brûlés ainsi que les auteurs de crimes sexuels comme l'homosexualité et l'inceste. Elle est marquée par le rituel cathartique au cours duquel le condamné subit des humiliations et des violences de la part de la foule, le long « d'un chemin de croix » dans la ville. La peine visait à être exemplaire, affirmant la force du pouvoir toutefois en lien étroit avec la foule qui pouvait gracier le condamné ; il était dit que Dieu parlait à travers elle. Le juge s'inclinait devant cette ordalie. Tout ce processus de condamnation à mort en fait nécessitait profondément l'assentiment de la foule et opérait progressivement vers une exclusion du condamné du monde des vivants, reconnu inutile au monde, irrécupérable. La construction de l'infamie, du déshonneur le déshumanisait autorisant ainsi la foule unanime et le juge à le tuer. Cependant, en ce qui concerne notre propos, le fou, l'enfant et la femme enceinte ne peuvent être exécutés. En effet, l'acte d'exclusion sociale était considéré comme très grave, contre nature. Globalement dans la justice médiévale, la mise à mort reste exceptionnelle ; les conflits tendent à se résoudre en privé.

II. La médecine médiévale

A. La cohabitation de la médecine Antique, la médecine des Saints et la médecine profane

1. La médecine des Saints

La médecine au Moyen-Age est marquée par la cohabitation de plusieurs médecines, une médecine religieuse et ésotérique, elle est basée sur une croyance profonde selon laquelle l'homme du Moyen Age est déterminé et soumis au pouvoir divin donc catholique.
La médecine religieuse va prendre deux dimensions, toutes les deux héritées de la médecine antique : La première est la continuation du culte des dieux païens telle la tradition hippocratique, ce dernier ayant été formé par les prêtres-médecins d'Esculape. Elle est la médecine, in extenso, des Saints et de leurs miracles. Les malades, quelle que soit leur maladie, se rendent dans une basilique où ils peuvent séjourner plusieurs mois. Le Saint, médecin du corps et de l'âme, peut alors les guérir par des miracles en apparaissant dans leurs rêves. Les cierges situés autour du tombeau du saint guérisseur restent allumés toute la nuit, ce qui donne une ambiance mystérieuse propice aux visions. Les malades veillant dans l'église, souvent fatigués, ont de saintes apparitions ayant le pouvoir de guérir. Les principaux remèdes reposent sur le tombeau et ce qui l'entoure : La poussière du tombeau guérit toutes les maladies. Les fidèles récupèrent cette poussière en grattant les tombeaux. La poussière est mélangée à de l'eau ou du vin, puis bue. C'est le prêtre qui la distribue. Le voile du tombeau a le pouvoir de guérir la douleur des lèvres quand on la touche avec la bouche. Les cierges brûlent au tombeau et ont, eux aussi, un pouvoir de guérison grâce à l'huile et à la mèche brûlées. L'autel est un lieu sacré et le contact de celui-ci avec de l'eau ou du vin donne à ces derniers un pouvoir de guérison. La grille de bois de l'église a elle aussi un pouvoir de guérison par contamination positive.

2. La médecine raisonnée que nous pourrions résumer par « doctus cum libro »

En effet, ce sont les moines amenés à traduire les ouvrages grecs qui s'initient à la médecine et vont la pratiquer. Ils tentent de transmettre les œuvres d'Hippocrate et Galien. Ils recopient les manuscrits des écrits anciens, ils les étudient et surtout appliquent cet art médical auprès de ceux qui en ont besoin. Ils sont dits les moines « hospitales » et fondent les premiers des lieux d'accueil pour les indigents, futurs hôpitaux. C'est grâce aux moines qu'une certaine

idée de la médecine antique peut continuer à survivre. Malgré toutes les interdictions et tout leur intérêt pour les sciences, ils sauvent le patrimoine médical des médecins antiques. Au VIII ème siècle, la fondation de l'empire carolingien améliore un peu les conditions de vie et la médecine est de nouveau enseignée grâce aux rares manuscrits anciens encore disponibles mais l'Europe Occidentale vit dans un archaïsme profond à côté de la civilisation orientale brillante à Byzance ou à Bagdad. La médecine byzantine n'innove pas mais compile l'essentiel de l'œuvre médicale antique notamment celle de Galien, elle constituera la base de l'enseignement médical jusqu'au XVIIIème siècle ; elle parviendra en Occident par les médecins arabes et nestoriens, circulant de la Perse jusqu'à l'Espagne, comme nous l'avons vu précédemment.

3. La médecine profane

Il s'agit des pratiques divinatoires et de sorcellerie, ceux qui l'utilisent sont excommuniés par l'église tout en jouissant d'une grande popularité, plus tard, ils seront mêmes brûlés vifs sur la place publique. Outre la divination, ils guérissent les malades par des breuvages à base de plantes. Mais globalement la critique est féroce à l'encontre de ces pratiques, notamment par les dignitaires du Haut Moyen-Age les accusant de ne pas guérir grand chose.

B. L'idée de la notion de santé

1. Les conditions de vie et les conséquences

D'après les manuscrits de Grégoire de Tours *Quatre livres des miracles*, et les registres des Hôtels Dieu, on remarque les éléments suivants : l'état de santé et donc des malades dépendent des conditions de vie, de l'hygiène et de la nutrition ; Les maladies pulmonaires et ophtalmologiques sont nombreuses du fait d'un mode de chauffage précaire dans les habitations (Brasero), sans cheminée, entraînant des atmosphères humides et enfumées. Les troubles rhumatismaux, cardio-vasculaires et cancéreux ne sont que très peu mentionnés car on meurt, généralement, avant que ces dégénérescences ne se fassent sentir sauf chez les seigneurs où l'alimentation surabondante entraîne la goutte ; Les maladies infectieuses dominent ; L'hygiène en elle-même n'existe pas, cependant, les gens sont propres et utilisent beaucoup l'eau pour ses vertus apaisantes. Dans les villes, les déchets et les excréments sont évacués par une rigole au milieu de la rue. Dans les villages, les tas de fumier sont sous les fenêtres (les mauvaises odeurs et les germes se propagent dans les habitations) ou à côté d'un

puits qui, par infiltration, se trouve contaminé. Les rivières servent à la fois de source d'eau et d'égout, ce qui facilite la propagation des maladies. La majorité de la population souffre de dénutrition, exposée aux guerres, aux famines et aux intempéries, vulnérables aux épidémies.

2. La surmortalité et les épidémies

Les plaies sales et mal soignées sont par contre très courantes et conduisent fréquemment à la gangrène puis à la mort. La mortalité infantile est extrêmement importante (50 %), la femme en couche est régulièrement sacrifiée pour sauver la vie de l'enfant.

Jusqu'au VIème siècle, la lèpre n'est que très peu reconnue, mais en 549 devant une forte épidémie, un traité rend obligatoire aux évêques l'assistance aux lépreux. Ceux-ci sont considérés comme déjà morts. Dès qu'un présumé lépreux se présente, le prêtre l'accueille chez lui. Peu après, une cérémonie mortuaire a lieu avec à la place du mort sous le drap noir, le lépreux. Après l'avoir béni et donné des offrandes, le peuple se rassemble sur le parvis, le prêtre donne au lépreux une cliquette, des gants, une écuelle et lui dicte la conduite à suivre. Puis le prêtre plante une croix et un tronc destiné aux offrandes devant sa hutte. Aucun remède n'étant connu, on se contente de soigner son âme et de l'isoler. Des épidémies surviennent du VI au VIIème siècle, puis du VIII au IXème siècle.

La variole : cette maladie est grave, infectieuse, contagieuse et épidémique ; elle se caractérise par des plaques rouges devenant des vésicules puis des pustules. Elle refait son apparition au Moyen-âge après une accalmie et revient en force en Europe. De nombreux malades sont soi-disant soignés grâce à des ventouses posées aux épaules et aux jambes qui font apparaître et crever les tumeurs.

La peste : qu'elle soit bubonique ou pulmonaire, est le grand fléau au Moyen-Age. Elle est transmise par le rat noir importé involontairement d'Orient par les Croisés. Il y a plus de vingt poussées épidémiques en deux siècles, de 541 à 767, elles entraînent des millions de morts. La peste de 1348 fut le plus meurtrière de toutes. Entre la moitié et les deux tiers de la population sont décimés à ce moment. On meurt en deux jours et les condamnés sont libérés pour ramasser les cadavres par charrettes entières. Le mal est si grand qu'il y a des débordements hystériques et religieux (flagellants...). Ceux qui ne sont pas morts de la peste meurent de la famine qui s'ensuit. Comme pour le reste, les saignées et les lavements sont les seuls remèdes

prescrits. Quant à la cause de l'épidémie, elle est attribuée à la conjonction de trois planètes au début de l'année.

3. Les traitements

Les traitements du Moyen Age comprennent : la saignée, les clystères ou lavements, consistant à envoyer de l'air par l'anus pour dégager les intestins, les ventouses, après les avoir chauffées sont placées sur le corps pour attirer les « mauvaises » humeurs ; Les amputations et les cautérisations à l'huile bouillante ou au bois chauffé, forme embryonnaire de la chirurgie, jugée indigne des médecins, elles sont pratiquées par les barbiers, seul traitement contre la gangrène ; les plantes médicinales utilisées en tisanes, décoctions, cataplasmes. Les moines en développent l'utilisation en créant les premiers jardins botaniques et pharmaceutiques ; potions, pommades, sirops, fabriqués par les apothicaires visent à rééquilibrer les humeurs, ils doivent être composés d'ingrédients appartenant aux trois régimes : animal, minéral, végétal - des pierres précieuses sont souvent rajoutées en raison de leurs vertus magiques ; les bains et les régimes alimentaires (diètes) font également partie des prescriptions courantes de l'époque, ainsi que l'exercice physique.

L'accouchement n'est pas l'affaire des médecins mais des sages-femmes. Les forceps sont connus depuis l'antiquité. Le métier d'arracheur de dents existe, sans lien avec les médecins.

La fondation d'universités dans tout l'Occident chrétien va stimuler les échanges avec le monde Musulman et créer les conditions d'un renouveau général du savoir. La première école de médecine ouvre à Salerne en Italie au Xème siècle. Elle accueille des médecins Juifs, des Chrétiens de Syrie, qui font le lien avec le monde Musulman, Tous les grands médecins du XIIème siècle ont étudié à Salerne dans la tradition Galénique. Puis des universités vont se créer aussi dans des grandes villes de France (Montpellier, Reims, Lyon...).

III. Les troubles mentaux au Moyen âge.

A. La folie et les religieux

1. L'exorcisme, le pèlerinage

Coexistent également une conception médicale et populaire des troubles mentaux. Pour FOUCAULT, il s'agirait d'une période, âge d'or de la tolérance vis-à-vis de la folie[30]. La conception populaire de la folie est une possession démoniaque, la manifestation du péché, de l'hérésie ainsi visible, condamnée par l'inquisition et punissable par le bûcher, « avoir le diable au corps ». La vision médicale y est opposée. La thérapeutique ne passe pas par les médecins, mais par les Saints réputés pour avoir reçu de Dieu le pouvoir de guérir en chassant les démons comme Jacques Despars (1380-1458) pratiquant l'exorcisme.

Parallèlement à l'exorcisme, l'espoir de miracle fait organiser des pèlerinages spécialisés en Bretagne, Saint Méen et Saint Colomban (Locminé) qui guérissent les fous moyennant une neuvaine soit neuf jours de dévotions ; à Saint Mathurin de Larchant près de Nemours, Saint Hildevert de Gournay en Seine Maritime ou à Saint Dymphne de Geel en Belgique.
« Geel[31] est une commune flamande proche d'Anvers, actuellement connue pour sa colonie de malades mentaux soignés chez l'habitant depuis le XIVème siècle. » Elle existe toujours et accueillerait plus de mille pensionnaires.

2. La création de lieux de soin

Le rôle important des ordres religieux et des congrégations religieuses est à souligner dans l'accueil des malades mentaux.

---

[30] FOUCAULT M. Histoire de la folie à l'âge classique. Gallimard. Paris. 1961. Editions 1972, 688.

[31] Le culte de Dymphe. C'est sur le chemin d'un pèlerinage à Rome que la prénommée Dymphne et son confesseur furent rejoints par le roi d'Irlande, le père de la jeune fille, incestueux, qui les mis à mort. Les Flamants constatèrent de nombreuses guérisons de malades mentaux près de la tombe de la vierge martyre. Les reliques furent récupérées et installées sur une arche consacrée, permettant l'exorcisation des insensés qui passent dessous à « croupetons ». Comme les malades venaient de loin, les habitants s'organisèrent pour assurer l'hôtellerie.

L'ordre de Notre Dame de la Merci crée en 1218 est d'abord un ordre militaire dont la mission est de racheter les chrétiens captifs des Arabes. Grâce au père Jofre, cet ordre sera connu pour « sa remarquable compréhension dans l'accueil et le logement » des insensés.
Les frères de Saint Jean de Dieu appelés aussi les frères de la Charité constituent une congrégation qui sera reconnue par Pie V en 1572, créée par le portugais Saint Jean de Dieu (1495-1550) qui se mettra au service des malades les nourrissant, les logeant et les soignant. Ils essaimèrent ensuite en France, appelés par Marie de Médicis, quatre d'entre eux allèrent créer le premier hôpital de Charenton, un hôpital de la Charité dans lequel les frères servaient de gardes- malades. Saint Jean de Dieu (1495-1550) mérite d'être cité pour son œuvre hospitalière. Il est considéré comme le Saint Patron des Hôpitaux Psychiatriques.
Italien des Abruzzes, Saint Camille de Lellis (1550-1614), soldat d'abord, à la suite d'une blessure fut hospitalisé dans un hôpital d'incurables, cette épreuve le dirigea vers la prêtrise et il créa une société pieuse reconnue par Grégoire XIV en 1591. Il s'agit de la congrégation de la Première Croix Rouge, les camilliens sont alors responsables à Rome de l'hôpital du Saint Esprit qui servit de modèle à Saint Vincent de Paul.

3. Les hospitales, les aumoniers

Grâce à la richesse de l'Eglise et à la générosité des catholiques de l'époque, les hospices, « Hôtels Dieu » ou pauperes apparaissent, destinés à l'accueil des pèlerins, pauvres, femmes enceintes, orphelins, incurables. L'accueil donne droit à un bain de pieds, un bol de soupe, un lit en commun, et un peu d'argent. Au XIIème siècle, après la construction de l'hôtel-Dieu de Lyon, les malades y sont accueillis, séparés « des autres », dirigés vers la « Charité », un autre établissement. Dès lors, les plus grands médecins vont venir travailler en ces lieux[32]. L'hôpital est né, doté de grandes pièces mal chauffées, aux plafonds trop hauts pour éloigner « les fumées des malades », de lits à plusieurs places et de malades « mélangés ».

4. Saint Thomas d'Aquin (1225-1274)

Il est l'un des théologiens à s'intéresser à ce scandale « la perte de la raison », amentes ou et furiosi deux modalités d'inaccessibilité à la relation humaine du fait de l'insania, la perte de la capacité « de maîtrise rationnelle des appétits inférieurs [33] » ; Il développe de multiples

[32] Le pape Innocent II en 1215 ayant décidé de laisser aux laïcs le soin de guérir et réparer le corps.

[33] POSTEL et QUETEL. Nouvelle histoire de la psychiatrie. Dunod, première édition 1983 et nouvelle édition 1994.

réflexions notamment celle concernant L'intentio animae ou « la perte de la raison apparait alors comme une sorte d'épuisement de l'existence humaine dans la passion. C'est cette puissance d'action unique en tout homme, limitée comme l'est l'être humain lui-même. » et une clinique des Passions, incluant la tristesse, la amour et ses corollaires et enfin la stultia ou la folie de la Croix. « Le langage de la Croix est folie (stultia dans le texte latin) pour ceux qui se perdent, mais pour ceux qui se sauvent pour nous, il est puissance de Dieu [34]». Cette clinique là permet dans certaines manifestations de piété –extase, transe – à l'Inquisition notamment d'y voir le divin là où peut être un psychiatre anachronique y verrait le délire. Dans la toute puissance de la Foi et du sacrifice du Christ sur la Croix, « L'édifice s'écroule là où le sujet s'affirme dans son doute et sa solitude[35] ».

B. **La cité des fous au Moyen Age**.

La société médiévale est complexe et la place du fou-malade mental ne semble pas pouvoir se résumer et s'identifier clairement.

1. **Les familles et les soins**

Le Moyen Age organise l'incapacité civile du malade mental, mais oblige sa famille, si cela est possible, à assurer la garde du malade. En dehors d'une alternative familiale, il peut être parfois incarcéré dans des donjons comme les « tours des fous », les *Narrentürmer*, observées dans certaines régions germaniques; le fou « étranger » peut être expulsé hors la ville ; Les Hôtel-dieu accueillent les malades mentaux au même titre que les autres malades, également, en commençant à réserver aux fous des salles spécialisées. Ils bénéficient d'une certaine tolérance et intégration sociale, des soins leur sont adressés ce qui laisse supposer déjà une structure sociale où le malade circule dans la société. Cette notion de circulation est également valorisée par la dimension de la folie comme parcours initiatique à visée expiatoire et à visée maturative telle une méditation.

---

[34] SAINT PAUL. Première Epître aux Corinthiens, 1 Co, 1, 18 et 3, 18.

[35] POSTEL et QUETEL. Nouvelle histoire de la psychiatrie. Dunod, première édition 1983 et nouvelle édition 1994, p 647, p54.

2. Les Léproseries

Afin de protéger la cité, la réouverture des léproseries, situées aux portes de la ville, est prônée par les édiles. Ces maladreries avaient été créées à l'époque des croisades pour faire face à l'épidémie de lèpre, véhiculée par les soldats revenant d'Orient. Il y eut plus de deux mille léproseries sous Saint Louis. Dans le Sud, il s'agissait de petites maisonnettes appelées des « bordes » ; dans le Nord, il s'agissait de bâtiments situés hors des villes. Les ladres selon Meyers n'étaient pas exclus de la cité où ils pouvaient demander l'aumône.

« L'image de la lèpre incurable a longtemps enflammé les esprits, mais a vu décroître sa virulence avec la fin des croisades ; allaient alors se multiplier les faux lépreux, désireux de bénéficier d'un statut social favorable. Saint Lazare à Paris sera la plus grande des léproseries. »

En Angleterre, en Ecosse, en Allemagne, ce phénomène de reconversion des léproseries de façon à accueillir les pauvres se poursuit, au fur et à mesure ; après avoir hébergé les personnes atteintes de maladies vénériennes, petit à petit, les incurables, les insensés et les délinquants vont s'y retrouver. La population est informe, c'est l'architecture qui lui donne une définition sociale.

3. « le *Narrenschiff*, la nef des fous »

A la fin du Moyen Age, un habitat étrange pour les insensés apparaît sur le Rhin et les canaux du Nord : « le *Narrenschiff*, la nef des fous ». Il s'agissait de bateaux qui cabotaient de ports en ports avec leur cargaison d'insensés. M. FOUCAULT[36] décrit en effet que les villes prenaient en charge quasiment exclusivement « leurs » insensés auxquels ainsi une sorte de citoyenneté pouvait être reconnue, et renvoyaient les « étrangers » vers des villes avoisinantes ou les livraient à des groupes de marchands bateliers ou pèlerins. Sébastien Brandt[37], écrivain alsacien, écrivit en 1494, *la nef des fous*, œuvre qui inspira Bosch pour son tableau célèbre.

Les *Tollhaus*, asiles de fous allemands sont décrits comme n'étant que cris, agressions, révoltes ; certains hôpitaux réservent des salles spécifiques pour les insensés comme au

---

[36] FOUCAULT M. Histoire de la folie à l'âge classique. Paris, Gallimard, Collection Tel, 1972, p 688.

[37] Dans cette satire, l'auteur définit le fou comme un pécheur qui doit être ramené à Dieu, ainsi, sur ce bateau trouve t on les vicieux et les infidèles tels les Turcs. Les « voluptueux » se mettent en transe devant les sirènes, les « poivrots » sont attirés par des « cataractes de liqueurs enivrantes » et des « montagnes d'or » donnent le tournis aux « fesse-mathieux ». Le bateau est construit par les fous eux même, la poupe et le gouvernail sont inversés, le capitaine a son bureau à fond de cale et le cuisinier travaille sur le grand mât. Le bateau ivre glisse, désaxé le long des berges des fleuves rhénans et des canaux flamands.

Narrhäuslein de Nüremberg puis en 1477, se construit à Francfort un bâtiment spécifique pour les insensés et les « désobéissants ». En 1376, Hambourg possède une *Cista Solidorum*. En Angleterre, Robert II fonde la dynastie des Stuart (1371-1774), cette période fut marquée par une épidémie de peste noire accompagnant la guerre de Cent ans. Les malades mentaux sont essentiellement confiés à leur famille ; cependant à Londres en 1403 est fondée Bedlam (Sainte Mary de Béthléem), institution hébergeant des insensés.

4. Un statut juridique particulier

C'est dans la loi du Moyen Age dans le décret de Gratien que d'après le droit canonique inspiré des réflexions de Saint Thomas d'Aquin que l'aliéné étant privé de sa raison, il ne peut contracté, car ne peut donner un consentement recevable au titre de « vices de consentement ». Le fou a cependant droit au baptême ce qui témoigne d'une certaine intégration dans la communauté chrétienne reconnaissant qu'il n'y est pour rien dans ce qui lui arrive mais par crainte de la profanation de l'hostie communier est rarement possible même si l'interdit n'est pas réellement prononcé et manifeste là le hiatus entre ce qu'il conviendrait de faire, accorder le sacrement et la peur d'être contaminé par profanation. Le juge au Moyen Age comme dans le droit romain pouvait nommer un tuteur pour s'occuper des biens de l'aliéné lequel doit assurer les biens et le bien de l'aliéné. Le droit pénal accorde aux fous des circonstances atténuantes et ils ne peuvent être condamnés à la peine capitale et peuvent aller en prison.

C. La folie et l'idiotie

Quelques éléments sémiologiques organisant la place sociale des pauvres d'esprit.

Il faut attendre le XIX ème siècle pour connaître les premiers travaux concernant les déficiences intellectuelles. Ainsi vont émerger des distinctions au sein de cette classe informe des pauvres d'esprit : les idiots, le imbéciles, les débiles.

1. L'idiot est inéluctablement et entièrement dépendant de son milieu. « Il était guetté dès son plus jeune âge par des infections et sa durée de vie devait être très courte. »[38] ;
2. L'imbécile est analphabète, il a un âge mental de 7 ans, il peut être « docile ou indocile », enclin parfois aux réactions antisociales ;

[38] MEYERS Claude. Les Lieux de la folie. D'hier à demain dans l'espace européen. Collection « des Travaux et des Jours ». Eres éditions, 2005 p 189.

3. La débilité quand à elle semblait moins facile à « démasquer », cette catégorie était réputée pour accueillir « des fous du roi ». Le psychiatre CHASLIN au XIXème siècle les appelait les « sots », il proposait une approche clinique suivante : « le sot ne peut pas distinguer ce qu'il dit bien et ce qu'il doit faire ; il est gaffeur, serein et vaniteux, caractérisé assez invariablement par le masque rengorgé, satisfait ou vexé. Le débile sot est incapable d'une pensée personnelle riche ; amateur de clichés, de principes, de formules toutes faites, il peut être aussi un compilateur diffluent servi par la mémoire des dates, des références et du texte des autres dont l'application est plus massive qu'adéquate. Le débile sot est capable de beaucoup de choses, sauf de finesse, d'humour et de compréhension virtuelle des autres ». Les sots selon Meyers vont animer la société moyenâgeuse et la Renaissance. Ils sont intégrés comme « fous du roi », domestiques des nobles ou du clergé, comme frères, lais des abbayes. Il semble qu'ils acquièrent un rôle politique dont nous reparlerons dans les représentations sociales de la folie que nous pourrions résumer ainsi : celui qui ne sait pas ce qu'il dit peut dire toute vérité impunément. Le système de la bouffonnerie professionnelle et de la Marotte seront une récupération d'une tradition ayant débuté avec les pauvres d'esprit.

Au total

Le Moyen Age est une période complexe dont il est difficile de ressortir une vision claire de notre sujet ; en effet, le syncrétisme est présent, l'édifice religieux si puissant se fissure progressivement pour évoluer vers une chute de la Toute Puissance divine et une volonté de conquête de l'homme souhaitant dépasser dans cette vie sa condition absurde de souffrance.

La chute des savoirs et la découverte des nouveaux mondes, le renouvellement

« Le Moyen Age s'écroule dans une énorme bousculade historique avec la chute de Byzance en 1453, la fin de l'hégémonie papale, les mouvements de réforme en dehors de l'Eglise romaine sous l'impulsion de Luther en 1517, la chute de l'Empire germanique, la guerre de Cent ans, la découverte des territoires extra européens notamment l'Amérique en 1492 et l'invention de la typographie par Gutenberg en 1456. La poudre à canon modifie le cours des guerres. Tout comme les migrations, les pandémies (peste, choléra, syphilis) renouvellent profondément les populations. (…) La fameuse bibliothèque d'Alexandrie, connue pour

contenir jusqu'à neuf cent mille manuscrits, trésors du monde Antique, est brûlée par le calife Omar, qualifiant ces ouvrages d'hérétiques car en désaccord avec le Coran[39] ».

Au Moyen Age, « une triple chape enserre la pensée médicale. (…) les interprétations surnaturelles : la maladie est punition et la maladie est mauvais sort, les superstitions, la croyance en la magie. (…) La soumission à la volonté divine dont procède toute chose, en particulier le corps humain ; vouloir percer les secrets de la nature est sacrilège et c'est péché d'orgueil. (…).Enfin, le poids des Anciens, dans un monde où le respect de l'écrit est prépondérant, s'instruire c'est d'abord apprendre ce qui a été dit par ceux qui savent, sans le moindre esprit critique.[40] »

La charité et l'assistance de droit et de devoir divin

Pris dans ces contradictions, la médecine médiévale très fortement imprégnée du religieux amène une considération charitable et compassionnelle de la maladie et du malade, l'Eglise est soumise du fait même de sa doctrine à un devoir d'Assistance comme nous avons vu qu'elle honore en créant des lieux d'asiles, des établissements Hôtel-Dieu où il est possible pour tous ceux qui sont dehors pauvres, voyageurs, pèlerins, orphelins, errants de trouver l'hospitalité, sorte de premier concept soin « assurer la vie de l'Autre », en satisfaisant à ses « besoins essentiels » - un bol de soupe, un lit et un sou pour repartir - quand il ne peut pas, pour qu'il puisse reprendre son chemin. Il s'agit d'un lieu qui fait étape, vers lequel aller pour se rasséréner quand il n'y a nulle part ailleurs, nul autre ailleurs, que le chemin de vie est une errance et une déshérence – étymologiquement sans héritier et dont le bien revient à l'Etat. C'est de ce bien dont il s'agit dans l'hospitalité. Chez les Grecs l'hospitalité donnait droit à la Citoyenneté. Nous préciserons par la suite mais c'est déjà sensible à quel point ces questions sont d'actualité dans les réflexions sur la désinstitutionalisation et l'hospitalisation complète, dont les divergences à ce sujet entre la Psychothérapie Institutionnelle et la Réhabilitation Psychosociale sont en jeu dans la définition de l'asile : lieu d'hospitalité ou lieu de coercition et de contrôle social mais aussi dans le degré d'implication dans le soin des soignants : entre charité et professionnalisme.

---

[39] MEYERS Claude. Les Lieux de la folie. D'hier à demain dans l'espace européen. Collection « des Travaux et des Jours ». Eres éditions. 2005. P 189.

[40] TUBIANA M. Histoire de la pensée médicale, les chemins d'Esculape. Editions Champs Flammarion, 1995, p 714.

Un début d'intégration

Le fou peut être malade mental, sujet de soins comme les autres dans des lieux adaptés avec un désir de curabilité ; il peut être délinquant et criminel et bénéficier de peines allégées mais peut aller en prison ; il est membre de sa famille, qui en a la responsabilité selon la volonté du juge pour garantir son bien ; ainsi, il est reconnu par le droit et la justice dans sa particularité ; mais il ne peut s'y inscrire réellement ne pouvant contracter – il est hors du contrat social -. Donc la notion d'intégration est là, la tolérance est certaine, la Société est prise dans des contradictions qui elles aussi nous rappellerons dans l'actualité de la question de la citoyenneté. Les droits sont amputés et les devoirs inexistants au Moyen Age, il ne lui est rien demandé, sinon de rester dans sa condition. Il est un poids à supporter avec tolérance et sacrifice pour l'entourage et la Société car il est la figure du Christ et permet aux « normaux » de gagner leur paradis.

La Renaissance de 1492 à 1558

Histoire 1

I. Le contexte politique, culturel et économique

A. Les artistes sont encensés

La Renaissance française s'étend de 1492, découverte de l'Amérique à La mort de Charles QUINT en 1558. Elle marque également le début de l'Age classique qui s'étendra jusqu'à la révolution française en 1789. Elle est précédée de La Renaissance Italienne (le quatrocento) à la fin du XIVe correspondant à l'époque médiévale de Saint Louis en France, alors que beaucoup de chefs d'œuvre sont anonymes et d'inspiration religieuse, en Italie, le culte de la beauté et de la gloire se développe, les plus grands artistes sont encensés comme Léonard de Vinci, Raphaël, Michel Ange, Titien. L'influence en France de la Renaissance Italienne se fera sentir dans un premier temps au niveau de l'architecture débouchant sur la construction des châteaux de plaisance de la vallée de la Loire.

1. Un foisonnement scientifique, artistique, littéraire

Au XVI ème siècle ou Cinquecento, la Renaissance s'étend à toute l'Europe. Il s'agit d'une période de foisonnement littéraire, artistique, scientifique, d'une redécouverte de l'homme et du monde.

Les écoles scolastiques sont mises à mal, les auteurs grecs de l'Antiquité règnent de nouveau dans les universités. L'humanisme s'infiltre dans toute l'Europe grâce aux étudiants voyageurs, aux imprimeurs et aux clercs, diplomates des conciles» [41] . « L'esprit d'indépendance gagne les hommes, ils s'affranchissent du ciel et certains s'intitulent créateurs et maîtres du monde. » Il s'agit en France de penseurs comme RABELAIS et MONTAIGNE, en Italie, Pic de la MIRANDOLE, en Angleterre, SHAKESPEARE. COPERNIC organise la physique et JANSEN découvre le microscope en 1590.

Cette époque est marquée par les guerres et l'urbanisation, à l'origine du vagabondage et de la mendicité qui étendra sa misère jusqu'à l'époque suivante.

---

[41] MEYERS Claude. Les Lieux de la folie. D'hier à demain dans l'espace européen. Collection « des Travaux et des Jours ». Eres éditions. 2005. P 189.

2. La genèse de l'esprit scientifique

Elle est aussi le temps de « la genèse de l'esprit scientifique »[42]. Il s'agit pour les Hommes de s'écarter « de la Vérité Révélée » pour explorer le monde et s'éprouver dans une quête de compréhension de ce qu'il est, de ce qu'est la réalité qui l'entoure, sous « le désordre des apparences », pour en déchiffrer des lois. Il s'agit de s'intéresser à autre chose qu'à un Dieu, présenté comme prisme unique d'appréhension du monde.

L'humanisme, le progrès des techniques, la découverte du nouveau monde et la Réforme semblent constituer des leviers majeurs quand à la naissance de la science. L'esprit critique comme outil discriminatif majeur de séparation su semblable et différent, est une qualité déjà valorisée comme nous l'avons évoqué par HIPPOCRATE.

3. L'humanisme à la Renaissance

Depuis l'Antiquité, le monde se construit selon un processus analogique, un raisonnement dont l'enchaînement logique se suffit à lui-même, éclairant les phénomènes les uns par rapport aux autres selon les ressemblances ou dissemblances[43].

La Première Renaissance du XII ème siècle et du XIIIème siècle est influencée par la découverte des œuvres grecques et romaines, grâce aux arabes et aux byzantins, puis par la scolastique, au travail dans les universités, tentant de concilier ARISTOTE et la Bible, tentant de conserver la cohérence de pensée qui a tenu le monde médiéval pendant dix siècles (outre la philosophie et les textes sacrés, la scolastique s'intéressera aux mathématiques).

Au XIV ème le monde médiéval s'écroule sous le poids des « malédictions » qui l'ont assaillis – la famine, la peste noire, la lèpre, la guerre de Cent Ans, les Croisades, les pillages -, les schismes se multiplient, l'Inquisition a pour mission devant ce délitement de faire régner la croyance non plus par la conviction de la foi mais par la terreur.

L'humanisme, inspiré par la lecture des sagesses antiques, débute par la volonté de redonner un autre sens à la vie humaine, celui de l'épanouissement de l'homme, sans cesser d'être croyant ; il s'agit de l'avènement d'un homme qui se place sous l'aile d'un Dieu aimant non plus condamnant ; d'un homme restant au centre du monde et maître de son destin. Comprendre l'esprit humain, développer l'esprit critique et la curiosité intellectuelle, raisonner par soi même. « L'humanisme fait le lit de l'homme prométhéen de la Renaissance,

---

[42] TUBIANA. Histoire de la pensée médicale, les chemins d'Esculape, Flammarion, 1995.

[43] Ibid

celui qui va tout remettre en question et grâce à qui la science va naître », qui va s'intéresser au monde matériel et tenter de le maîtriser.

B. Les acteurs de la Renaissance

1. Les humanistes

Desiderius ERASME (1469-1535), humaniste hollandais, d'expression latine, il fut élevé par des prêtres augustins près de Gouda. 1511, il écrivit *l'éloge de la folie*, après avoir sillonné le monde grâce à une bourse octroyée par Charles QUINT. Dans cet ouvrage, sous forme de satire, ERASME raille dans la plus grande liberté de ton les ecclésiastiques depuis le moine jusqu'au pape en passant par les prélats, les scolastiques et les théologiens.

Contemporain et ami d'Erasme, Juan Luis VIVES (1492-1540) avait vu ses parents, juifs convertis de force par les rois catholiques espagnols être brûlés sur le bûcher ; il fut impliqué par le magistrat de Bruges dans des réflexions d'ordre social, psychologique, psychiatrique, médical et écrivit De *Subventium Pauperum*, sur l'aide aux pauvres. Il s'agit là des prémisses du code de conduite des futures assistances publiques une sorte de premier rapport visant à orienter une politique sociale. Il envisage la pauvreté avec méthode distinguant différentes catégories ne nécessitant pas les mêmes approches, cherchant à adapter les mesures à chacune. Au sujet des insensés, il propose l'établissement d'un pronostic de curabilité et d'incurabilité, il évoque la question de l'administration de calmants, celle de la bienveillance et de l'enfermement avec contention. Il réorganise la charité.

2. L'Eglise

L'Inquisition

Au XIV ème siècle, l'Eglise connut le grand schisme d'Occident et l'hérésie s'insinuait aux quatre coins de l'Europe. Il fut marqué par l'éclatement de la papauté, les papes d'Avignon s'opposant à ceux de Rome, les autorités religieuses sont accusées de corruption et de débauche. L'inquisition était active, confiée par le pape Grégoire IX aux moines dominicains, elle commença à disparaître au XVI ème siècle pour être supprimée enfin au XVIIIème siècle. Le XV ème siècle vit apparaître les premiers ouvrages de démonologie, laquelle faisait lien entre sorcellerie et hérésie. L'ouvrage majeur publié en 1487 est *le Malleus Maleficarum*[44], *le*

[44] Deux moines dominicains, Sprenger et Krammer, inquisiteurs pour les diocèses de Cologne, Trèves et Mayence. La première partie de l'ouvrage conforte le lecteur dans l'existence des démons et des sorcières, ne pas y croire c'est être hérétique donc un sorcier ; la deuxième partie précise les moyens de détecter la sorcellerie ; ainsi les orgies sexuelles, les viols d'hommes par les succubes et des femmes par les incubes, démon masculin qui selon la tradition abusait des femmes pendant leur sommeil, donc par opposition aux

marteau des sorcières et débute la grande offensive inquisitrice contre la sorcellerie. Après la persécution des juifs, l'attaque se dirigea vers la sexualité. Un mouvement anti érotique allait naître par l'entremise d'une croisade misogyne : « la femme, porteur du Diable ». Du fait de leur plus faible intelligence, elles seraient prédisposées à céder à Satan. C'est avec le soutien du pape Innocent VIII, de Maximilien Ier, empereur du Saint Empire Germanique et de la faculté de théologie de Cologne que le processus s'enclenche. Les fous et les folles sont clairement considérés comme des hérétiques et subissent tortures et châtiments prescrits par l'Inquisition. La torture notamment l'épilation au fer rouge vise à recherche la marque du Diable, stigmate suprême d'infamie. Au fond, le travail de l'Inquisition – étymologiquement, tripalium en latin, instrument de torture - consistait à faire apparaitre la marque du Diable.

La Réforme

En 1517, LUTHER prend la tête d'un mouvement de Réforme qui touche toute l'Europe, il rejette la papauté, prône un christianisme austère fondé, uniquement sur la seule autorité de la Bible et des Saintes Ecritures. Les Etats y voient l'opportunité de séculariser les biens de l'Eglise et de limiter son ingérence dans les affaires d'Etat. Les guerres de religion dévastent l'Europe pendant le XVI ème siècle. Deux conséquences vont apparaître le développement de l'esprit critique et de l'esprit laïc. Luther établit également une séparation entre philosophie et théologie, entre la raison et la foi, il s'agit de mettre en évidence une nature double et contradictoire de l'homme, confronté à sa responsabilité et sa liberté face à la conscience et aux contraintes collectives. Le Concile de Trente (1545-1563) à la fin du XVIème siècle unit de manière dogmatique la Bible aux écrits d'ARISTOTE sous la bénédiction de SAINT THOMAS. COPERNIC resta à l'Index[45]jusqu'à la fin du XVIIIème siècle. DESCARTES utilisera la plus grande tolérance des pays nordiques pour développer ses idées également mises à l'Index ; Il publiera et fera de longs séjours en Hollande. La réforme semble avoir contribué à déplacer le centre de gravité scientifique dans le nord de l'Europe. COLBERT soucieux de développer la marine, fera en sorte de maintenir l'astronomie. L'académie des sciences sera fondée en 1666 face à l'université, bastion du conservatisme aristotélicien.

---

succubes, démon femelle qui séduisait les hommes pendant leur sommeil ; la troisième partie renvoie les victimes pour leur châtiment aux autorités civiles.

[45] Le contrôle des livres par l'Index est institué en 1543 condamne au bucher ou interdit les livres non en accord avec les anciens.

3. Les Sciences

La pensée platonicienne fondant la recherche du réel sur l'abstraction mathématique jouera un rôle majeur dans « la révolution scientifique de COPERNIC et GALILEE ».

La révolution de COPERNIC[46] (1473-1543), en 1543 serait considérée comme un repère de la naissance de la méthode scientifique. La Terre n'est plus au centre du monde mais est une planète parmi d'autres qui tournent autour du Soleil. Une constatation majeure se dit ainsi tout semble changer en dehors des astres dont la position et les mouvements semblent immuables. COPERNIC a révolutionné l'astronomie en s'affranchissant du système de PTOLEMEE qui dominait la pensée depuis dix-huit siècles. Il s'agissait au fond de prendre le risque de penser que la Terre n'était pas au centre de l'univers donc implicitement que le monde n'était pas anthropocentrique à une époque où il s'agissait pour l'Eglise grâce à Saint Thomas d'AQUIN de faire coïncider ARISTOTE et la Bible. COPERNIC explique et démontre par des calculs astronomiques que son hypothèse rend compte plus simplement et de cohérence du mouvement des planètes, après avoir étudié et critiqué savamment celles des Anciens, s'inscrivant dans une continuité de pensée, il pense les erreurs pour en tirer un enseignement et en expliquer les impasses. COPERNIC soulignera que son œuvre s'adresse à un public de pairs, au sein d'une communauté, seuls capable d'évaluer la pertinence de son hypothèse et de la discuter. Ce ne sont pas les calculs en soient qui sont révolutionnaires mais le principe du calcul, le cadre conceptuel – celui de la décentration - dans lequel ils s'inscrivent, en fait la loi générale sur laquelle s'appuie la recherche et la mise à l'épreuve des hypothèses. L'Eglise condamnera les théories coperniciennes en 1616, elle s'opposera en cela à la science[47].

KEPLER, l'élève de BRAHE, en étudiant le mouvement de Mars et de la Terre comprit et prouva que ces mouvements n'étaient pas des trajectoires circulaires mais elliptiques ; il en déduisit deux lois qui sont considérées comme des pièces majeurs de la pensée scientifique en physique et mécanique modernes. A partir de l'universalité des lois régissant le mouvement planétaire, le concept de force d'attraction apparaît – le Soleil étant susceptible d'agir ainsi sur les autres planètes - ; en parallèle, William Gilbert (1544-1603) découvre le magnétisme. GALILEE, théoricien mais aussi ingénieur, est le premier expérimentateur à avoir confronté

---

[46] Nicolas Copernic était un chanoine, neveu d'un puissant évêque, il écrivit ses recherches dans *De Revolutionibus orbium coelestium* qui ne parut qu'après sa mort.

[47] Galilée (1654-1642) fut emprisonné, abjura, sous la menace du bûcher en 1633, d'avoir prouvé que la Terre tourne. L'interdiction de l'Eglise de publier des livres à ce sujet cessa en 1822.

concepts et résultats expérimentaux en s'affairant à chercher des moyens de mesures. Son invention la plus célèbre en 1609 est la lunette astronomique, qui apportera « un grossissement » de la perception du monde céleste. Il publia ses découvertes en 1610 dans la revue *Sidereus Nuncius* ou le message du ciel et déclencha un « tonnerre dans le ciel social ». Au-delà des sens, la réalité est autre. Il fait sortir la physique d'une approche uniquement qualitative pour entreprendre une approche quantitative, tout en conservant une inspiration telle PYTHAGORE ET PLATON que la physique est mathématique. Les hypothèses sont infirmées ou confirmées par l'expérience donnant des mesures précises. Parallèlement, il s'intéressera au corps en mouvement et se questionnera sur le moyen de mesurer la vitesse. L'autre dimension de son génie essentielle en épistémologie est de poser non pas la question « des causes » ou « pourquoi » mais la question du « comment » c'est-à-dire « de la loi qui régit le mouvement ». Les grandeurs – comme la masse, la vitesse - deviennent mesurables et on peut en suivre les variations. La physique est née.

Isaac NEWTON (1642-1727), qui appartient quand à lui à l'âge classique, établissant les concepts de force centrifuge, de masse et d'inertie, séparant la notion de poids et de masse selon la force de pesanteur, développant quatre principes : la nature est simple, les mêmes causes produisent les mêmes effets, les qualités qui appartiennent à tous les corps dans les limites de l'expérience doivent être considérées comme les qualités universelles de tous les corps, les résultats de l'induction expérimentale doivent être tenus pour vrais jusqu'à ce que l'on découvre d'autres phénomènes qui permettent de les compléter ou de les modifier. Il peut être considéré que NEWTON vient clore un cycle débuté par COPERNIC plus d'un siècle avant, entérinant une science quantitative fondée sur l'observation et l'expérience dont l'objet est de passer d'un cas particulier à une théorie générale.

C. Le progrès par dépassement des frontières

1. La découverte du nouveau monde

« L'histoire des grands voyages apparaît comme un des actes fondateurs du monde moderne et met en évidence ce que l'on retrouvera constamment ensuite : l'impulsion que le dynamisme économique donne à la capacité d'innovation. » Vers la fin du XVème siècle, après avoir commercé avec l'Orient des denrées précieuses (La soie, les épices, l'alun) entre Venise et Byzance, l'extension de l'empire turc et la chute de Constantinople ferment les routes terrestres et maritimes vers l'Orient, l'Europe se tourne vers l'Atlantique, le Nord et le Sud Ouest. L'île de Madère, des Canaries, le golf de Guinée sont découverts au XIV ème siècle, en cherchant un passage en contournant l'Afrique du Sud, vers les Indes. Les explorateurs travaillent les plans de route avec des scientifiques reconnus, les géographes, les mathématiciens, les astronomes. En 1497, Vasco de Gama ira jusqu'en Inde et reviendra à Lisbonne en ouvrant la grande voie orientale, futur canal de Suez. Christophe COLOMB se saisissant du fait que la Terre est ronde, il nourrit la conviction de pouvoir ouvrir une voie vers l'Inde par l'Ouest ; il découvrira l'archipel des Bahamas en Octobre 1492, découvrant la réalité d'un nouveau monde. Les bornes du monde antique sont dépassées, il s'agit d'une véritable révolution intellectuelle. La notion de progrès est née et la foi en l'avenir s'oppose au conservatisme des civilisations anciennes, l'homme a soif de reconnaissance et d'aventure, il s'extrait de limites géographiques, physiques mais aussi intellectuelles, osant envisager que les grecques aient pu se tromper (la route de l'Ouest ne mène pas à l'Inde) et que la Bible soit un récit, dans l'Arche de Noé, il aurait été impossible que tant d'espèces pénétrât ; l'expérience vécue vaudrait elle plus que la théorie ?

2. La technique ou la volonté de domination de la nature

Le développement de la bourgeoisie qui se passionnant pour les avancées techniques, a une vision clairement utilitariste et lucrative du progrès.

L'imprimerie est née 1448, est une invention de synthèse, elle utilise un assemblage de pièces qui viennent de naître : la presse, le moule, la mécanique de l'horlogerie et de la joaillerie, donnera un élan magistral à la naissance et la diffusion du savoir.

L'apparition de la boussole au XIVème siècle, le calcul de la latitude, le repérage de l'étoile polaire, de la hauteur du soleil à midi par les tables de déclinaison solaire, le gouvernail permet d'avancer par vent contraire ont permis d'envisager de s'engager en haute mer; Ce changement dans les mentalités est observé par notamment l'introduction des mathématiques dans la scolastique, la valorisation dans les cours des jeux techniques autant que les jeux de

l'esprit, les savoirs se dé compartimentent, les mathématiques sont utilisés en architecture, en peinture, en navigation, en urbanisme.

Epistémologie

L'activité intellectuelle n'est plus spéculative mais empirique, pragmatique ; l'observation prime sur le raisonnement ; le progrès technique est synonyme de progrès de l'humanité même si des accidents font comprendre que tout progrès nécessite des risques mais que l'analyse des erreurs permet de nouvelles avancées. Le rapport de l'homme et la nature se modifie de manière drastique, le premier visant à dompter le second.

Cependant, il ne s'agit pas encore de science car des lois générales ne sont pas dégagées ; en effet, l'expérience technique nécessite une conceptualisation abstraite pour assurer la reproductibilité de l'expérience, pour évaluer la validité d'une hypothèse. Il s'agit de découvrir les relations qui lient les phénomènes et d'en établir des lois générales.

II. Les médecins et les malades

A. La médecine, la pauvre

1. Adapter le modèle scientifique à la médecine

Elle reste dans une pauvreté étonnante contrairement aux Arts et aux Sciences, à l'exception de l'anatomie. En effet, la médecine est confrontée d'emblée à des malades apparaissant tous différents et à l'évolution de la maladie imprévisible. « La validité en médecine de la méthode scientifique, nécessitait l'exercice conceptuel de faire entrer les sciences de la vie dans le cadre générale des sciences naturelles »[48]. A cette époque, les lois régissant la matière inanimée sont dites inapplicables à la matière vivante. Il n'y a pas de possibilité de passer du particulier au général, ni du qualitatif au quantitatif.

L'évolution de la pensée décrite ci-dessus a dégagé la conception d'un monde anthropomorphique déterminant un rapport à la maladie dans une dialectique de punition ou de récompense. Le principe du raisonnement scientifique est accepté mais l'adaptation en médecine est complexe notamment autour de la question de l'observation, pratiquée brillement depuis Hippocrate, qui dépend des présupposés de celui qui observe, qui ne cherche pas les mêmes symptômes en fonction de ce qu'il sait. La science enseigne que « l'esprit n'est capable de voir que ce qu'il cherche », donc ce qu'il connaît. Ainsi la notion d'objectivité est-elle interrogée et considérée comme un idéal vers lequel tendre en perfectionnant des outils de mesures (la mesure du poids, celle du pouls…). Ce ne sera qu'au

[48] TUBIANA. Histoire de la pensée médicale, les chemins d'Esculape. Flammarion, 1995.

XVIIème siècle que le postulat de maladie « derrière » le malade sera développé, s'apparentant à la démarche botanique, au prix de longue et fastidieuse procédure de classifications – la nosologie -, de regroupement du similaire, de séparation entre l'accessoire et l'essentiel de la symptomatologie soumise au médecin par le patient. La médecine ne débutera sa démarche scientifique également au moment où elle pourra réduire son champ d'investigation, en se dégageant des grandes pathologies atteignant l'homme de manière globale et massive du Moyen Age. L'une des caractéristique majeure de la médecine sera ce va et vient constant entre le général et le particulier dans lequel comme nous l'avons souligné en introduction, la psychiatrie s'inscrira parfaitement.

2. L'enseignement et le corpus de savoirs

En 1426, création de l'université de Louvain dont le corps professoral est religieux. Les médecins humanistes vouent une admiration profonde à GALIEN et HIPPOCRATE. Et restent très attachés aux traditions.

~ André VESALE[49] (1514-1564), né à Bruxelles, intéressé très tôt par l'anatomie, il veut juger par lui-même (oculi sac rationibus), il devient l'un des professeurs à 18 ans, de l'université de Louvain et à 23 ans, celle de Padoue, en tant que professeur de chirurgie. Bien qu'il considère GALIEN comme le plus grand anatomiste, il trouvera beaucoup d'erreurs dans ses travaux. En 1544, il devient le médecin personnel de Charles QUNIT, il allait visiter les charniers pour disséquer les corps. Il fut condamné à mort, accusé à tord d'avoir disséqué un homme vivant, Charles QUNIT, le gracie mais il dut s'exiler après commutation de sa peine en un pèlerinage obligatoire à Jérusalem. Il meurt lors du retour dans un naufrage. L'une de ses préoccupations fut celle du fonctionnement cérébral.

~ Léonard de VINCI, né près de Florence, se passionne très tôt pour une approche de « l'homme total ». Il combine incroyablement des talents artistique et scientifique, dans le domaine médical, il interrompra rapidement ses travaux en anatomie. Passionné par l'anatomie humaine, il est cependant reconnu beaucoup d'erreurs dans son travail inspiré manifestement par GALIEN dont il reproduisit les incorrections.

~ Théophrastus von Hohenheim dit PARACELSE, né à Zurich, travailla à l'université de Bale mais en perdit la chaire, ayant vilipendé les anciens praticiens. Il traita la syphilis avec du mercure, mit au point le « specific anodin », aux vertus hypnotiques,

[49] VESALE A. *De corporis humani fabrica libri septem* ou sept livres sur la construction du corps humain. 1543.

ancêtre du laudanum de SYDENHAM, utilisé pour traiter la mélancolie. Il condamne clairement l'Inquisition et aura une vie de nomade du fait de ses positions.

~ Jean WIER (1515-1588), né en Belgique, issu d'un milieu modeste, il vint en France à 20 ans pour y étudier la médecine. Il observa, en soignant le duc de Clèves atteint de mélancolie chronique et dont nombre de ses parents étaient devenus fous, que tout le monde pouvait devenir fou. Il s'insurgea contre la pratique du bûcher appliqué aux fous et du s'exiler en Westphalie au service d'une comtesse pour échapper à l'Inquisition. Il laissa plusieurs ouvrages, descriptions fines des mœurs de son temps. Il se rendit notamment à Julich et à Berg où des cas de sorcellerie étaient décrits, il examina soigneusement les accusés. En 1564, il édita à Bâle *De l'imposture et de la tromperie des diables*, dans lequel il décrivit de nombreux tableaux cliniques de troubles mentaux, il fut traduit par Grévin, médecin français en 1567.

~ Ambroise PARE (1510-1590) ancien barbier, devenu chirurgien des armées royales, puis chirurgien de Charles IX et Henri III ; outre, de remarquables descriptions de plaies et blessures, il élabore une « préscience » du risque de contagion. Il dénoncera de manière véhémente la médecine populaire tout en ayant parfois une crédulité naïve paradoxalement donnant du poids à des récits fantastiques. Il valorisera par sa pratique empirique et pragmatique un savoir-faire qui fera des barbiers-chirurgiens, les seuls praticiens capables de soulager les malades. Il permettra notamment l'arrêt de l'utilisation de l'huile bouillante et du fer rouge pour cautériser et nettoyer les plaies.

~ G. FRACASTRO (1478-1553), médecin italien, décrit le premier les maladies infectieuses et il a l'intuition de l'existence de microbes, « petites choses vivantes et invisibles transmises d'individu à individu » au moment des ravages de la Grande Vérole, de survenue brutale à la fin du XV ème siècle. En 1497, il reconnaît le rôle des contacts sexuels, ainsi que l'origine américaine du mal, introduit en Italie par l'armée espagnole, il lui donne le nom de Syphilis[50]. Il se sert d'un récit de fiction pour expliquer la propagation de la maladie.

[50] Syphilis est le nom d'un héros d'un poème de Fracastoro auquel il fait contracté ce qu'il appelle le mal français, les français ayant disséminé depuis l'Italie, cette maladie à toute l'Europe.

B. Le début des découvertes

1. La circulation sanguine de HARVEY

La première grande découverte de la médecine scientifique a été celle de la circulation du sang par HARVEY en 1626. Elle se distingue de celle de Ibn al-Nefas au XII ème siècle par plusieurs points : premièrement, le fait qu'il s'agit du résultat d'une analyse des faits et non celui d'un raisonnement logique ; deuxièmement, le fait « (…) de l'existence d'un nombre suffisant de penseurs assez libérés des idées traditionnelles pour apprécier la découverte, assez libres pour exprimer leur point de vue[51]. » ; troisièmement, « (…) implique l'existence d'une communauté capable de la comprendre, (…). »

2. La résistance au changement ou la fidélité aux Anciens

Parallèlement, les difficultés d'évolution que rencontre la médecine par rapport aux autres sciences semblent liées à la loyauté aux maîtres et aux anciens auxquels on attribue une infaillibilité, dont l'exemple de VESALE et VINCI montre à quel point l'homme ne voit que ce qu'il sait, que les médecins ne reconnaissent que ce qu'ils ont appris ou voient ce qu'ils veulent voir ; à quel point l'innovation est toujours initiée par une remise en question, une critique de ce qui existe et fait loi impliquant du courage car pouvant conduire à une condamnation à mort. Le rapport au savoir et à l'erreur est profondément questionnant. La résistance à l'innovation serait une des caractéristiques médicales. Les médecins humanistes et les rénovateurs font cohabiter une approche rationnelle et irrationnelle de la médecine.

C. Les malades mentaux à la Renaissance

L'habitat des fous à la Renaissance[52].

L'urbanisation est forte, les cités européennes s'agrandissent attirant à elles les démunis de la campagne. La police est mobilisée contre ce « quart monde » fait de « marginaux, coquins, prostituées, ivrognes, débiles, épileptiques et insensés ». La mendicité est interdite sous peine de prison ou de galère.

Les fous sont pris en charge par leur famille, par les hôpitaux aménageant des espaces ou créant des services séparés pour les accueillir, persistent encore des « tours des insensés » *les*

---

[51] TUBIANA. Histoire de la pensée médicale, les chemins d'Esculape, Flammarion, 1995

[52] MEYERS Claude Les Lieux de la folie. D'hier à demain dans l'espace européen. Collection « des Travaux et des Jours ». Eres éditions. 2005. P 189.

Narrentürmer. En Angleterre, plusieurs léproseries furent investies en hôpitaux, celle de Saint Albans devenue l'hôpital de Romennall, la maladrerie de Saint Barthélémy devenue l'hôpital de Chatham, toutes les deux dans le Kent. L'habitat global des insensés est semblable à celui de l'Allemagne.

Au total

L'humanisme et l'esprit scientifique

La Renaissance se caractérise historiquement par la bousculade d'évènements de chute des systèmes anciens, de fatalisme religieux et de renouvellement dans un processus d'ouverture et de promotion de la recherche et de la découverte. IL s'agit de trouver un autre sens à la vie que celui de souffrir. La genèse de l'esprit scientifique tend à donner du monde une représentation conquise par une démarche de progrès qui ne peut se faire sans un renoncement aux idées reçues - des Anciens – et sans bousculer l'ordre établi. L'Homme veut maîtriser son espace et s'intéresse au monde matériel alors méprisé. L'Eglise est dénoncée, faillible et corrompue, l'Inquisition est ridiculisée par quelques médecins qui risquent leur vie ; les erreurs découvrent la faillibilité des Anciens. La démystification fait rage.

Un rapport au monde numérique

Cette représentation passe par un rapport empirique, pragmatique qui mesure, quantifie et qualifie, les notions convoquées sont les données numériques et géométriques. Les instruments pour mesurer et observer sont inventés, décuplant les capacités discriminatives pour passer du monde perçu des apparences à un monde mesuré. Il s'agit de se dégager de l'évidence et s'assurer de la réalité par une tangibilité.

Les révolutions se succèdent, la Terre n'est plus le centre du monde, L'Homme de la Renaissance par ses instruments surpasse les héros grecs en poussant les limites de son monde, les Ecritures ne doivent pas être prises au pied de la lettre. Une dimension symbolique plus solide s'interpose entre les croyances et la réalité, l'imaginaire n'est plus dans la puissance de ligoter la pensée.

L'anatomie

C'est bien dans cette quête d'un ancrage par le corps et dans le corps que la dissection et l'élaboration de l'anatomie seront si magistralement déterminantes dans la naissance de la médecine scientifique par la méthode anatomo clinique.

L'urbanisation est pourvoyeuse de mendicité et vagabondage, la police règlemente l'occupation de l'espace urbain, la pauvreté est étudiée dans un rapport pour y remédier ;

l’action devant être sous tendue par la réflexion, le traitement social des insensés y est rationalisé la première fois par VIVES dans une démarche précurseur de santé publique.

La révolution de l'âge classique, le XVII et XVIIIème siècle Histoire 1

Avant d'entrer dans le contexte politique et économique de cette période, voici quelques dates afin de se repérer : L'âge classique s'étend de 1453 à 1789, La Renaissance de 1492 à 1558, la mort de Charles Quint, La révolution Française 1789, Le siècle des lumières correspond au le XVIIIème. Ces deux siècles le XVII et le XVIII ème siècle permettent le passage de la Renaissance à la Révolution Française.

I. Régime politique, situation économique et philosophico-religieuse

A. Le grand enfermement

1. Le Roi Soleil

Fils de Louis XIII, Louis XIV devient roi à cinq ans, en 1643 ; sa mère Anne d'Autriche, fait appel à son parrain le cardinal de Mazarin pour assurer la régence, ce qu'il fera jusqu'à sa mort en 1661, date à laquelle Louis IV commence son règne. Marqué par le souvenir de la Fronde, il appuie son pouvoir sur un principe de droit divin, il prône le pouvoir absolu et centralise le système du gouvernement ; il encourage par mécénat les formes d'art classique soumis à des règles académiques ; siège du pouvoir et de la Cour en 1682, Versailles est sensée par sa splendeur reflétée l'image exceptionnelle de ce « roi soleil ». Il décède en 1715, à 77 ans, ayant enterré ses enfants et ses petits-enfants ; c'est son arrière petit fils âgé de 5 ans, Louis XV qui lui succède.

2. L'enfermement pour lutter contre la mendicité

La crise économique et l'édit d'enfermement

Au XVII ème siècle, la crise économique fait rage en France, les mendiants envahissent les rues, les errants se multiplient, l'ordre social est menacé par les émeutes de la misère, « les miséreux » sont enfermés dans les maisons de force, les hospices, l'hôtel Dieu. Louis XIV proclame en avril 1657 le Grand Renfermement « pour les pauvres mendiants » de la ville de Paris et ses faubourgs. Il semblerait qu'un habitant sur cent se serait trouvé victime du Grand Renfermement à Paris au XVII ème siècle.

« *Louis, par la grâce de Dieu, roi de France et de Navarre, décida que :Les pauvres mendiants, valides et invalides, de l'un ou l'autre sexe, seraient employés dans un hôpital aux ouvrages, manufactures ou autres travaux ;Ils seront enfermés dans les maisons de l'hôpital général ;Cet Hôpital Général dépendra de la fonction royale et non plus de l'Aumônerie générale ;Défendre la mendicité dans Paris, sous peine de fouet contre les contrevenants une première fois, et de galères pour les hommes et les jeunes gens, en seconde fois ; de bannissement pour les femmes et les jeunes filles.* »

Les édits de renfermement allèrent de bon train se succédant. Plus d'une vingtaine d'édits et d'arrêtés du Parlement eurent force de loi jusqu'à la Révolution, aboutissant à la création des premières maisons spécialisées comme l'Aumônerie Générale à Lyon en 1531 et le Bureau des Pauvres de Paris en 1544.

Les conditions d'enfermement

Les placements[53] se font soit par capture sur la maréchaussée, soit suite à la présentation d'une lettre de cachet. Lors des rafles policières les « bélîtres » (vauriens) et les « caïmands » (quémandeurs) étaient enfermés. Les lettres de cachet devaient porter la signature royale, ainsi lorsqu'une famille voulait être soulagée d'un membre « insensé », elle devait rédiger un « placet », adressé au ministre de la maison royale pour les aristocrates et au lieutenant de police pour les gens du peuple. Une information était ouverte par un magistrat qui interrogeait les personnes concernées, mais aussi parents, voisins, curé. Si les renseignements étaient concordants le roi signait la lettre et la maréchaussée allait se saisir du déviant pour l'enfermer. 90 % des lettres de cachet étaient demandées par les familles en vue de l'enfermement de « marginaux et de déviants, donc de fous ».

La sortie était difficile et devait être demandée par les proches. Quelques conditions de libérations concordaient avec l'embarquement pour les colonies. Les lettres de cachet cessèrent avec la fin de la monarchie.

Coupable d'inutilité sociale, condamnation sociale approuvée de tous

L'hôpital Général se mit en place par la collaboration de deux instances le pouvoir royal et la bourgeoisie, le pouvoir ecclésiastique, n'étant pourtant pas exclu, reste à l'écart. Cependant, il

[53] MEYERS Claude. Les Lieux de la folie. D'hier à demain dans l'espace européen. Collection « des Travaux et des Jours ». Eres éditions. 2005. P 189.

s'agit de punir la misère selon LUTHER. Le misérable est perçu comme un effet du désordre donc un obstacle à l'ordre, l'église approuve donc le grand enfermement considérant les pauvres comme la lie de la société, et parmi ces pauvres ceux dont le « misère spirituelle » est la plus grande font le plus horreur sont« les insensés » . L'inutilité sociale est passible de punition et l'enfermement se justifie donc simplement pour le bienfait et le châtiment. La folie, après avoir été associée à la sottise au Moyen Age, à l'hérésie à la Renaissance, est assimilée à la pauvreté.

C'est dans l'abêtissement au travail de ces exclus que la paix sociale est négociée. Dans ce contexte de crise économique, cette population devient rapidement un réservoir de main d'œuvre bon marché dont se servent certaines entreprises comme celles qui traitent la laine, le coton cardé ou le polissage des miroirs. François Ier crée des ateliers de travaux forcés où les mendiants doivent travailler sous peine de châtiments. Cependant, le Grand Enfermement - dont le but était de remettre au travail les fainéants et d'établir un contrôle social - s'avère être un échec, les mendiants valides ne représenteront guère plus de 5 à 10 % des « enfermés » contre 90 à 95 % d'invalides. L'idée émane que le grand enfermement ne règle pas le problème de la misère, la pauvreté n'est plus seulement considérée comme une faute individuelle mais comme source d'une situation économique difficile et ayant une utilité car permettant aux riches de s'enrichir. Au total, l'enferment coûte cher et mobilise des fonds improductifs.

B. Le XVII ème siècle et la raison puis le XVIII ème siècle et les Lumières

1. Des liens entre la folie et la raison

A l'âge classique, après la Renaissance, la folie erre entre ERASME (1469-1536) qui dans *Eloge de la Folie* (1508) la relie à la raison la rendant profondément humaine et Descartes qui l'exile de la raison comme un outrage, consommant une séparation, ouvrant grande la porte de l'exclusion au XVII et XVIII ème siècles. DESCARTES dans *Le Discours de la Méthode,* définit le dualisme philosophique par lequel il reconnaît dans l'homme deux pôles : le corps et l'âme. Son ouvrage, *Les Passions de l'Ame* est reconnu comme un véritable traité de psychophysiologie où il déclare *« La prédominance des passions de notre sphère affective sur notre mode de pensée doit faire place à une prédominance de notre raison et notre volonté sur le monde des émotions et de l'affectivité. »* Baruch SPINOZA (1632-1677) décrit dans l*'Ethique* les processus mentaux avec beaucoup de minutie au travers d'une conception moniste pour lequel l'idée serait unique, formée d'une seule substance soit naturelle (matérialisme d'EPICURE) soit spirituelle (Théorie de HEGEL).

En fin du XVIIIème siècle, l'image de la mort se modifie, elle sort de la sphère du sacré, elle n'est plus le moment suprême où l'âme se défait du corps, elle est intégrée dans la maladie et l'idée de finitude s'inscrit dans l'existence au lieu d'être « évacuée » dans l'au-delà. Cette irruption de la mort dans les préoccupations humaines conduisent aux premiers actes réanimatoires et peuvent s'entendre en lien avec l'affaiblissement des croyances religieuses. L'approche du défunt est « positiviste » c'est-à-dire source de savoir.

2. La pensée médicale au XVIIème siècle

Le rationalisme médical reste pauvre et fait l'objet des railleries de BOILEAU et MOLIERE. Quelques médecins parallèlement entament une démarche scientifique comme l'anglais William HARVEY (1578-1657) découvre la circulation sanguine en circuit fermé[54] et annonce « Omne Vivum Ex Ovo, tout être vivant provient d'un germe » et Edward JENNER découvre la prévention de la variole.

La nature de la maladie

Parallèlement, SYDENHAM Thomas (1624-1689), britannique, décrit pour la première fois la notion de maladie « la nature dans la production de la maladie est uniforme et constante ; ainsi, pour la même maladie, survenant chez différentes personnes, les symptômes sont en général les mêmes ; et les mêmes phénomènes que vous observeriez dans la maladie de Socrate, vous les observeriez aussi dans la maladie d'un idiot. De la même façon, les caractères universels des plantes sont communs à tous les individus de l'espèce. » Il décrit de nombreuses maladies comme la chorée, la scarlatine, la goutte. Il marque son désaccord notamment sur l'origine utérine de l'hystérie, il amène le fait assez révolutionnaire que l'homme également peut être atteint d'hystérie. Il utilise l'opium comme calmant. Avec lui, le médecin devient un nosologiste[55] s'inquiétant de la « manière dont la nature produit et entretient les différentes formes de maladies » - il persiste le souci de trouver un ordre divin dans cette classification - ; comme le souligne FOUCAULT[56] « Une grammaire de signes s'est substituée à une botanique de symptômes. »

---

[54] HARVEY W. publie son ouvrage en 1628 à Francfort *: Exercitato anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus.*

[55] Sydenham marque le début de la nosologie qui au XIX ème siècle comptera plus de vingt mille maladies.

[56] FOUCAULT M. Histoire de la folie à l'âge classique. Gallimard. Paris. 1961. Editions 1972, 688.

Les grandes visites ou la clinique au lit du malade

Hermann BOERHAAVE (1669-1738), professeur de médecine, de botanique et de chimie à Leyde, il comprend l'importance de l'examen clinique au lit du patient et considère que les salles des malades doivent servir aux soins mais aussi à l'enseignement, naissent « les grandes visites ». J.-B. MORGAGNI (1682-1771) a utilisé le premier l'autopsie en lien avec le malade qu'était le cadavre, en d'autres termes, il s'est intéressé à l'articulation entre la maladie et la lésion anatomique, c'est le début de la méthode anatomo- clinique qui fournira un critère classificatoire tant recherché par les nosologistes au XIXème siècle. L'autopsie cherche la lésion dont l'ablation aurait pu sauver le malade.

La description des névroses

CULLEN William (1710-1790), britannique, crée en 1769 le terme de « névroses » désignant l'ensemble d'affections du sentiment et du mouvement, sans fièvre ni lésions décelables. Son ouvrage essentiel sera traduit en 1785 par PINEL.

L'homéopathie

Samuel HANEMANN (1755-1843), médecin allemand, élabore l'homéopathie, fondée sur une conception moyenâgeuse dite « des contraires » ; il tire de l'expérience de l'absorption de l'écorce de quinquina, entraînant une fièvre à forte dose et une guérison de cette fièvre à faible dose, « la loi de similitude ».

3. La médecine, ses contradictions et ses traitements

L'enseignement

Les Facultés de Médecine sont considérées comme à l'agonie. L'enfermement médical se manifeste par une pensée aliénée par la philosophie et la religion. Jusqu'à la fin du XVIIIème siècle, les médecins humanistes restent attachés et fidèles à GALIEN notamment parce que l'université est fondée sur son étude. Des querelles importantes éclatent entre médecins et barbiers-chirurgiens auxquels Louis IV accordera, reconnaissant de l'efficacité de leur service, la séparation entre « barberie » et « chirurgie » en 1691 ; il en validera l'enseignement par le collège Saint Côme. Les corporatismes sont puissants et la majorité des progrès se feront contre ces hiérarchies très conservatrices. Les médecins humanistes s'opposent également dans une configuration de « querelle des Anciens et des Modernes » aux praticiens dits « pré modernes » opposés au dogme hippocratico-galénique comme MALPIGHI (1628-1694) étudiant les tissus à l'échelle microscopique, il confirme l'hypothèse de HARVEY concernant la circulation sanguine.

Les traitements

Les médications les plus courantes sont les évacuatifs qui chassaient l'humeur corrompue, les lavements, évacuants, saignées, émétisants, sétons, sangsues, sternutatoires ; les altératifs qui diluent et adoucissent et humectent les dépôts de bile noire et les confortatifs aux vertus roboratives et cordiales, sont utilisés la teinture de quinquina et d'ipeca, mais aussi le thériaque, à la composition complexe, datant de Galien et qui sera utilisé jusqu'en 1867.

Les « trémoussoirs », fauteuils agités par une mécanique pour reproduire les secousses des routes, les voyages ayant pu guérir les mélancoliques. Les cures de manie sont calmées parfois, dans certains Hôtel-Dieu par les cures d'elléborisme[57]. Le développement de la chirurgie permet d'appréhender la maladie de manière binaire : le mal est –il opérable ou non ?

II. La place du fou dans la société du XVIIème siècle

A. Les structures d'accueil

Sont mélangés dans ces lieux d'accueil informes les « insensés », les pauvres, les délinquants, les criminels.

1. Les Petites Maisons

A Paris en 1577, la Maladrerie de Saint Germain est convertie en hôpital et est appelée « les Petites Maisons » pour « y loger, enfermer et nourrir sobrement les hommes et les femmes et autres pauvres incorrigibles ou invalides et impotents », les semi valides devant travailler dans le cadre d'un enfermement coercitif. Marie de Médicis y fit venir la congrégation des frères de Saint Jean de Dieu.

2. **Les maisons de force**,

Les lieux de « correction » le plus souvent des communautés religieuses, accueillent, moyennant une pension, les « correctionnaires ». Les insensés représentaient 20 % et y étaient en proportion plus nombreux que dans les Hôpitaux Généraux. Charenton et le Bon Sauveur à Caen se spécialisent. Une ordonnance du 3 octobre 1670 précisait que les mendiants « vicieux ou fieffés » devraient être placés dans une maison séparée pour y être employés, sous bonne garde, à un travail continuel, afin de les empêcher de troubler la discipline et l'économie de l'hôpital. Telle fut l'origine des maisons de force dans les établissements de l'hôpital Général comme Bicêtre et la Salpêtrière.

[57] D'où cette phrase de La Fontaine, « ma commère, il faut purger avec quatre grains d'ellébore ».

3. Les Dépôts de Mendicité

Ils apparaissent au XVIII ème siècle devant l'échec relatif des Hôpitaux Généraux et l'insuffisance des Maisons de Force. L'enfermement prend alors un caractère massif. De 1768 à 1789, 230 000 personnes seraient passées dans les Dépôts de Mendicité, les insensés y restent minoritaires.

B. L'Hôpital Général

1. Sa fondation

Il est fondé en 1656 par l'édit de Louis XIV, il regroupe plusieurs maisons à Paris :

La Pitié crée par Marie de Médicis en 1612 pour servir de refuge aux miséreux, où seront placées 4 à 5 mille personnes et devint en 1657 le centre administratif de l'Hôpital Général, elle accueillait aussi les enfants trouvés et les orphelins, définitivement convertie en hôpital en 1809, démolie en 1912, reconstruite et baptisée du même nom ;

La Maison de Scipion construite au XVIème siècle ;

Bicêtre, situé dans le Val d'Oise près de Créteil tire son nom d'un château construit en 1285 par Jean de Pontoise, évêque de Winchester, qui devint Wincestre puis Bicêtre, le roi édifia en 1634 à son emplacement une construction pour invalides, transformé en prison pour vagabonds, démons et forçats en attente de transfert à Brest ou Toulon, lors de la création de l'hôpital général ;

La Salpêtrière, ou Petit Arsenal, est situé dans le faubourg Saint-Victor-lez-Paris, près du confluent de la Seine et de la Bièvre, il s'agissait d'un ensemble de bâtiments où se faisait le Salpêtre, où se situaient une fonderie et des magasins, y furent accueillis les indigents, les filles incorrigibles et les femmes condamnées à la détention sur ordonnance de Louis XIV , il devint hospice pour vieillards au cours du XIXème siècle ; il devient un lieu « ni prison, ni soins », une sorte de « no man's land » juridique de l'absolutisme. « En 1701 à la Salpêtrière on retrouve la population suivante : 1894 enfants de moins de 15 ans, 329 filles de moins de 16 ans, estropiées, teigneuses, etc, 594 vielles aveugles ou paralytiques, 262 vieux mariés de plus de 70 ans, 380 correctionnaires, libertines ou prostituées, 465 vagabondes et gueuses ordinaires, 330 femmes en enfance, d'une extrême vieillesse, 300 folles violentes ou innocentes, 92 épileptiques de divers âges[58]. »

---

[58] MEYERS C. Les lieux de la Folie, d'hier à demain dans l'espace européen. Erès, collection « des travaux et des jours » : 2005, p189.

2. Son organisation

FOUCAULT[59] évoque que l'hôpital général ne recevait que 10% des insensés, 90% étant accueillis dans les Hôtel-Dieu ou dans leur famille ou dans les geôles de l'Inquisition

L'édit de fondation de l'Hôpital Général ordonnait à l'Hôtel-Dieu d'accueillir des malades envoyés alors par le directeur de l'Hôpital Général, les « dangereux » n'y étaient plus accueillis à la suite de tueries et de mutineries lors des transferts. A la révolution, les administrateurs de l'Hôpital Général adressèrent leur démission au Directoire et cette institution ayant fonctionné pendant près de un siècle et demi prit fin. Les personnels de l'Hôpital Général étaient représentés par des religieux et religieuses, recrutés parmi les femmes sans enfant et « sans embarras d'affaires ». Les statuts étaient vagues voire inexistants, ces nouvelles institutions avaient donc un caractère informe. A la veille de la Révolution, trente deux villes possédaient un Hôpital Général en France.

C. La conception des troubles mentaux

1. Le précurseur du traitement moral et la préfiguration de l'Asile Thérapeutique

Joseph DAQUIN (1732-1815) expose en 1791 les principes de l'attitude médicale qui va devenir le traitement moral : « *Je veux enfin le médecin vienne avec cette philosophie douce, consolante qui semble faire quelque chose sans agir et qui sans vouloir d'abord considérer la maladie comme un ennemi, s'attache au contraire à la caresser, pour ainsi dire, comme un ami et s'assurer si les forces vitales qui constituent précisément ce qu'on nomme la nature sont seules suffisantes avec quelques légers secours, pour détruire les causes qui paraissent vouloir éteindre le principe de la vie* ».

Le scandale de l'enfermement:

Necker lance la prise en charge de l'assistance par le gouvernement. COLOMBIER et DOUBLET en 1785, rédigent leur « instruction sur la manière de gouverner les insensés et de travailler dans les asiles qui leur sont destinés ». *Il semble s'agir d'une préfiguration de l'asile* thérapeutique. En effet, à la veille de la révolution, émerge l'idée notamment par PINEL qui travaille comme médecin à la pension Belhomme, que la folie peut être traitée médicalement dans des lieux spécifiques. Le glissement institutionnel a précédé l'effort théorique.

---

[59] FOUCAULT M. Histoire de la folie à l'âge classique. Gallimard. Paris. 1961. Editions 1972, 688.

La classification des troubles mentaux

Une première nosographie prend forme en 1721 en repérant les aliénés, les faibles d'esprit, les violents et les furieux, puis en 1733, les insensés, les aliénés, les faibles d'esprit, les « en enfance », les imbéciles et les furieux.

PARACELSE et Félix PLATTER, médecin suisse avaient jeté quelques fondements de classification des troubles mentaux, PLATTER avait publié une classification en s'attachant à leur mode d'apparition : *mentis imbeccilitas* avec les trois catégories : idiotie, la débilité et l'imbécillité ; les *mentis consternatio*, avec les états fiévreux et délires ; *mentis alienato*, démences, manies, mélancolies, alcoolémies, possessions démoniaques. TISSOT (1728-1797) écrit son Traité sur les nerfs et leurs maladies concourant ainsi à restaurer une pensée médicale autour de la folie.

2. La représentation de la folie et son enfermement

La Déraison

Ce que l'âge classique isole et condamne c'est la Déraison par peur de sa présence dans la raison elle-même ainsi, le débauché, l'homosexuel, le magicien, le suicidé, le libertin et le fou constituent ils un groupe d'individus touchés par la déraison. La déraison conduisant naturellement à la folie en les confondant. La folie ainsi sériée est repérable selon des critères normatifs et donc « dénonçables ». Les normes sociales se précisent.

La peur de la contagion

A la fin du XVIIIème siècle, des maladies multiples comme le scorbut envahissent ces lieux d'enfermement où règne l'insalubrité, la malnutrition, la promiscuité, l'obscurité, petit à petit la représentation de la folie se lie à la maladie contagieuse dans les représentations et la peur de « l'envahissement » de la société par ces malades et leur mal devient prégnante.

La réorganisation et l'abandon de l'idée du Grand Enfermement

En 1790, le Comité de Mendicité présidé par La Roche Foucault-Liancourt sépare les mendiants, les libertins et les condamnés « qui méritent quelque pitié et ne doivent pas être laissés avec les Fous » (les insensés, les épileptiques et les infirmes). En 1758, pour Mirabeau dans *l'Ami des Hommes*, il critique sur un plan économique le grand enfermement et considère que seuls les insensés et les criminels d'Etat ont leur place en prison. La folie et la criminalité sont maintenues dans la sphère publique tandis que la maladie et la pauvreté relèvent de la sphère privée. Ainsi les familles sont elles mises au premier plan pour gérer ces deux derniers points.

III. L'ambiguïté de la période révolutionnaire

A. Quelques rappels historiques

Les Etats Généraux consistent en la convocation par Louis XVI d'assemblées composées des trois ordres religieux, noble et le tiers Etat, en 1788 ; ils se transformeront en Assemblée Nationale Constituante le 9 juillet 1789 affirmant la souveraineté du peuple.

Le 14 juillet 1789, la Bastille est prise par les parisiens, le symbole de l'absolutisme tombe.

Le 26 août 1789, la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen est votée solennellement par l'Assemblée Nationale abolissant l'ancien régime politique et social, l'absolutisme et les privilèges de la Société des Ordres ; les droits inaliénables de l'Homme sont proclamés comme la liberté de pensée, de culte, d'expression, d'égalité à la naissance et en droits, propriété, sécurité, résistance à l'oppression. Il est le fondement du droit républicain, il est cité dans le préambule de la Constitution actuelle. En juillet 1792, dans le contexte de la guerre contre le roi de Bohème et de Hongrie, allié de la Prusse, la famille royale est emprisonnée.

La Convention, nouvelle assemblée est créée, élue au suffrage universel, elle adopte une nouvelle constitution, la monarchie est abolie et la République est proclamée ; Louis XVI est exécuté le 21 janvier 1793 pour trahison. Au Printemps 1793, les plus radicaux « les Montagnards » tels ROBESPIERRE et DANTON dirigent la Convention s'opposant farouchement aux Vendéens royalistes, ils instaurent la Terreur pour « sauver la République » des ennemis intérieurs et extérieurs – les puissances étrangères contre lesquelles les guerres révolutionnaires étaient déclenchées.

Le Directoire en 1795 est établi par les bourgeois modérés qui reprennent le pouvoir en guillotinant ROBESPIERRE et en instaurant une nouvelle constitution ; elle durera jusqu'au coup d'état de Napoléon BONAPARTE en 1799.

B. Les fous hors de la Révolution

Les fous échappent au grand mouvement de la libération marqué par l'abolition des lettres de cachet et la libération des victimes du despotisme. Vis-à-vis d'eux se pose une double question : protéger la société et prodiguer de soins.

1. L'enfermement et le fou

La loi 21 juillet 1791 rend les familles responsables de leurs aliénés, l'enfermement ne peut dorénavant n'avoir qu'un fondement juridique (délits ou crimes). La révolution ne pouvant renier ses principes, la répression des fous ainsi que l'abolition de leur citoyenneté trouvera

ses justifications dans le discours médical. Ce qui a amené les médecins à prendre possession de l'asile est survenu dans un second temps, ont eu lieu d'abord des considérations administratives et politiques telles que les restructurations des anciens lieux d'enfermement, la critique de la politique de la répression, la critique économique de l'assistance, l'appropriation du champ de l'« enfermement » par la folie.

2. La préfiguration de la Loi de 1838

Le fou bénéficie d'une liberté surveillée dans le cadre d'un internement institutionnalisé par l'asile, en effet leur liberté étant fondamentalement aliénée par leur folie ce qui en constitue l'essence même, elle justifie l'enfermement. La liberté de l'individu est au centre des préoccupations de CABANIS Jean Georges, médecin, qui souhaite affiner l'indication de l'enfermement des fous qui peuvent nuire véritablement à autrui ou se nuire à eux même. Il sera le premier à définir les modalités d'admission des fous dans les asiles notamment en imposant des rapports d'un médecin, d'un chirurgien et de deux témoins parents ou amis, voisin ou juge de paix. Il préfigure ainsi les éléments portés par la loi de 1838.

3. La médicalisation de la folie

Petit à petit, la folie devient objet d'observation et d'études pour les médecins, elle devient l'objet de l'homme raisonnable enclin à la maîtriser, c'est le règne de l'objectivité et de l'objectivation. La médecine mentale correspondait à une maladie unique appelée « l'Aliénation Mentale », époque qui s'étendit de 1793, la nomination de PINEL à Bicêtre (1745-1826) à 1854, date de la publication du pamphlet de JP. FALRET (1794-1870) contre les monomanies, correspondant selon G. LANTERI-LAURA au changement de paradigme de la psychiatrie.

C. Le contexte scientifique et médical du XVIIIème siècle

1. Les sciences et techniques

Le ballon des frères Montgolfier s'envole en 1783.

La révolution industrielle débute dans la seconde moitié du XVIIIème siècle, en Angleterre, par la création de la machine à vapeur par James WATT (1736-1819), un écossais, dont l'utilisation se déclinera pour pomper l'eau des mines, pour actionner les rotatives dans les ateliers, tourner les moulins à papier, etc. A ce titre, la machine à vapeur comme force motrice se substitue à celle de l'homme et ouvre des perspectives en transformant le travail et les modes de production. Le charbon indispensable au fonctionnement de ces machines devient la

source d'énergie principale. La mécanisation permet d'abord dans le textile puis la sidérurgie de produire en plus grande quantité à moindre coût. Le niveau de vie s'élève progressivement. **L'encyclopédie** est publiée de 1751 à 1772 sous la direction de DIDEROT et d'ALEMBERT, l'ouvrage est colossal et grâce à plus de cent cinquante auteurs dont MONTESQUIEU, ROUSSEAU, VOLTAIRE, BUFFON, LAVOISIER, les connaissances en vigueur à l'époque dans les domaines variés de l'agriculture, l'artisanat, les sciences, la philosophie sont répertoriées « en ordre ». Ils valorisent ainsi les écrits au delà de GALIEN et ARISTOTE.

2. La médecine du siècle des lumières

La réalité cependant, c'est une absence totale de progrès dans le traitement des maladies au quotidien, la mortalité reste effrayante notamment pour les accouchées, plus de un enfant sur deux meurent avant 15 ans, et les personnes vieillissantes c'est-à-dire plus de 45 ans.

La raison domine

Le changement de mentalité des médecins est le fruit du développement de la rationalité et de l'esprit scientifique. A la fin du XVIIIème, « on demande la preuve ». Les « Lumières » proclament la primauté de la raison sur l'ignorance et la tradition aveugle. Il s'agit de libérer l'homme aliéné par des peurs irrationnelles et superstitions, de tourner le dos aux approches surnaturelles agissant par la maladie pour punir les hommes. La société se fonde sur la « Raison ». La froideur de la raison à l'œuvre au XVIIIème siècle valorise l'expérimentation considérant magistralement « son objet » comme « un objet d'expérience » autorisant sans problème de conscience, l'inoculation de la variole à un enfant de huit ans pour tester la vaccine et la condamnation de la population Marseillaise enfermée avec les malades atteints de la peste dans le cordon sanitaire. Science sans conscience. Quand la fin c'est-à-dire le Bien de tous justifie les moyens c'est-à-dire le sacrifice du citoyen. C'est la Raison d'Etat que la Science sert.

Le XVIII ème siècle a sauté le pas de dire que l'être humain est une machine à laquelle sont applicables les lois de la mécanique et de la chimie. DESCARTES soutient le dualisme entre le corps, automate supérieur et l'âme siégeant dans la glande pinéale d'où partent les esprits animaux cheminant le long de nerfs. A l'opposé les vitalistes croient qu'un organisme vivant échappe aux lois de la matière, ils s'inspirent de la tradition du Moyen Age selon laquelle tout être humain est porteur d'une force vitale associée à la matière. Ce concept de force vitale dit de l'homme une part profondément irréductible à l'expérimentation scientifique.

Les autres sciences éclairent la physiopathologie

H. BOERHAAVE, disciple de DESCARTES, il distingue l'esprit du corps, il effectue des recherches en chimie, il défend une vision purement mécaniciste de l'organisme humain dont il veut expliquer les fonctions par des phénomènes physiques. Son élève A. von HALLER (1708-1777) distinguera les nerfs moteurs des nerfs sensitifs, il met en évidence la stimulation pour déclencher la contraction musculaire. L'électricité découverte à la fin du XVIIème siècle est envisagée comme modèle explicatif de la conduction de l'influx ou « fluide subtil » le long des nerfs. La paralysie est ainsi expliquée.

Luigi GALVANI (1737-1798) fait naître l'électrophysiologie en continuant les recherches initiées par BOERHAAVE, c'est le début de la neurophysiologie développée parallèlement et conjointement au progrès de l'anatomopathologie qui dissèque les cadavres et observe les tissus au microscope.

LAVOISIER est rendu célèbre par ses études sur la composition de l'eau en 1785 et celle de la respiration animale. La digestion et la respiration sont comprises grâce au développement de la chimie.

3. Les premiers succès : la lutte contre les maladies contagieuses.

Le début de la Santé Publique

La dernière épidémie de peste est observée à Marseilles en 1750, le rôle de la contagion étant admis même si le vecteur et l'agent ne sont pas identifiés ; des mesures d'isolement sont prises, un cordon sanitaire entoure Marseilles, l'épidémie est maîtrisée.

« La victoire sur les épidémies de peste par la politique de cordon sanitaire marque un tournant sociologique important ». Un tel cordon limite le droit à la libre circulation des individus, elle les soumet donc à l'intérêt de la collectivité dans la lutte contre la maladie. Cela est rendu possible parce que la volonté divine est écartée comme fondement d'organisation de la société, au profit de la raison. Le rejet de la vérité révélée crée un vide qui est rempli par la notion d'utilité sociale. La Société remplace Dieu comme principe de jugement ou d'action.

Evaluation statistique des thérapeutiques

La découverte de la vaccination par JENNER, la variole ayant pris la place de la peste, les épidémies sont meurtrières. L'inoculation sera la première technique utilisée pour se protéger de la Variole, JANIN utilisera pour les premières fois, les statistiques pour défendre ce traitement en raisonnant en termes de santé publique, identifiant l'équilibre souhaitable entre le risque lié au traitement qui peut tuer et celui lié à la maladie qui tue.

L'inefficacité des thérapeutiques d'Antan

A la fin du XVIII ème siècle, les médecins ne sont plus dupes du caractère « vaniteux » des thérapeutiques classiques (clystère, saignée…) mais ne peuvent se résoudre à les abandonner n'ayant rien d'autre à proposer, les malades demandant à être traités. A s'avouer trop impuissante, la médecine semble plonger les patients dans un vécu d'abandon et le risque de retour vers une médecine de charlatans.

La nosologie est toujours au programme mais confrontée à la difficulté méthodologique notamment l'élaboration des critères. La révolution culturelle qui suit est celle de l'intégration de la mort et de la réalisation non plus tant de dissections mais d'autopsies.

4. Le corporatisme médical

Les médecins forment une caste puissante très corporatiste et la Faculté se montre très conservatrice, s'accrochant toujours à l'enseignement des Anciens tout en le sachant obsolète mais n'ayant pas pu dégager une cohérence pour enseigner une science médicale face aux découvertes certes présentes mais éparses et non conceptualisées. Les rivalités font rage entre médecins et chirurgiens et entre facultés de Montpellier et Paris. La période révolutionnaire va abolir les titres et grades, chacun peut exercer la médecine, les facultés sont supprimées de même que les académies et sociétés savantes. Elles seront réinstaurées sous le Directoire. Une volonté de jacobinisme médical s'installe rejetant violement et résolument « l'ancienne médecine sacerdotale traditionnelle galénique ».

Au total

Cette période est marquée par un climat politique révolutionnaire, les Droits de l'Homme et l'humanisme sont fortement invoqués, la libération des prisonniers politiques a lieu mais les fous restent enfermés. Cette question gênante pour l'esprit les Lumières qui ne sait se positionner, voit arriver à son secours la figure médicale de PINEL qui validera l'enfermement et son maintien pour raison médicale.

L'esprit scientifique se développe et le souci de la preuve y est omniprésent, nous appellerons ça de notre jour l'Evidence Base Medecine ; la santé publique se précise avec les premiers succès thérapeutiques, notamment grâce aux statistiques.

Elle s'inscrit véritablement dans une période de transition.

Le XIXème siècle. Les Premiers Aliénistes : 1800-1860

L'âge des pionniers[60]

Histoire 2

I. Le contexte socio économique et scientifique

A. La politique instable entre République et Monarchie Constitutionnelle

1. Le consulat

De 1799 à 1804, le Consulat est mis en place après de coup d'état de BONAPARTE, il poursuit l'œuvre administrative de la révolution en renforçant la centralisation du pays ; les préfets sont à la tête des départements, il fonde la banque de France, les Lycées publics de garçons et le baccalauréat, le code civil qui unifie le droit français « code napoléon », consolidant le droit de propriété et l'autorité du père au sein de l'entité sociale fondamentale que constitue la famille. En 1804, il est sacré empereur par le pape Pie VII. Après de multiples guerres qui épuisent la France, l'empire s'effondre en 1815 à la bataille Waterloo, Napoléon est exilé en 1821.

2. La Restauration

Les Bourbons se réinstallent sur le trône de France c'est la Restauration, la Monarchie Constitutionnelle est remise en cause ; l'insurrection fait de nouveau rage réclamant le rétablissement de la République. En 1848, la seconde république est proclamée après celle de 1792, le suffrage universel est rétabli et l'esclavage est aboli ainsi que la peine de mort pour motif politique. Louis Napoléon Bonaparte, le neveu de Bonaparte est élu président de la II ème république au suffrage universel. Afin de poursuivre son mandat au-delà de quatre ans il cherche à modifier la constitution. Devant le refus qui lui est opposé il fait un coup d'état et proclame le second empire en 1852 ; Il dirigera le pays jusqu'en 1870, instaurant un régime progressivement libéral et parlementaire. Il est porté par une époque de croissance économique, l'industrie, les chemins de fer, les grands magasins, les banques, le libre échange se développent. Des grandes opérations d'urbanisme sont entreprises comme celles

---

[60] HOCHMANN Jacques. Histoire de la psychiatrie. Collection « Que sais-je ? ». PUF. Paris, première édition en 2004, la suivante en 2006. Jacques Hochmann est psychiatre et psychanalyste.

commandées au Baron HAUSSMANN. L'empire disparait avec la défaite de Napoléon III face à la Prusse.

B. Le contexte scientifique

1. Les sciences[61] et leur essor

Le Paris du début du XIX ème siècle est le lieu incontesté de la science mondiale comme Florence à une époque. COULOMB, AMPERE, ARAGO (électro aimant en 1820) établissent l'électricité, FRESNEL, l'optique ondulatoire, SADI CARNOT, la thermodynamique. Les mathématiques et la physique comptent de grands noms comme CAUCHY, FOURIER, GAY-LUSSAC, LAPLACE. La chimie est née grâce à LAVOISIER (1743-1794). Cette période est marquée, libérée du joug dogmatique de l'Eglise et des Anciens, de grandes découvertes. Les sciences expérimentales bénéficient d'un essor apparaissant comme cohérent et fulgurant contrairement à la médecine toujours aux prises avec la définition de son objet.

2. La médecine

La naissance de la méthode anatomo-clinique

~ L'autopsie. Depuis la fin XVIII ème siècle, on pressent qu'il faut associer une approche temporelle, attentive à l'histoire de la maladie, son évolution dans le temps et une approche spatiale, incarnée par la recherche, par autopsie, de la lésion mais les lésions post mortem ne livrent pas le secret de la date de leur apparition et de leur lien causal avec la maladie ou la mort.

La centralisation de l'activité médicale à l'hôpital facilite la proximité des médecins et des patients vivants et morts. La démocratisation de l'autopsie faisant dorénavant partie intégrante de la mort est citée par BICHAT[62] « c'est parce que l'homme est mortel qu'il est malade et non pas parce qu'il est malade qu'il meurt ». Le fait anatomique devient le pivot de la médecine clinique.

~ Bichat (1771-1802), anatomiste et chirurgien place l'origine des maladies dans les tissus dont le concept est innovant permettant une approche de l'organe comme constitué de plusieurs tissus dont l'identification nécessite une virtuosité technique

---

[61] Quelques découvertes majeures : Morse et le télégraphe en 1837, Lamarck en 1810, Cuvier en 1815, Champollion et les hiéroglyphes en 1820, Niepce et la photographie en 1827, Faraday et l'induction électrique en 1832, Joule en 1841, Mendel et les lois de l'hérédité en 1865, Pasteur et la fermentation du vin en 1867, Bell et le téléphone en 1876, Edison et la lampe électrique en 1878. Darwin (1809-1882) décrit la théorie de l'évolution des espèces en 1858.

[62] FOUCAULT M. Naissance de la Clinique, PUF, 1963, collection « Quadriges » 2007, p 214.

lors de la dissection. Cette idée de décomposer le complexe pour y trouver le simple est issue de la chimie et des mathématiques. La distinction se révèle féconde, se définissent les types pathologiques concernant les mêmes tissus quel que soit l'organe. Le soubassement au concept de maladie et de nosologie est trouvé. La méthode anatomo-clinique est née. LAENNEC et BRETONNEAU seront des successeurs célèbres de BICHAT.

La médecine scientifique

~ René LAENNEC (1781-1826) enrichit l'examen clinique de l'auscultation à côté de la palpation, la percussion et l'inspection et fabrique le stéthoscope. L'observation se complète de l'ouïe. L'interprétation des signes perçus à l'examen du malade devient sémiologie grâce à leur confrontation à ceux de l'autopsie. Il établit l'histoire naturelle de la tuberculose, il montre l'unicité de la pathologie malgré la variabilité des symptômes, il décrit ensuite l'ensemble des pathologies pulmonaires (emphysème, infarctus pulmonaire, dilatation des bronches…).

~ BROUSSAIS (1772-1838) publie en 1808 dans *Histoire des Phlegmasies chroniques*, une thèse soutenant que le processus pathologique à l'œuvre dans la fièvre et l'inflammation est le même. A la médecine des maladies (lésionnelle), BROUSSAIS semble vouloir substituer celle des réactions pathologiques (fonctionnelle).

~ La médecine d' « organes ». La primauté est clairement accordée à la maladie sur le malade et ceci suscite de vives résistances ; en 1877, PIORRY, membre de l'académie de médecine écrit « Ce n'est pas la maladie, être abstrait, qu'il s'agit de traiter, c'est le malade qu'il faut étudier avec le plus grand soin par tous les moyens physiques, chimiques et cliniques que la science compte. » C'est l'immobilisme qui est craint dans cette approche très spécifique de la médecine « scotomisée » par la maladie.

La médecine sociale et autres considérations

La médecine sociale qui deviendra l'hygiène publique se développe, son objet est la lutte contre la tuberculose. En 1820, Paris est le centre de la médecine européenne et Louis XVIII fonde l'Académie de Médecine. Sous le Consulat, L'Eglise est totalement exclue du fonctionnement des facultés et des hôpitaux, l'enseignement théorique est associé à l'enseignement clinique « au lit du malade » dont l'observation est la base de la pratique médicale. Dans la seconde moitié du XIXème siècle prédominent la sémiologie et la nosologie ; la clinique et l'hygiène ; les travaux de PASTEUR et de CLAUDE BERNARD; il s'agit de s'appuyer dorénavant sur une approche déterministe et une déduction logique, la chaîne de causalité recherchée est linéaire. Parallèlement le monde médical est influencé par

les « néo hippocratiques », le mesmérisme, la cosmologie et la bienfaisance de la nature, l'homéopathie connaît un grand succès.

La médecine expérimentale ou la science comme fondement de la médecine

François MAGENDIE (1783-1855) incarne ce courant qui veut rechercher la cause des maladies pour les traiter et qui insiste pour cela sur la nécessité de connaître l'homme normal. Il est considéré comme l'initiateur de la physiopathologie c'est-à-dire la médecine expérimentale, physiologiste, pharmacologiste, médecin hospitalier et professeur au Collège de France ; il étudie le mode d'action de la strychnine, puis de l'émétine dans l'ipéca, il introduit l'expérimentation sur l'animal en laboratoire ; il étudie les racines postérieures de la moelle épinière et la circulation du liquide céphalorachidien, ainsi que le rôle des canaux semi-circulaires de l'oreille dans l'équilibre. Il veut faire des sciences le fondement de la médecine.

La médecine praticienne

Son élève, Claude BERNARD[63] (1813-1878) imposera l'entrée de la médecine expérimentale prônée par son maître dans la médecine praticienne ; il introduit le concept de milieu intérieur dont une série de mécanismes assure la constance notamment au travers de la découverte de la régulation de la glycémie par le foie et le rein. Il établit le concept de fonction jouée par les tissus ou les organes pour assurer la coordination de l'ensemble du corps vivant. Il peut démontrer la validité d'une analyse entre les fonctions normales et la déviation pathologique, il renoue avec l'idée qu'une maladie peut être due au défaut d'une fonction. Il ne place pas la maladie de manière antagoniste à la santé, il décrit un continuum des phénomènes. Le paradigme posé est l'observation du malade-hypothèse physiopathologique-expérimentation. C'est le passage d'une pathologie de la forme à celle de la fonction.

La médecine microscopique

La naissance de l'anatomie pathologique microscopique ou la découverte de la théorie cellulaire naît. Ce début du XIXème siècle est marqué par la peur du microscope avec l'idée que les nouveaux instruments seraient susceptibles de créer des artéfacts et de former la réalité qu'on a déjà tant de mal à ordrer.

Pourtant, Theodor SCHWANN montre en 1831 que les animaux naissent à partir d'une cellule et qu'ils sont composés de cellules. Rodolf VIRCHOW (1821-1902) découvre les globules blancs dans le sang. Tout comme Claude BERNARD, il a l'ambition de créer une pathologie objective et scientifique mais au lieu de la baser sur les perturbations des relations

[63] Claude Bernard. *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*.

fonctionnelles, il s'agit de la fonder sur la morphologie cellulaire. La pathologie tumorale est ainsi précisée, s'appuyant sur la dialectique de cellules anormales envahissant un tissu avec des cellules normales. La multiplication et la différenciation cellulaires sont abordées, « toute cellule naît d'une cellule de la conception à la mort ». A ce niveau, VIRCHOW comprend la cellule comme l'unité à la fois morphologique et fonctionnelle de l'homme.

La microbiologie de Louis PASTEUR et la révolution pasteurienne.

~ Le concept qui prédomine à l'époque de PASTEUR est celui de génération spontanée ; à la fin du XVIII ème siècle la différence entre êtres vivants et non vivants n'apparaît pas encore clairement. Depuis FRASCASTORO, au XVI ème siècle, le principe de contagion par des germes infravisibles est reconnu. La tuberculose interroge beaucoup la communauté médicale, son étiologie infectieuse et contagieuse est rejetée. Alors que les médecins passaient des salles d'autopsies aux salles d'accouchements sans aucune précaution d'hygiène (fièvre puerpérale liée au streptocoque B), un médecin accoucheur SEMMELWEIS (1818-1865), d'origine hongroise, dirigeant une maternité à Vienne, détecte le lien entre l'hécatombe des jeunes accouchées par fièvre puerpérale et les mains « sales » des médecins passant de l'autopsie à l'accouchement sans précaution. Il préconise des règles salvatrices qui permettent des résultats spectaculaires, étayés sur le plan statistique. Il sera rejeté du corps médical n'ayant pas apprécié sa position critique sur leur pratique. Il mourra seul et fou. Pour les médecins, toute précaution est inutile puisque la cause de l'infection se trouve dans l'organisme lui-même. PASTEUR met en évidence les différents micro organismes capables de créer un type de fermentation (alcoolique, ascétique, lactique…), les conséquences sont immenses en vinification et dans la fabrication de la bière ainsi que la notion d'hérédité des caractéristiques biochimiques de ces germes. Il permet la distinction entre germes aérobies comme le charbon et germes anaérobies.

~ Un chirurgien écossais Joseph LISTER (1827-1912) tire les premières conséquences médicales des recherches de Pasteur. Avec l'acide phénique, un antiseptique, il désinfecte les plaies et valide la théorie des germes de putréfaction responsables de la gangrène post opératoire. En 1878, PASTEUR développe le concept d'asepsie et de stérilisation auprès de l'Académie de Médecine. TERRIER, un chirurgien introduit un autoclave à l'hôpital en 1883. La chirurgie moderne est née. La mortalité serait tombée de 50 à 5 % en chirurgie, de 20 à 0,3 % en obstétrique.

~ Robert KOCH (1843-1910) chef de file de la microbiologie allemande, découvre le Bacille de Koch en 1882, l'agent de la tuberculose ; les découvertes des germes s'enchainent dans une véritable classification. Un même germe peut créer des maladies différentes comme la tuberculose pulmonaire et osseuse. Ces travaux sont absolument déterminants dans la politique émergeante d'hygiène collective (adduction d'eau potable, égouts) et individuelle, la prévention naît, par prophylaxie active (pasteurisation du lait par exemple). PASTEUR, fasciné par les découvertes de JENNER, s'intéresse à la vaccination et travaille sur la question de la virulence et de l'immunité. Le vaccin contre la rage est découvert en 1885. De nouveau les statistiques viennent corroborer le succès indiscutable de cette vaccination. Le Salvarsan découvert en 1909 traite la syphilis. Huit millions de français étaient syphilitiques en 1900 soit 20 % de la population, la découverte de son traitement est une révolution.

Statistiques

Au Milieu du XIXème siècle, les maladies infectieuses sont la première cause de décès[64] en France, plus de la moitié des décès. L'espérance de vie en 1860 est de 40 ans, elle sera de 65 ans en 1950. La destinée humaine est profondément modifiée non seulement en imposant une victoire sur la maladie, en faisant reculer l'heure de la mort. La frontière entre le vivant et l'inanimé est tracée clairement, l'évolution des espèces est indiscutable, l'homme est une espèce parmi d'autres, il appartient au règne animal, après avoir découvert avec Copernic qu'il n'était déjà plus le centre de l'univers. Ces deux révolutions se sont faites contre, la première, l'Eglise, la seconde, les médecins conservateurs, les plus jeunes suivront Pasteur.

L'entrée du laboratoire en médecine clinique.

La chimie parvient à doser des substances dont le résultat est utile au raisonnement médical comme la détection du sucre dans les urines (1841)., de l'albumine dans les urines (1874), le dosage de l'hémoglobine (1879). Müller et Schonlein (1793-1864), cliniciens allemands, introduisent les acquis français notamment en pratiquant des examens comme l'analyse d'urines ou le fond d'œil au lit du malade.

De 1800 à 1860, Paris fut le centre de la médecine scientifique, cet honneur revient à Berlin et Vienne, fin XIXème siècle où des médecins américains viennent étudier. Dans tous les pays germanophones et anglophones, le médecin hospitalier associe une pratique clinique et de

[64] Aujourd'hui les maladies infectieuses sont responsables de 1% des décès en France.

laboratoire, le mot d'ordre est le pragmatisme et l'optimisation de tout ce qui est connu ; en France, la clinique continue à prédominer malgré l'avancée des recherches. Les gestes techniques auraient un « relent de manuel » et déplaisent aux médecins français. J.-M. CHARCOT (1825-1893) et F. WIDAL (1860-1929) seront des exceptions.
Grâce à PINEL puis à LOUIS on recourt aux statistiques pour évaluer les traitements. Dans ce contexte, la saignée brille par son inefficacité et le renoncement à sa pratique est demandé.
La chirurgie se heurte au XIXème siècle à deux obstacles majeurs la douleur et l'infection.
PRIESTLEY (1733-1804), père de la chimie avec LAVOISIER isole l'oxygène de l'air et crée le protoxyde d'azote, le gaz hilarant ; une cabale contre lui l'empêchera d'utiliser sa découverte ; FARADAY son élève découvre que l'éther a des propriétés analogues, HICKMAN en 1820 constate que grâce à ces gaz on peut opérer sans douleur. Seul LARREY, chirurgien des guerres napoléoniennes, en 1828, s'intéressera à ces inventions…sans plus. C'est aux Etats Unis que plusieurs dentistes utiliseront le gaz hilarant pour arracher des dents. WARREN 1846 utilisera l'éther pour une opération chirurgicale. A Londres et à Paris, les interventions sont dorénavant effectuées sous anesthésie.

Les femmes scientifiques et médecins

Ce XIXème siècle est aussi marqué par l'entrée de la première femme en médecine en France, Madeleine Brès-Gebelin (1842-1922) en 1868, mariée à 15 ans, elle doit cependant obtenir l'autorisation de son mari pour passer son baccalauréat, son inscription à la faculté de médecine nécessite l'intervention de l'impératrice Eugénie et de Victor Duruy ministre de l'instruction publique, elle fut désignée comme interne provisoire dans le service de Pierre Paul Broca, les internes hommes étant mobilisés par la guerre de 1870, elle est alors mère de trois enfants et veuve, il lui sera refusé de concourir à l'externat puis l'internat. Il faudra attendre le décret de 1885 pour que les femmes puissent concourir à l'internat, pour qu'elle puisse poursuivre et passer sa thèse de doctorat en 1875 sur *De la mamelle et de l'allaitement*. Elle sera surtout reconnue en tant que « médecin-mère de famille » à laquelle l'hygiène, la formation des directrices d'écoles maternelles et des soins de la première enfance sont confiés. Elle publiera et se destinera toute sa vie à développer la médecine de l'enfant et de la femme.

Elle sera suivie rapidement de la première femme docteur ès sciences en 1888, de la première femme pharmacienne en 1869 et de la première femme vétérinaire en 1897. A l'échelle mondiale, c'est Elisabeth Blackwell (1821-1910) qui occupe la place de première femme médecin née à Bristol, elle émigre, enfant aux Etats Unis où après une carrière d'institutrice,

elle souhaite apprendre la médecine, refusée de toutes les facultés prestigieuses, elle est finalement acceptée à New York où elle obtient major son diplôme en 1849. Refusée dans tous les hôpitaux, elle fonde son propre établissement le New York Infirmary for Indigent Women and Children en 1857. En 1868, elle fonde un collège pour former les femmes médecins et physiciens et les infirmières. Elle retourne en Angleterre en 1869, avec Florence NIGHTINGALE, elle ouvre la London School of Medicine for Women.

Maria Montessori (1870-1952) est le premier médecin femme en Italie en 1896, elle est également pédagogue et fonde la méthode éducative qui porte son nom. Elle travaillera pendant dix ans en psychiatrie où elle rencontre les enfants dits « débiles », s'appuyant sur les découvertes de deux français Edouard SEGUIN et Jean ITARD, concernant les sourds-muets et Victor, l'enfant sauvage de l'Aveyron, dont elle traduira les œuvres, elle soulève politiquement la cause de ces enfants et soutient qu'il s'agit moins d'un problème d'ordre médical que pédagogique. Elle crée la première école d'orthophonie en Italie. En 1901, elle entreprend des études de philosophie et de psychologie et s'occupe d'enfants dits normaux préscolaires. Elle crée « la première maison pour enfants » en 1907 dans un quartier populaire de Rome afin de limiter l'errance des enfants dans les rues, créant le « désordre », assurer l'éducation familiale vers une meilleure hygiène et une « meilleure harmonie » familiale. Il s'agissait d'un dispositif, entourant les parents autant que les enfants, centré autour de l'éducation, ce sont les Ecoles Montessori qui seront fermées par les fascistes en 1936, elle est obligée d'émigrer en Hollande.

« La fonction du milieu n'est pas de former l'enfant mais de l'aider à se révéler » ; « Toute personne en situation d'autorité incontestée, libre de toute critique, court le danger de devenir un tyran » ; « L'enfant nous demande de l'aider à agir tout seul » sont quelque uns de ses principes.

II. La psychiatrie

A. Les précurseurs, les aliénistes

1. Le terme de Psychiatrie

Le terme de Psychiatrie – la médecine de l'esprit, étymologiquement en grec psyché (psukhé) et iatros – prend son nom en Allemagne, à la fin du XIXème siècle. Dans l'ouvrage de J.-C. REIL et J.-C. HOFFBANER, professeurs de l'université de Hale en Allemagne, se retrouve le terme « psychiatrerie ». Johan HEINROTH (1773-1842) reprend à son compte en 1818, le terme « psychiatrie »[65]. En France, le terme apparaîtra en 1842 dans le Dictionnaire de l'Académie Française : il est synonyme de pathologies mentales et médecine mentale[66].
« Or il n'existe pas de culture sans représentation sociale de la folie, il existe de nombreuses cultures tout-à-fait dépourvues de ce que, de près ou de loin, on pourrait appeler la psychiatrie. (…) D'un point de vue à la fois logique et chronologique, les représentations sociales sont premières et la psychiatrie, quand elle existe, s'avère toujours seconde. (…) cette psychiatrie, toujours seconde, n'apparaît guère que dans des cultures où fonctionne quelque chose comme une médecine plus ou moins héritière de cette médecine grecque, hellénistique, romaine, que les byzantins, les juifs et les arabes ont transmis au monde moderne. »

2. Le premier paradigme : l'aliénation mentale

Le premier paradigme de la psychiatrie – le terme étant anachronique à cette époque – serait l'aliénation mentale pour reprendre la construction par « périodisation » et « paradigmique », inspiré par T.S. KUHN[67], selon LANTERI-LAURA serait l'aliénation mentale de 1793 à

---

[65] MEYERS Claude (neuropsychiatre, expert psychiatrique auprès de l'MS, chef de service fondateurs de la psychiatrie dans les hôpitaux du Sud-Luxembourg belge et président fondateur des Habitations protégées du Sud-Luxembourg). Les Lieux de la folie. D'hier à demain dans l'espace européen. Collection « des Travaux et des Jours ». Eres éditions. 2005. P 189.

[66] LANTERI-LAURA G. Eléments pour une histoire de la psychiatrie.

Chef de service honoraire de Hôpital Esquirol, ancien directeur des Etudes à l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.

[67] KUHN est historien des sciences, notamment de l'astronomie et de la physique théorique ; il décrit dans le développement des sciences des périodes ordinaires pendant lesquelles la conception générale admise est perfectionnée et des périodes de crises où cette conception ne permet plus de rendre compte des phénomènes connus dans un ensemble cohérent, elle est alors remplacée après un moment de grande tension par une autre conception. Ces conceptions sont appelées des paradigmes. Ainsi selon lui, la physique aristotélicienne a été remplacée par la cosmologie Copernicienne et la physique de Newton à la Renaissance et à l'âge classique ;

1854. Il s'agit d'une période qui s'écoule de la nomination de PINEL à Bicêtre en 1793 à la parution de l'article de FALRET (1794-1870) intitulé de la *Non existence de la monomanie* dans lequel il récuse l'unité de l'aliénation mentale, au nom des progrès de la médecine. Par cette maladie essentielle qui se décline selon différents aspects mais au sein d'un principe unique, la psychiatrie se distingue des autres disciplines médicales qui elles démontrent cliniquement et anatomo pathologiquement, la diversité des pathologies cardio vasculaires et pleuro pulmonaires notamment. L'unicité conceptuelle de la maladie s'appuie sur l'unicité de lieu ; l'aliénation mentale ne peut être « mélangée » avec d'autres pathologies diverses. En 1819, ESQUIROL appelle ses institutions spécifiques « des asiles » pour les distinguer des Hôtel-Dieu et des Hôpitaux Généraux. L'unité de traitement par le traitement moral est de mise s'appuyant sur le principe d'isolement, le monde et ses passions étant sources d'aggravation des troubles ; Ces délimitations claires, dialectiques soulignent la raison d'un côté représentée par l'ordre, le calme, la rigueur, une conception « arrêtée » du temps et de l'espace tandis que l'aliénation mentale a trait aux passions, à l'éparpillement, au débordement. Ce qui soigne c'est de passer du dehors au-dedans au sens propre et au sens figuré. Dès lors que le traitement moral a permis de mobiliser « la partie saine du sujet » pour contenir de manière autonome l'aliénation, alors le sujet est guéri ; la curabilité ne peut donc être envisagée que si la folie de principe ne recouvre pas l'entièreté de l'être.

3. Le nouveau personnage clé : le médecin aliéniste

Il consacre son temps à fonder, diriger et réformer les asiles d'aliénés. Il y habite, observe, connaît tous ses malades, les prend à son service parfois selon un esprit « colonialiste » - plantant son drapeau au milieu d'un territoire hostile en disant que c'est son territoire -.

« Enfin, en 1786[68], au milieu de la fermentation philosophique de cette époque, TENON publia un mémoire remarquable, dans lequel se trouve indiqué les premières notions d'un régime doux et humain pour les aliénés. Un citoyen vertueux, LA ROCHEFOUCAULT, en comprit toute la portée, et joignit plus tard ses efforts aux siens, en faisant en 1791, à l'Assemblée Constituante, plusieurs rapports qui dévoilaient l'état misérable dans lequel languissaient les aliénés (…) ».

---

au XXème siècle, la théorie de la relativité et la théorie des quanta ont constitué un changement de paradigme.

[68] TREMINE Thierry. Pinel ou mon père ce héros…Synapse, septembre 1988, N°46. Extrait du Traité complet du Régime Sanitaire des Aliénés par Scipion Pinel, Paris, 1836.

B. Le fondateur

1. PINEL, le premier aliéniste, une biographie

La maison Belhomme

PINEL (1745-1826) est considéré comme le fondateur de la psychiatrie française. Il est né dans le Tarn, dans une famille de chirurgiens barbiers, il étudie la médecine à Toulouse, Montpellier et arrive à Paris en 1778, où il rencontre des philosophes. Il écrit dans des revues de vulgarisation médicale et s'intéresse à la réforme hospitalière. Il travaille à la Maison de Belhomme et découvre le traitement de l'aliénation mentale, sensibilisé à la question suite au décès par suicide d'un ami. Il traduira les *Institutions de médecine pratique* de l'anglais CULLEN, s'intéressera aux classifications – il travaille au Museum d'Histoire Naturelle à ce moment – et écrira une *Nosographie philosophique en 1788*, sera nommé professeur de pathologie interne à l'Ecole de Santé[69]. Admirateur d'HIPPOCRATE, il s'attache davantage à l'observation et la description des maladies qu'à leur compréhension et à leur origine. Sentant qu'il semble nécessaire « d'interroger les altérations du corps » pour dégager des critères d'analyse classificatoire, il pratique beaucoup d'autopsies mais s'interroge sur la prise en compte de la plainte du patient ; la classification de 1798 sera basée sur des analogies superficielles et il ne pourra pas lier symptôme et maladie. Il regroupe les fièvres, les phlegmasies (inflammations), les hémorragies, les névroses et les lésions organiques, chacune est subdivisée.

De Bicêtre à la Salpêtrière, rencontre avec PUSSIN

En 1793, il est appelé à la Direction Médicale de l'Hospice de Bicêtre, lieu de sa rencontre fondamentale avec Jean Baptiste PUSSIN, surveillant de la loge des aliénés agités. Lui-même ancien pensionnaire de l'établissement, il a beaucoup impressionné PINEL par son approche créative et novatrice auprès des aliénés. C'est à partir de cette observation attentive, entre humanisme et fermeté de l'approche que Pinel va élaborer les principes du traitement moral. Contrairement au mythe, ce n'est pas PINEL mais PUSSIN qui libèrera de ses chaînes l'officier anglais. PUSSIN et son épouse, elle-même fortement impliquée dans le soin auprès des aliénés rejoindront PINEL à la Salpêtrière après deux ans à Bicêtre.

En 1805, Pinel rédige une thèse sur Les Passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale. En 1807, il effectue un Tour de France des lieux d'enfermement et en 1819, il rédige un rapport du ministre de l'intérieur « *des établissements consacrés aux aliénés en France et des moyens à améliorer* ».

---

[69] L'Ecole de Santé a remplacé, à la Révolution, l'ancienne faculté de médecine.

Les précurseurs du traitement moral

Il évoquera lui-même avoir été inspiré par des précurseurs comme le quaker, non médecin, William TUKE[70] (1732-1822) qui fonda la retraite de York, et qui était réputé pour user de « traitement humaniste », proposant une sorte d'éducation morale, « sous un gouvernement éclairé de type familial, fondé sur l'entraînement à la discipline des passions. »

CRICHTON à la fin du XVIIIème siècle sera souvent cité par PINEL, sensible à ce contexte social et culturel des lumières, dans lequel la conception de l'homme est nouvelle, marquée par un refus de l'arbitraire. Un débat architectural entre « le panoptique » de Bentham, inspirateur des établissements pénitentiaires et des projets de bâtiments spacieux, aérés, sans barreaux et aux larges fenêtres propices à l'entrée de la lumière et de l'air est marquant pour PINEL.

2. La naissance de « la médecine spéciale »

La recherche étiologique

Il s'agirait au fond de la première spécialité médicale à s'autonomiser, PINEL lui permet de fonder sa légitimité sur « une science des faits », il s'affranchit de la folie comme possession diabolique, la classification est raisonnée et l'approche méthodique. Il élabore une recherche étiologique, émet des hypothèses, de nature somatique, héréditaire mais aussi « il fait une large place aux passions, et en particuliers aux désirs factices suscités par le milieu social[71]. »

« PINEL préconise la mise en place d'un espace où la folie peut se déployer pour être observée, avant d'être maîtrisée rationnellement. Héritier, sur ce plan, d'HIPPOCRATE, PINEL se fait l'avocat d'une médecine expectante qui laisse la maladie suivre son cours et n'abuse pas des médications physiques (…) ».

L'autopsie

Il écrira également « L'anatomie la plus scrupuleuse n'a pu rien dévoiler sur le vrai siège et le caractère de l'aliénation mentale. » Pour lui, la folie est unique mais prend des formes variées, il élabore la nosographie suivante : manie, mélancolie, démence, idiotisme.

---

[70] HOCHMANN Jacques. Histoire de la psychiatrie. Collection « Que sais-je ? ». PUF. Paris, première édition en 2004, la suivante en 2006.

[71] Ibid

Le traité médico-philosophique est publié la première fois en 1801 et traite de « La Maladie Psychiatrique » à savoir « L'Aliénation Mentale »[72] . Cet ouvrage aurait eu un retentissement considérable sur les médecins et les philosophes comme HEGEL et MAINE DE BIRAN. « (…) il reconnaît l'apport indispensable de ceux qui vivent depuis des années avec les aliénés », il valorise ces « empiristes » et tend à vouloir abandonner un ton dogmatique.
Le fou n'est plus un « insensé », la communication reste possible avec lui, la raison n'est jamais totalement abolie ou envahie. Dans la première édition de son traité, en 1801, il évoque les limites de son traitement moral dans la question de la légitimité et la pertinence à rentrer dans la raison du Fou, il en constate l'aggravation des troubles notamment pour les mélancoliques. Faut- il entrer dans le délire ? Dans la deuxième édition de son traité en 1809, il y développe son expérience institutionnelle, montre l'importance des relations avec l'entourage familial, le milieu, les autres malades dans le déclenchement, la persistance et les aggravations de la maladie mentale. L'évolution des éditions montre à quel point PINEL se trouve dans un questionnement permanent.

Le traitement moral de la folie s'appuie sur le principe que le fou conserve en lui des bribes de raison sur lesquelles pourra s'appuyer le médecin pour entrer en contact avec lui. Une relation paternaliste de confiance et d'autorité s'établit avec Pinel qui s'appuie dit-il sur l'institution c'est-à-dire l'asile comme support et relais dans une répression et une surveillance énergique et rigoureuse pour mener à bien ce traitement. Selon lui, il faut « s'emparer de la confiance des aliénés », « pour leur faire sentir leur dépendance », pour orienter leur volonté vers des buts socialement admissibles. » Il s'agit en fait d'un traitement au service « d'une resocialisation forcée », où le travail rythme la vie quotidienne, chaque temps est minutieusement programmé. Il pose également la nécessité absolue de confier les aliénés à des mains étrangères et de les isoler de leur famille. Les patients sont répartis en pavillons selon leurs symptômes et leur caractère bruyant ou non. L'objectif est une vie calme et ordrée, dans le respect du cadre, des règles, une soumission à l'autorité, à la hiérarchie, et un travail occupationnel. Cet ensemble tissant pour les malades une vie quotidienne sans écart où la folie veut être mise au pas. Il s'agit de parler doucement, avec empathie et de redonner espoir. Cette approche constituera le fondement de toute psychothérapie. Il se sera notamment inspiré des manicones espagnols à Saragosse qu'il aurait visités.

---

[72] PINEL Ph. Traité médico philosophique sur l'aliénation mentale, Paris, Richard, Caille et Ranvier, première édition, AN IX ; J.A. Brosson, seconde édition, 1809.

La création de l'asile

D'aucuns diront que CABANIS a été un penseur de l'asile et que PINEL en a été le créateur, véritable inventeur de la psychiatrie moderne par cet acte fondateur « la libération des insensés ». En réalité, cet acte hautement symbolique a été réalisé comme nous l'avons évoqué par Jean Baptiste PUSSIN, considéré comme préfigure de l'infirmier psychiatrique.

« Cet espace de la folie » définit par PINEL se présente comme une « microsociété patriarcale » soumise à « l'autorité bienveillante du médecin mais encore plus à sa surveillance rigoureuse » que Foucault appellera « le personnage médical ». PINEL prend des malades à son service et règne en maître sur ce milieu asilaire. Il est favorable aux principes de la révolution mais s'oppose à la terreur et l'asile sera suspecté d'héberger des opposants aux régimes, cachés ainsi parmi les fous.

3. **« Le personnage médical »**

Selon FOUCAULT, PINEL s'allie à une cause juridique et morale par laquelle il prend le pouvoir. Il ne s'agit pas d'emblée de raisons scientifiques, sa démarche est d'emblée à connotation sociale. Pour TUKE le quaker anglais, le fondement asilaire est la religion ; pour PINEL, c'est la morale basée sur les valeurs famille et travail. Selon FOUCAULT, il utiliserait trois moyens de domination pour imposer ce traitement unique :

- Le silence, le mutisme renvoyant l'insensé à sa propre faute ;
- La reconnaissance en miroir : le fou est regardé par lui-même, les surveillants lui tendant le miroir, la folie est responsable de ce qu'elle sait d'elle-même, de sa vérité, « enchaînée à l'humiliation d'être un objet pour elle même » ;
- Le jugement perpétuel au travers d'invention de modes propres de répression (réclusion, cachot, jet d'eau froide…), la folie est punie à l'asile alors qu'elle est innocentée par la société, Pinel « ayant le pouvoir de libérer les aliénés », il en résulte pour eux le poids de la reconnaissance et l'aliénation à une dette dont l'acquittement est tacitement opéré par une obéissance totale, les chaînes sont remplacées par l'assujettissement.

Pour Gladys SWAIN, PINEL a redécouvert un fait majeur, la folie n'est pas totale, il persiste des espaces de raison, pour elle cette conception est neuve et ouvre des perspectives humanisantes dans l'image : « le fou est mon semblable ». Le problème de la folie devient celui de l'homme. Pour HEGEL également, « son mérite est d'avoir découvert ce reste de raison comme contenant le principe de leur guérison ». Pour lui la folie vient du dedans de la

raison. Pour KANT, la folie est totale et incurable, il n'y a que l'enfermement et l'autorité pour la contenir, elle vient du dehors de la raison. Cet espace de rencontre possible avec le Fou reconnu par PINEL est à l'origine de l'Asile qui n'est plus un lieu uniquement d'enfermement ou d'exclusion sociale mais un lieu où « la communication, une rencontre est possible avec la folie », il symbolise cet espace psychique dégagé, en lui et en l'autre, il symbolise la reconnaissance de la dimension humaine de la folie et du Fou. Il réhabilite au fond cette approche d'ERASME, reliant la raison et la folie au sein de l'humanité. Cette rencontre ne peut pas se faire au sein de la société, elle nécessite un lieu « étrange » où règne le médecin aliéniste, garant de la paix sociale et de son humanisme notamment dans sa qualité expertale qui donne au médecin le pouvoir du savoir prenant appui sur le secret de cette rencontre possible entre la raison et la folie.

Pour Gladys SWAIN et Marcel GAUCHET, PINEL s'écarte de la société disciplinaire de FOUCAULT, mettant en évidence la dimension individualiste de la révolution (les Droits de l'homme et du Citoyen) où la société devient celle d'individus dont les relations sont choisies et contractualisées, elle est ce que l'on veut en faire. Pour le fou, il n'y a pas de réciprocité ni d'égalité. Ce sont des aliénés sans droit de l'homme ni du citoyen.

C. L'Asile, l'Aliéné et la Société

1. ESQUIROL

ESQUIROL (1772-1840), élève de PINEL, va compléter, préciser l'enseignement de son maître. Il voit quand à lui dans l'aliénation une perte de l'unité du moi, un trouble de l'attention soit trop distendue (incohérence), soit trop crispée (fixations exagérées). La mise en ordre des pensées « sollicitées à l'excès par les stimulations sociales » est au fondement du processus thérapeutique élaboré soit en détournant l'aliéné de ses préoccupations soit en l'aidant à se rassembler dans l'isolement. Il pense que « les chagrins domestiques » étant souvent incriminés par les patients, il s'inscrit pleinement dans les recommandations de PINEL préconisant l'isolement total du milieu familial. Réfléchir sur son état, nouer de nouvelle relation, ressentir de nouvelles sensations, « s'oublier soi même pour penser aux autres », utiliser l'exemple des autres malades « la cohabitation avec les autres malades est un moyen de traitement », sont parmi les objectifs poursuivis par le traitement par isolement. Le moteur du traitement est l'envie du patient que l'isolement finisse. La pédagogie sous jacente s'avère infantilisante et paternaliste.

La Salpêtrière et Charenton

Il succédera à Pinel à la Salpêtrière, puis prendra la direction de Charenton, cette position de gestion l'obligera à composer avec l'administration et à renoncer à ses idéaux face aux pressions sociales « aliénant » l'asile dans une place de « défense sociale ».

La monomanie

Il élaborera le concept de monomanie pour rendre compte des folies partielles dont PINEL avait déjà parlé. L'aliénation mentale « Quand ce processus affecte l'ensemble des facultés, on parle de manie, de démence quand s'obscurcit définitivement l'entendement, d'idiotie lorsqu'il est reconnu dès l'origine de la vie. La mélancolie (ou lypémanie) est une folie triste qui n'atteint que le registre des sentiments. » Esquirol développera une sémiologie précise des monomanies et des processus hallucinatoires dans son ouvrage *Des maladies mentales*, en 1838 ; il distingue hallucination « perception sans objets », des illusions, du rêve ; il approfondira également la clinique de l'arriération mentale en distinguant les idiots et les imbéciles en fonction des performances langagières. Il souligne notamment la place « indispensable » de l'aliéniste seul à connaître par son savoir certaine forme de folie. C'est par ce concept que l'aliéniste s'impose comme expert capable d'affirmer ou infirmer la responsabilité du malade ou son irresponsabilité au regard de la loi. Le psychiatre, définit le malade mental ainsi : celui qui est exclu de la Loi des Hommes.

2. La première antipsychiatrie

« Dès 1826, un médecin Urban COSTE, critiquait « cette politesse des tribunaux » qui avait permis aux psychiatres d'entrer dans les prétoires. » Pour lui l'enjeu et l'objet de la discorde étaient de savoir si les psychiatres en savaient vraiment plus long - notamment que les magistrats – sur la folie. Pour lui comme pour l'avocat Elias REGNAULT[73], une folie qui ne serait pas évidence car totale, ne faisant, donc, pas de doute n'est pas folie.

« (…) l'homme raisonnable peut-il abriter en lui un autre déraisonnable[74] ? ». Cette question fondamentale pour la psychiatrie pose indirectement celle de la limite entre le normal et le pathologique. A travers cette clinique des monomanies, ESQUIROL ouvre la question de la subjectivité du patient sans trop savoir où il va. La psychiatrie est confrontée face à la justice

[73] REGNAULT E. Du degré de compétence des médecins dans les questions juridiques, Paris, Baillière, 1830.

[74] HOCHMANN J. Histoire de la psychiatrie. Collection « Que sais-je ? », Paris, 2006.

Ce point sera l'objet d'une controverse entre le premier professeur de psychiatrie Antoine Royer-Collard et le philosophe, fondateur de la psychologie introspective Maine de Biran.

à son statut précaire de discipline médicale mais ayant du mal à trouver une légitimité à l'heure où la médecine fait des progrès majeurs et la psychiatrie « végète » entre une sémiologie incertaine et un traitement moral et un projet éthique insuffisant, n'entretenant finalement que la ségrégation et la répression.

3. Le statut de l'aliéné

Il s'agit de faire coïncider deux obligations celle de protéger la société et celle de soigner les fous. Les médecins permettent donc la paix sociale dans deux sens propre et figuré, la paix de la conscience sociale de faire « bien ». La justice et l'administration ne peuvent à elles seules enfermer un fou. Les aliénistes et l'administration s'entendent pour placer les fous, le juridique intervient secondairement pour visiter les fous et recevoir leurs plaintes. La latitude est laissée aux familles de garder ou non leurs fous et de choisir l'établissement qu'ils souhaitent, se développent donc des structures privées dès 1838. Les fous sont placés dans des établissements spéciaux départementaux, il est refusé qu'ils soient mêlés aux autres malades, le médecin est la figure centrale de l'asile.

Le cadre légal

L'Article 64 du Code Pénal de 1810 le reconnaît irresponsable de ses actes. L'expert psychiatre doit définir des traits de folie caractérisant l'état du malade au moment des faits. Ils peuvent bénéficier d'un administrateur provisoire pour gérer leurs biens, nommé par la commission administrative de l'asile ou d'un curateur par voie du tribunal. Se crée ainsi un véritable droit aux soins. Cet ensemble constitué par la légalisation du placement en institution du « fou », la création de régimes internes sophistiqués augmentant le pouvoir discriminatif de la définition de la folie et sa gestion, notamment en introduisant l'idée d'une incapacité reconnue, acceptée et palliée, entraînant la gestion des biens et le droit aux soins pour le fou, met littéralement le fou en position d'aliénation complète vis-à-vis de l'institution asilaire. Le fou est hors loi commune. Le pouvoir médical est légitimé au regard des pouvoirs administratifs et judiciaires.

La loi de 1838

Selon LANTERI-LAURA, cette loi émane directement du concept d'aliénation mentale ; en effet, pour les aliénistes, selon les premières études statistiques rudimentaires mais abondantes faites à cette période, le pourcentage des guérisons est suffisamment significatif pour affirmer que l'aliénation mentale – à condition qu'elle ait été traitée précocement et que le patient n'ait pas subi de trop lourdes maltraitances par l'institution – est curable. Ainsi, dès lors que le patient, parce que saisi par cette aliénation, ne peut pas donner son consentement au

traitement, la loi se positionne pour lui donner une chance de guérison « contre son gré », mettant en place des « garde-fous » juridiques pour veiller à la garantie du respect de ses libertés individuelles.

Il s'agit d'une loi républicaine promulguée par Louis Philippe suite à un grand débat parlementaire et à des commissions auxquelles ont participées notamment ESQUIROL, Guillaume FERRUS, Jean Pierre FALRET, élève d'ESQUIROL; Le projet fut adopté à la majorité le 30 juin 1838. Cette loi organisait l'hospitalisation des insensés dans des établissements publics et privés, et la protection des malades et de leurs biens. Chaque département était tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés. Deux modalités d'internement existaient : le placement volontaire, en fait par la volonté de l'entourage, et le placement d'office par décision préfectorale.

Cette loi modifia également la vie des médecins aliénistes qui se regroupèrent en association notamment sous l'impulsion de Jules BAILLAGER, sur le même modèle déjà opérant en Angleterre. Il fut le fondateur également de la Société Médico Psychologique et des Annales Médico Psychologiques, journal des aliénistes, en 1843, alors destiné à « recueillir tous les documents relatifs à la science, des rapports du physique et du moral, à la pathologie mentale, à la médecine légale des aliénés, et à la cliniques des névroses. » Sa parution existe encore de nos jours.

III. La clinique psychiatrique et son architecture

A. Naissance de l'organicisme en psychiatrie et les résistances

1. L'anatomie neurologique et l'arachnitis

Jusque quasiment en 1860, les connaissances médicales sur la structure et le fonctionnement système nerveux seront très faibles ; la différenciation entre organicisme et psychogénèse ne se pose même pas, la différence entre étiologie et facteurs déclenchants étant confondue, les autopsies s'étant montrées jusque là improductives. Les travaux de GOLGI et RAMON y CAJAL permettront en 1880 de découvrir des cellules neurologiques unies par des synapses.
C'est dans ce contexte que, interne du premier professeur de psychiatrie ROYER-COLLARD à Charenton, Antoine Laurent BAYLE (1799-1858) écrit sa thèse en 1822 et se consacre à étudier la paralysie générale en établissant un lien, une corrélation entre symptôme psychiatrique (démence avec délire à tonalité « ambitieuse »), neurologique (affaiblissement intellectuel, troubles moteurs et articulatoires) et anatomique (d'une «arachnitis chronique », à savoir une inflammation d'une méninge). La nature syphilitique de la paralysie générale est soutenue en 1879 par Albert FOURNIER. Le modèle anatomo clinique de BAYLE devient « idéal », les aliénistes vont chercher à l'appliquer aux maladies mentales en recherchant les lésions dans les autopsies du cerveau des malades pratiquées dans les asiles. Dans cette perspective organiste, les aliénistes lient leur sort à celui de la neurologie. En 1880 il n'y a qu'une chaire de psychiatrie en France, à Paris.

« (…) deux discours : l'un défensif, vis-à-vis des critiques de la psychiatrie à qui il faut montrer son caractère scientifique, objectivable et quantifiable, donc organique, l'autre plus modeste, rendant compte d'une pratique[75]. »

2. L'école psychiatrique allemande et la résistance des psychistes

Cette résistance face aux tendances organicistes, dominantes en 1820, se développe surtout en Allemagne. Dans la période post révolutionnaire française, c'est-à-dire au début du XIXème siècle, l'Allemagne est atomisée en de multiples états, la nation allemande naîtra en 1870, lorsque Guillaume Ier fut proclamé empereur, BISMARCK en fut le chancelier fédéral.

[75] HOCHMANN J. Histoire de la psychiatrie. Collection « Que sais-je ? », Paris, 2006.

Pendant donc la première partie du XIXème siècle, la psychiatrie allemande est soutenue par deux entités opposées : les romantiques et les somatistes.

Les psychologistes religieux

Issus des mouvements piétistes très inspirés par le romantisme allemand de l'époque, les « psychologistes » dits « Psychiker » furent ainsi nommés du fait de leur goût pour une approche moraliste. Pour eux, la maladie mentale est une maladie de l'âme. Johann LANGERMANN en fit partie, il réforma profondément les soins donnés aux fous dans son pays ; Jean-Christian REIL[76], pionnier de l'humanisation des institutions psychiatriques et Jean –Christian HEINROTH concevait quand à lui la maladie mentale comme un état de régression, une conséquence du péché, le traitement « moral » consisterait à ramener cette âme égarée à la raison « avec finesse et tact », « le psychiatre doit associer en lui les fonctions du prêtre, du médecin, du philosophe et de l'éducateur et s'offre comme modèle à son patient avec qui il entretient de longs dialogues où lui-même « s'élève en s'élevant ». Heinroth soulève donc une dimension « analytique », très individualisée, dans l'esprit d'une direction de conscience.

Les psychologistes éthiques

A côté des psychologistes religieux, se trouvaient les psychologistes éthiques tels que Karl WILLEM IDELER, convient dans *son précis de la thérapeutique de l'âme* que de fortes pulsions instructives non satisfaites conduisent à un écroulement physique puis à la maladie mentale. Il préconise également au médecin une observation de soi tendant à une harmonie, la plus parfaite possible.

Les somatistes

L'école somatiste est favorisée par les centres universitaires et va remplacer progressivement les psychologistes, Friedrich WASSE, Karl JACOBI et Johannes FRIEDREICH vont préparer la voie de KRAEPLIN et son classement. Pour eux, la maladie ne peut être que corps. Le traitement moral des psychistes basé sur la seule influence du médecin n'est ni systématisable ni transmissible selon LASEGUE du fait qu'il reposerait sur des qualités personnelles.

---

[76] REIL Jean-Christian. *Rhapsodies sur l'application des méthodes de thérapeutique psychique aux troubles mentaux.*

B. Les techniques rééducatives

1. La Théorie de LEURET

François LEURET[77], élève d'ESQUIROL théorise un traitement moral individuel qui semble se rapprocher des conceptions actuelles des Thérapies Cognitivo Comportementales. LEURTE est considéré comme un excellent anatomiste, spécialiste du système nerveux, il affirmera avec force l'absence de toute lésion organique dans les troubles mentaux au long cours, la folie essentielle est pour lui une erreur de raisonnement, se jouant de la cohérence des idées. Alors que PINEL faisait confiance à la bonne nature et à l'influence du climat général de l'institution, pour LEURET, la mesure thérapeutique doit être plus active, devant combattre cette erreur de raisonnement incriminée et rompre les associations vicieuses. « La répression ne suffit pas. Employée seule, elle serait une peine et rien de plus. Ce qu'il importe de faire c'est de détromper ceux qui ont failli, d'attacher une idée pénible aux actions désordonnées. » « Il tend au malade les pièges logiques qui déconstruisent sa position délirante. Il manie l'ironie, joue la colère, ne craint pas s'il le faut, de se montrer injuste et arbitraire, pour susciter une réaction. » « Tout son combat contre la folie et l'erreur, il ne s'embarrasse pas de sentimentalisme, mais lutte pour vaincre. « Les aliénés sont des hommes qui se trompent » Il faut leur opposer des objections en se servant de l'influence réciproque des sentiments, les uns servant à chasser les autres. » « Si le travail, les repas, les loisirs en commun et les activités culturelles (…) sont valorisés (…) c'est surtout pour lui faire endosser des rôles qui rendent difficile la poursuite du raisonnement erroné. »

2. L'enfant sauvage de l'Aveyron

Parallèlement dans le contexte de la rééducation de l'enfant sauvage de l'Aveyron par ITARD, en 1800, un instituteur Edouard SEGUIN, ami de LEURET, développera contre le pessimisme de certains médecins face à la déficience infantile, les premières méthodes pratiques d'éducation spécialisée, il émigrera aux Etats Unis où il fondera des écoles pour « feeble-minded ».

C. La quête architecturale de ESQUIROL et PURCHAPPE

[77] LEURET F. Traitement moral de la folie, Paris, Baillière, 1840.In HOCHMANN Jacques. Histoire de la psychiatrie. PUF « Que sais-je ? », 2004, p128.

1. Le pragmatisme, les premières idées de réhabilitation

Un exemple de pragmatisme est donné par Guillaume FERRUS, chirurgien entreprend des transformations à la Salpêtrière en 1826, il fait démolir les chambres insalubres, il crée une école pour idiots, il met en place un enseignement pour les médecins ; convaincu de la nécessité de faire travailler les malades, il ouvre, près du Val de Grâce, « la ferme de Sainte Anne » où les activités vont de l'élevage au nettoyage. Il participera au côté de FALRET à une commission pour l'élaboration de la loi de 1838.

2. La conception de REIL, en Allemagne

A cette époque, les conceptions asilaires d'ESQUIROL, PARCHAPPE et FOVILLE connurent un grand succès. REIL situe les asiles en dehors de ville et reprend l'idée d'une organisation autour d'une ferme, avec pour les malades, la possibilité de jouir de la plus grande liberté possible, et d'accéder à des distractions. Lors de sa tournée Outre Rhin, ESQUIROL constata la créativité des thérapeutes allemands pour les thérapeutiques physiques destinées à contenir les furieux (les chaises tournantes pour les cures de dégoûts par vertiges, les douches glacées, les chaises de force et des cages tournantes), ces moyens furent remplacés par la camisole de force dans le cadre du traitement moral.

3. L'hôpital Sainte-Anne

L'hôpital Sainte Anne fut construit par le Baron HAUSSMANN (1809-1911) dans un contexte de pénurie de lits dans la capitale, ainsi « l'Asile clinique Sainte-Anne » ouvre en 1867 comprenant un « bureau central des admissions », lieu d'observations qui dirigeait les patients vers Sainte Anne ou d'autres asiles, soit près de 2580 passages en 1868. Cette institution était à proximité des écoles et académies, HAUSSMANN voulait en faire un moyen d'étude scientifique de la folie. En effet, une nouvelle clinique universitaire ouvrit à Sainte Anne supplantant progressivement celle de Bicêtre et de la Salpêtrière.

4. l'Infirmerie Spéciale de la Préfecture de Police,

A Paris, émerge également un autre type de structure, à savoir le « dépôt » du commissariat central de police où se trouvaient des « voyous et insensés » ; en 1850, un psychiatre y fut nommé pour effectuer un « tri » entre « le mental et le délinquant », il s'agit de Charles LASEGUE (1816-1885), il y restera 23 ans et il décrit magistralement le délire de persécution, la folie à deux, les troubles liés à l'alcoolisme et les hallucinations.

Puis les circulaires de la préfecture de police firent état d'un « dépôt » puis « d'un dépôt municipal des aliénés », puis en 1872, apparaît l'Infirmerie Spéciale de la Préfecture de Police, comprenant 11 cellules d'hommes et 7 cellules de femmes, soit environ 2000 malades par an. Il s'agissait d'un lieu d'orientation des aliénés vers soit l'asile, soit l'hôtel-Dieu, soit le passage dans un service psychiatrique libre, soit de sortir. Y fut crée une véritable école parallèlement à celles de la Salpêtrière et de Sainte Anne.

5. L'asile

Les employés engagés pour travailler dans ces asiles furent recrutés parmi les indigents ceux qui acceptaient de travailler 24 heures sur 24 en prenant des risques en échange du gîte et du couvert. Il s'agissait donc clairement d'un personnel souvent illettré sans aucune formation.
Une ordonnance de 1839 stipule que nul employé ne peut donner de coups aux malades ou les injurier, voire même les tutoyer, sous peine de renvoi.
Wilhem GRIESINGER (1817-1868) [78] imposa la psychiatrie allemande sur le vieux continent, il traça les conditions requises pour les asiles d'aliénés notamment en prônant des grands ateliers, des grands jardins et des salles de jeux. L'asile d'Illenau dans le Land de Bade fut un exemple d'asile organisé selon ses principes, son taux de guérisons sans rechutes fut noté très tôt dès 1845. Il séparait dans son organisation l'hôpital universitaire urbain de 120 lits avec moins d'un an de séjour, la colonie agricole pour les aliénés chroniques fonctionnant sur les principes de « open-door » et « non-restraint » et l'hospice pour les aliénés infirmes.
La politique universitaire était très décentralisée mais reconnue comme très féconde, ainsi dix neuf chaires de psychiatrie furent dénombrées à travers le pays, elles associaient un enseignement théorique et un enseignement clinique par des institutions cliniques juxtaposées aux universités appelées « les cliniques des maladies nerveuses ». La neurologie et la psychiatrie étaient placées dans le même mouvement.

[78] Griesinger fut reconnu comme un personnage complexe, il séjourna à paris avant d'être assistant dans un asile d'aliénés à Winnenthal ; en 1849 il est professeur à Kiel, il part au Caire devint directeur du conseil de santé et médecin particulier du Khedive Abbas-Pacha. Il fut le premier titulaire de la clinique suisse de Burghölzli, il finit sa carrière à Berlin.

Le XIXème siècle. Le tournant de 1850

Histoire 2

I. Le tournant de 1850

A. La méfiance sociale à l'égard des aliénistes

1. Complaisance vis-à-vis des malades dans les prétoires

L'avènement de la loi de 1838 favorise le développement d'une suspicion de la société vis-à-vis des médecins aliénistes accusés d'une part, de disculper les criminels et laisser les individus dangereux en liberté et d'autre part, du pouvoir d'interner arbitrairement

Les premiers asiles commencent à se construire en 1850 et sont suspectés d'être un moyen pour les médecins aliénistes de donner une légitimité à leur spécialité médicale.

2. Complaisance vis-à-vis des malades à l'asile

Le point de vue évolutif était peu considéré par PINEL et ESQUIROL, et leurs élèves ou très timidement au travers d'un dialectique binaire « curable-incurable » ; leurs successeurs vont s'intéresser davantage à « la marche des maladies » notamment au travers des travaux de GRIESINGER, cité plus haut. Pour lui la médecine mentale doit être réintégrée comme une branche de la neurologie et il a à cœur de lui appliquer les méthodes diagnostiques utilisées communément en médecine ; bien qu'il reconnaisse l'humanisme de PINEL, il affirme que « la véritable conduite n'est pas celle qui satisfait les sentiments individuels du médecin ou du malade mais bien celle qui guérit », « la psychiatrie ne doit pas se départir de son rôle scientifique pour dégénérer en une sentimentalité qui conviendrait à peine aux gens du monde ». Il met en évidence l'évolutivité de la pathologie et la continuité possible entre des tableaux cliniques différents.

3. Abandon du paradigme de la maladie unique

Cette considération dorénavant pour cette évolutivité implique celle de la chronicité ce qui va conduire à un changement de paradigme. Du dogme de la psychose unique ou aliénation mentale, dans laquelle les tableaux cliniques différents ne sont que des aspects successifs ou non d'une même entité pathologique, la « Folie à double forme » ou « Folie circulaire » de BAILLARGER et FALRET fait son entrée, mettant en évidence la notion d'alternance de deux tableaux cliniques que sont la mélancolie et la manie.

La volonté d'élaborer une classification s'appuie sur cette émancipation et l'orientation de la clinique vers une différenciation par l'émergence du diagnostic différentiel et du pronostic.

B. L'hérédité triomphante et le concept de dégénérescence

1. MOREL

Pour MOREL, l'aliénation est en effet une déviation du type humain primitif qui s'aggrave à chaque transmission. « L'attirance des malades les uns pour les autres et les mariages entre aliénés ne font qu'accélérer cette descente aux enfers arrêtée seulement par la stérilité des formes ultimes. » MOREL emprunte à BUFFON le terme de dégénérescence et invente l'hérédité « dissimilaire », produit de rejetons atteints d'un mal différent de celui des géniteurs, en général plus grave. MOREL élève de BLAINVILLE, zoologiste et CUVIER « fixiste », il s'inscrit dans une droite file de créationniste, ignorant l'évolutionnisme de DARWIN pourtant contemporain. Les malades chroniques deviennent des dégénérés pour lesquels, incurables, rien n'est possible sinon une condamnation diagnostique. La perspective des aliénistes est hygiéniste dépistant les « stigmates » de dégénérescence, encourageant des démarches eugéniques. « MOREL combat l'alcoolisme, les aliments frelatés et les toxiques industriels en défendant un programme d'urbanisme, d'éducation et de réarmement moral au bénéfice des classes laborieuses ». Loin d'être raciste cependant, MOREL prône le mélange des races, attendant beaucoup de la colonisation pour diminuer l'impact des tendances dégénératives. Ce concept de dégénérescence, comme potentiellement maladie de civilisation ou envers du progrès, conduit à des prises de position politiques sur lesquelles les psychiatres se font experts.

2. MOREAU de TOURS

MOREAU DE TOURS, organiciste convaincu pense que « les dispositions d'esprit qui font qu'un homme se distingue d'un autre homme par l'originalité de ses pensées et de ses conceptions (…) prennent leur source dans les mêmes conditions organiques que les divers troubles moraux dont la folie et l'idiotie sont l'expression la plus complète ». Pour lui les différentes formes d'aliénation sont liées à des lésions organiques héréditaires du système nerveux. L'affirmation selon laquelle « il est impossible, malgré les différences de caractère symptomatiques, de ne pas admettre qu'idiots, imbéciles, aliénés et épileptiques naissent et se développent sous les mêmes influences, comme effet d'une même cause, comme les rameaux d'un même tronc. » se passe de besoin de confirmation empirique et renoue avec une démarche logique qui se suffit à elle-même.

3. Au total

Dans cette approche de MOREL, MOREAU DE TOURS et leurs successeurs immédiats, la psychiatrie s'attache de manière exclusive à la thèse de l'hérédité, rejetant toute idée de processus pathologique de novo, arguant une position scientifique, là où aucune démarche scientifique n'est reconnaissable. MOREAU considéré comme le précurseur de la sociobiologie défendra la sociabilité de l'homme comme un instinct et non comme émanant de sa raison selon la définition d'un contrat comme ROUSSEAU le propose à cette époque. La psychiatrie décline le point de vue des philosophes, des psychologues et leur légitimité à dire quelque chose du fonctionnement psychique. La position politique psychiatrique prend une place en santé publique, la prévention, le dépistage intégrant un arsenal thérapeutique modeste.

C. La clinique psychiatrique

1. Recherche lésion désespérément

Le cas de la paralysie générale est resté unique, les autopsies et la méthode anatomo clinique modèle de la scientificité n'ont pas permis de découvrir une lésion, lieu du trouble psychiatrique. L'aliénation mentale encore en vigueur n'a pas de site lésionnel au XIX ème siècle, elle s'appuie de manière « métaphysique » sur le principe dégénérateur de MOREL comme « cause de la lésion ». Le symptôme est ce dont le patient se plaint, le signe est ce que le médecin met en évidence par son examen clinique. A la suite d'un voyage en Orient, MOREAU de TOURS [79] expérimente l'intoxication cannabique dont il fait le modèle expérimental de la folie hallucinatoire mais il ne pourra rien en élaborer en termes de causalité et de traitement, entre une critique du traitement moral « logiquement » sans impact sur une lésion matérielle qui quoique inaccessible n'en reste pas mois réelle pour lui et un essai infructueux de traitement des mélancolies par le cannabis.

2. Les maladies mentales au pluriel

Le second paradigme de la psychiatrie selon LANTERI-LAURA est l'avènement des maladies mentales au pluriel en 1854, date de la parution comme nous l'avons déjà évoqué de FALRET à propos *de la Non existence des monomanies*. La psychiatrie est perçue comme faite de plusieurs espèces morbides irréductibles les unes aux autres. L'étiologie est riche et donne lieu à des causes multiples dégénérescence, hérédité, psychogénèse, organogénèse

[79] MOREAU de TOURS P. « Du Haschich et de l'aliénation mentale ». Paris, Fortin Masson, 1845.

notamment. Ce deuxième paradigme rencontrera sa limite en 1926 au congrès de Genève puis Lausanne pendant lequel BLEULER présente le concept de schizophrénie. Le paradigme de maladie mentale est remplacé par celui de grandes structures psychopathologiques. Ce que FALRET reproche au concept de maladie unique est de ne pas tenir compte des progrès de la médecine et de s'isoler dans l'asile. Dans le même mouvement que pour les maladies du cœur ou des poumons, l'Ecole de Paris prônait le développement d'une sémiologie active tenant compte de la clinique évolutive et de l'anatomo pathologie. Il dénonçait sa dimension extensive faisant de la clinique une activité superficielle et de la sémiologie un ensemble informe.

3. Précurseur de la psychopathologie et de la psychiatrie sociale

Jean Pierre FALRET[80] **(**1794-1870) **organiciste**, grande figure la médecine mentale en France, il invoque « une aptitude à délirer » sans cause retrouvée, il refusera la monomanie dont le concept décroît à partir de 1850 ; réfutant le découpage du psychisme en modules. Il développera une théorie originale de « la résultante psychique » selon laquelle « les idées et les sentiments qui naissent dans la tête humaine à l'état sain comme à l'état maladif, par la suite de l'action combinée de l'âme et du corps, deviennent à chaque instant cause de nouvelles idées et de nouveaux sentiments ». Imprégné du dualisme philosophique ambiant, il soutient l'idée d'une logique propre sous tendant le délire qu'il appelle « le travail de la fonction sur elle-même », à ce titre il est considéré comme un précurseur de la psychopathologie. Il s'agit en effet d'une démarche originale visant à donner un sens aux troubles mentaux en leur conférant une filiation à un processus de pensées. Cette position conforte le principe du traitement moral qui conférait à l'aliéné une subjectivité à rencontrer. Il se montre très critique de la méthode par « utilisation des émotions vives » de LEURET qui selon lui n'entraîne que « haine, les actes violents, la dissimulation, le suicide ou l'évasion ». **FALRET comme PINEL défend le traitement collectif, l**a « consolation » par l'atmosphère de l'asile et de l'isolement. Ayant comme ESQUIROL visité beaucoup d'Asile en Allemagne, il conçoit le traitement de la folie dans un lieu adapté, spécifique dont la conception et la direction font partie du traitement. Il critique la présence d'unités psychiatriques dans les hôpitaux généraux et promeut les présentations de malades pour enseigner la médecine mentale. Très soucieux des conditions de vie des aliénés, il se fait précurseur notamment avec FERRUS, précurseur de la psychiatrie sociale, il développera une société de patronage dans

[80] FALRET J.-P. « Des maladies Mentales et des asiles d'aliénés ». Paris, Baillière, 1864.

ce sens. « Après avoir remarqué les difficultés de réinsertion des malades, en particulier des femmes aliénées, tenues à l'écart par leur famille, sans abri, sans travail, et leur tendance bien compréhensible à sombrer dans l'immoralité, il a créé une structure intermédiaire, à la fois asile et lieu d'intégration sociale, établissement charitable et lieu de soins. Les convalescentes sont confiées à des « patrons et patronnesses » qui leur servent d' « introducteurs dans la société », rétablissant les liens défaillant avec la famille, « moralisent » les mères, protègent les enfants. »

F. VOISIN (1794-1872) ouvre à Bicêtre à partir de 1840, un service pour idiots et épileptiques et met en évidence la différence notable de la symptomatologie de ces patients n'appartenant pas à l'aliénation mentale et pour lesquels il développe des mesures éducatives adaptées plus que le traitement moral.

II. L'âge positif

La référence à l'hérédité reste centrale rattachée à l'idéologie de la cause unique à rechercher. Il s'agit alors par cette cause unique d'origine ancestrale de lier les deux paradigmes que sont l'aliénation mentale ou pathologie unique et les pathologies plurielles, tares multiples non spécifiques mais considérées comme héréditaires par le truchement de la théorie de la dégénérescence.

A. Les mouvements en présence

1. Confirmation de la théorie de la dégénérescence

Valentin MAGNAN (1835-1916) va confirmer le poids de la théorie de la dégénérescence. Il accumule, du fait de son poste au service des admissions de Saint Anne, une documentation sémiologique importante. Il se définit comme un clinicien et par cette position contribuera à « l'âge d'or de l'aliénisme » ; il décrit les perversions sexuelles, les obsessions, les impulsions, les compulsions, sans vraiment les différencier, les englobant dans les « syndromes épisodiques des héréditaires » et constituent les stigmates psychiques de dégénérescence comme MOREL en avait décrit la dimension physique. MAGNAN est influencé par les théories évolutionnistes de DARWIN, de SPENCER et Hughlings JACKSON (1835-1911), neurologue anglais, dégageant un fonctionnement cérébral archaïque au niveau de « centres inférieurs bulbaire ou médullaire » et un fonctionnement cérébral plus élaboré les « centres supérieurs ».

2. Phrénologie et anthropométrie

Parallèlement, Cesare LOMBROSO en Italie, déçu de la recherche lésionnelle toujours muette, dans l'idée de la phrénologie, élabore des critères anthropométriques pour dépister les « criminels nés », en mesurant la forme du crâne, du nez et des oreilles. La fin du XIXème siècle est tenaillée par la peur des « dangereux », la déception thérapeutique, le surencombrement de l'asile par « les chroniques incurables », le traitement moral qui prenait en compte la subjectivité des aliénés est mort.

3. L'hystérie de la neurologie

Alors que les aliénistes se désintéressaient de l'hystérie, les neurologues s'en saisissent comme Charles LASEGUE. Les symptômes de l'hystérie ne s'accordaient pas avec ceux

requis dans la pathologie asilaire disciplinaire. Elles furent associées aux épileptiques dont on définit un quartier spécifique dans les services de neurologie des hôpitaux généraux.

B. CHARCOT

CHARCOT[81] (1825-1893) domine la neurologie française en fonde la neurologie moderne.

1. Fondation de la neurologie moderne

Il considère l'hystérie comme une maladie du système nerveux et son étude marque l'ouverture de la clinique pour une catégorie de pathologie appelée la névrose. Jusqu'au XIXème siècle, et depuis l'antiquité hippocratique, l'hystérie est liée à une migration de l'utérus assoiffé de semence, qui remonte dans la gorge des femmes et les étouffe, déclenche des malaises ou des convulsions. BRIQUET (1796-1881) met un terme à cette étiologie et propose « la névrose de la portion de l'encéphale destinée à recevoir les impressions affectives et les sensations » et montre que les hommes peuvent être atteints.

2. Fondation d'une clinique externe à côté de la Salpêtrière

En 1880, en charge depuis 1870 d'un service de la Salpêtrière accueillant les épileptiques, les paralytiques et les hystériques, il fonde une clinique externe lui permettant d'être en contact avec une clientèle inconnue des aliénistes. Dans la même démarche qui lui avait permis d'identifier les maladies telles que la sclérose latérale amyotrophique, la sclérose en plaque ou la polyarthrite rhumatoïde, il s'attache à l'étude de l'hystérie, en décrit les phases cataleptique, léthargique, somnambulique, ayant essayé de les reproduire expérimentalement tel Claude BERNARD par pression ovarienne notamment. Progressivement il en vient à se servir de l'hypnose[82] pour déclencher les crises et soigner les symptômes.

3. Les présentations de malades

Ses présentations de malades ont grand succès, il crée la première chaire de « clinique des maladies nerveuses ». Il fit la différence entre les convulsions épileptiques et hystériques et

---

[81] GAUCHET M. et SWAIN G. Le vrai Charcot. Paris, Calmann-Lévy, 1997.

[82] Les phénomènes liés au magnétisme ont été découverts au XVIIIème siècle par Mesmer. Restant une pratique ésotérique et marginale, non reconnue ni par les médecins ni par les aliénistes, il faut attendre 1843, Braid, en Angleterre qui donne son nom à l'hypnotisme et lui confère un crédit médical en le « dépouillant » de sa cause « en lien avec un fluide cosmique ». Utilisée par Azam et Broca en anesthésie pour la chirurgie, elle sera reconnue.

compris rapidement la dimension suggestible des symptômes hystériques. Il présentera l'hystérie expérimentale tous les fameux mardis dans ses leçons. Grâce à la suggestion verbale, il reproduisait en public les crises violentes, les états léthargiques, les contorsions clownesques avec des patients dites très réceptives et préalablement préparées par les collaborateurs de Charcot. Freud fit partie des spectateurs et en fut fasciné. Charcot évoque « faute de mieux » un trouble fonctionnel sur une diathèse héréditaire. En lien avec la prise en charge des premiers accidents de chemins de fer et les premiers syndromes de stress post traumatiques, CHARCOT développe la théorie de la « paralysie psychique » provoquée par une image mentale ; il écarte la suspicion de simulation et leur confère un véritable statut psychopathologique comme « trouble de l'imagination » et « non comme troubles imaginaires » ; cette idée d'impuissance motrice éprouvée lors de l'accident, se fixe « inconsciemment » et s'incarne secondairement après un temps de latence dans la paralysie du corps et « se matérialise dans les organes ».

4. La critique de BERNHEIM

L'édifice conceptuel bâtit par CHARCOT est vivement critiqué par Hyppolyte BERNHEIM (1840-1919) de l'école de Nancy, pour lui l'hypnose se résume à la suggestion que tout individu peut exercer sur un autre ; CHARCOT a selon lui développé « un hypnotisme de culture » avec des « patientes dressées par imitation » à réaliser les phénomènes attendus susceptibles d'intéresser voire fasciner le médecin. Donc plutôt qu'une diathèse, il s'agirait d'une susceptibilité et suggestibilité individuelles. Ce n'est qu'après la mort de CHARCOT, incontestable semble-t-il de son vivant, que les idées de BERNHEIM intéresseront les élèves de CHARCOT comme BABINSKI qui utilisera le terme de « Pithiatisme » dérivé du grec persuader pour qualifier les troubles hystériques. « Est désormais tenu pour hystérique tout symptôme qui cède à la persuasion et peut être reproduit par la persuasion. » L'hystérie perd l'immunité posée par CHARCOT et BABINSKI la rend suspecte de manipulation, les traitements proposés deviennent des armes dont certaines peuvent être nommées « torpillage ». Parallèlement en 1861 et 1896, BROCA (1824-1880) découvre l'aphasie motrice et en 1874, WERNICKE (1848-1905) isole l'aphasie sensorielle puis l'aphasie de conduction. Ces travaux montrent alors la légitimité des localisations cérébrales montrant que l'encéphale fonctionne avec des champs opératoires distincts dont la topographie est différenciée et précise.

C. La découverte de l'inconscient

1. La passion de l'hystérie

En lien avec les manifestations de « double personnalité » observées chez des patientes, Alfred BINET[83], dans la droite ligne de CHARCOT, soutient l'existence chez l'hystérique « d'une autre partie du Moi que le Moi conscient ignore et qui peut soit collaborer avec lui soit s'opposer à lui. » Binet découvre lors de ses expérimentations la notion de mémoire inconsciente révélée par l'hypnose.

2. La quête d'un statut scientifique pour la psychiatrie

Parallèlement, Pierre JANET[84] (1859-1947) poursuit des expériences analogues et réfute le caractère purement verbal des explications, il introduit la notion d'automatisme de la volonté par un phénomène de conditionnement, il revendique une position scientifique. JANET tente d'ériger au statut scientifique l'approche et l'analyse des conduites s'écartant d'une revendication ou recherche éperdue de la lésion qui dans la conception médicale anatomo clinique serait seule à conférer son statut scientifique à la psychiatrie. Cette « science positive des conduites (…) a pour objet la personnalité, considérée comme une synthèse de dispositions à l'action, construite à partir des vécus corporels et des interactions sociales et maintenue en fonction par un état de « tension psychologique ». Elle a pour principaux moyens d'analyse l'étude clinique des névroses et l'expérimentation sur les névrosés. » Janet décrira notamment la psychasthénie.

3. De la théorie quantitative de l'énergie à une théorie qualitative du fonctionnement psychique

Neurophysiologiste de formation, Sigmund FREUD (1856-1939) intéressé par CHARCOT, aux présentations duquel il assiste et par BERNHEIM, reçoit à Vienne dans son cabinet une population aisée de la bourgeoisie et traite l'hystérie par hypnose et électrothérapie. Il travaillera avec BREUER dont il complètera la théorie essentiellement quantitative par un aspect dynamique de l'économie psychique avec la notion de « conflit des forces internes ». Il développe un concept spatial de représentation du psychisme par la première topique : le conscient, préconscient et inconscient puis la seconde : le Moi, le Surmoi et le Ca. « Si les

[83] BINET A. Les altérations de la personnalité, Paris, Alcan, 1892.

[84] JANET P. L'évolution psychologique de la personnalité, Paris, Editions Chahine, 1929.

représentations psychiques traumatiques sont écartées de la conscience, c'est parce que ces représentations, de nature essentiellement sexuelle, sont incompatibles avec le Moi. Elles doivent être refoulées dans l'inconscient, au prix d'une dépense d'énergie. Les symptômes sont des formations de compromis qui participent au maintien du refoulement en assurant une satisfaction substitutive à la tendance refoulée. Ils ont donc un sens caché, ils disent quelque chose de lui au sujet. La grande simulatrice, l'hystérie mensongère, a ainsi pris valeur de vérité. »

4. Les psychothérapies

« Les médications psychologiques [85]» selon l'expression de Janet apparaissent s'attachent à la prise en charge des névroses selon des principes proches du traitement moral comme « la pédagogie psychique » de DEJERINE (1849-1917), le premier propose une « thérapie rationnelle des névroses, une culture logique du Moi mental », le second ouvre à la prise en compte des affects et des émotions, il y associe une conception économique et diététique ainsi que l'isolement traditionnel. Une psychothérapie dite éclectique s'apparentant à une direction morale définissant des conduites à tenir ou non et à une politique de diminution des symptômes par diminution des dépenses psychiques dites de surmenage se développe s'attachant à corriger les symptômes en modifiant les comportements.

5. Le point de vue du patient

Inspiré par BREUER, qui fut le premier à s'intéresser au point du vue du patient, il s'est beaucoup intéressé à l'avènement du symptôme, vis-à-vis duquel il encourageait le patient à se remettre en lien avec l'état émotionnel dans lequel il se trouvait lors de l'émergence du symptôme, à l'exprimer, de façon « abréactive » et une verbalisation, ce que FREUD appellera en référence à ARISTOTE la Catharsis[86]. FREUD élargira cette invitation à la prise de parole de BREUER au concept des associations libres, des résistances psychiques du patient, la réactualisation de relations anciennes de l'enfance dans le transfert. La psychanalyse naît de cette considération pour la parole du patient détenteur d'un symptôme en propre et de cet intérêt pour les enjeux de la relation transférentielle qui serait thérapeutique ; donc telle comme le souhaite FREUD « une psychologie scientifique à l'usage des

[85] JANET P. Les médications psychologiques. Paris, Alcan, 1919.

[86] Catharsis : mot grec signifiant purgation, désignant chez Aristote, la décharge émotionnelle suscitée par la tragédie.

neurologues » adressée à une clientèle de névrosés fortunés, « consommateurs » de maisons de repos et de cliniques privées s'opposant à la population asilaires des aliénés par lesquels sont concernés les aliénistes futurs psychiatres.

D. Les grandes systématisations nosographiques

1. Névrose et Psychose

Névroses et Psychoses posent la division fondamentale de la pathologie psychiatrique. La Névrose se définissant d'abord comme un syndrome dont la lésion n'est pas identifiée et se situant « en dehors du champ de l'aliénation », a été précisée par FREUD qui premièrement les sépare des perversions d'une part et des pathologies somatiques neurologiques pour l'essentiel, d'autre part, telles que l'épilepsie, le Parkinson, la Chorée de Huntington, infection ; deuxièmement, il en propose une explication psychopathologique en distinguant les névroses actuelles correspondant à une problématique sexuelle actuelle, ce sont les névroses d'angoisse, la neurasthénie[87]puis les névroses de défense telles que l'hystérie, la névrose phobique et la névrose obsessionnelle – il y ajoute la paranoïa passagèrement – pour lesquelles il imagine l'existence d'une séduction sexuelle précoce ayant laissé des traces mnésiques inconscientes contre lesquelles le sujet se défend par refoulement notamment. Il élaborera secondairement une théorie de séduction sexuelle non plus réelle mais fantasmatique. Il travaillera également sur la notion d'hérédité en construisant le mythe de la horde primitive et le meurtre du père[88], fondant un sentiment de culpabilité universel.

2. Les psychoses

Quand aux psychoses, Emil KRAEPLIN (1856-1926) s'inspire des travaux de Karl KAHLBAUM (1828-1899) pour sortir de la controverse concernant le concept de psychose unique, il s'appuie sur l'évolution pour repenser la classification des psychoses ; il distingue la psychose maniaco-dépressive et la démence précoce[89] qu'il diffracte en hébéphrénie, catatonie, démence paranoïde ; entre les deux se situe la paranoïa de HEINROTH, puis KRAEPLIN développera la paraphrénie. Il aurait été reproché à KRAEPLIN par Henry EY un nouveau mouvement d'enfermement des patients selon des « étiquettes diagnostiques immuables » justifiant la critériologie de curables-incurables et de dangereux pour la société. Le système psychiatrique en référence aux psychoses et à la chronicité de la pathologie définit

[87] Neurasthénie est décrite en premier lieu par Beard, un américain (1839-1883).

[88] FREUD S. Totem et Tabou.

[89] Terme employé par Morel pour désigner la psychose chronique du sujet jeune.

profondément l'identité des psychiatres tandis que les névroses constituent un espace « intégré » socialement, sujet d'une médecine neurologique. « Les passages les plus intéressants sont ceux que le professeur consacre à l'analyse du mécanisme psychologique des symptômes à l'étude des rapports qui relient entre eux les états objectifs présentés par les malades aux états subjectifs qui les provoquent.[90] » KRAEPLIN et FREUD revendiquent tous les deux un statut scientifique, FREUD semble ne jamais avoir renoncé à l'espoir que les théories analytiques seraient un jour reconnues et « prouvées » scientifiquement c'est-à-dire biologiquement.

Foisonnement sémiologique

Le champ sémiologique s'enrichit considérablement à cette période décrivant des entités toujours utilisées à notre époque comme la clinique des obsessions, de l'angoisse, des phobies, des interprétations, des hallucinations avec des psychiatres comme SEGLAS (1856-1939), la clinique des comportements sexuels avec LASEGUE (1816-1883) et MAGNAN (1835-1916), la clinique de l'onirisme avec REGIS (1855-1918), celle de la discordance avec CHASLIN (1857-1923), de l'automatisme mental de DE CLERAMBAULT (1872-1934).

3. Les trois registres spécifiques reconnus à cette période furent

Le domaine des névroses provenant du partage amiable entre neurologie et psychiatrie, la première s'occupant de la maladie de Parkinson, de la Chorée de Hungtinton et de Sydenham, la seconde selon JANET s'occupant de l'hystérie et des psychasthénies ou selon FREUD des névroses actuelles (angoisse, neurasthénie et hypochondrie) et névroses de transfert (hystérie de conversion, névrose phobique et obsessionnelle) ; indivise entre les deux les paralysies notamment celles de membres inférieurs.

Le second registre est celui des délires chroniques : selon l'évolution du délire systématique pour MAGNAN, à évolution progressive pour LASEGUE ; selon le contenu, interprétation pour SERIEUX et CAPGRAS, la psychose hallucinatoire chronique pour BALLET, psychoses à automatisme et psychoses passionnelles de DE CLERAMBAULT, d'imagination pour DUPRE.

Le troisième registre est celui du syndrome démentiel mis au point par ALZHEIMER (1864-1915) : troubles de l'attention, troubles de la mémoire, désorientation temporo-spatiale, fausses reconnaissances, fabulations, évoluant progressivement et incurables en rapport avec des lésions corticales bilatérales, touchant les aires des associations, respectant celles des fonctions symboliques.

---

[90] Préface de DUPRE de l'ouvrage de KRAEPLIN E. Introduction à la psychiatrie clinique. Paris, Vigot, 1907.

4. L'amorce d'une psychiatrie de l'enfant

BOURNEVILLE à Bicêtre s'intéresse à l'œuvre de SEGUIN et développe les premiers traitements médico-pédagogiques des enfants déficients mentaux.

Selon LANTERI-LAURA, la pluralité des maladies mentales était un concept scientifique et médical de l'époque ; l'opinion publique restant sur le paradigme précédent d'une unité dans la folie au travers de l'aliénation mentale ; pour la justice également le délire se suffit à lui-même pour prononcer l'irresponsabilité pénale, poursuivant une fonction implicite sur un paradigme unique. La recherche clinique diffracte de manière intense la sémiologie enjoignant certains à s'appuyer sur l'adage de Guillaume D'OCCAM à la fin du Moyen Age « Entia non sunt multiplicanda, praeter necessitatem ou il ne faut pas multiplier les entités sans nécessité véritable », en effet ce « pointillisme » apparait stérile.

5. La théorie de la forme, précurseur de la notion de structure

Se développent alors parallèlement des influences telles que la théorie de la forme avec les travaux de KOEHLER (1887-1967) et KOFFKA (1886-1941), de la neurologie globaliste de GOLDSTEIN (1878-1965), de la psychanalyse et de la phénoménologie avec MINKOWSKI (1885-1972) et BINSWANGER (1881-1966). La notion de structure amenée par la théorie de la forme sera un levier conceptuel majeur qui au-delà de la psychiatrie avec Henry EY inspire la linguistique de SAUSSURE (1857-1913) et l'anthropologie sociale de LEVI-STRAUSS.

Au total

Le poids de l'échec

La fin du XIXè siècle est marquée par le constat de l'échec du Grand renfermement, du traitement moral et de la politique asilaire. En effet, le traitement moral est inapplicable devant le nombre croissant de malades qui s'entassent dans les asiles du fait de la pression démographique et du comportement des familles. Pour ces dernières, l'asile permet de mettre à distance les indigents, les épileptiques, les faibles d'esprit, les incurables, les gâteux, les cerveaux dérangés représentant une charge quotidienne lourde. Le travail des surveillants se réduit au gardiennage. Il n'y a aucun traitement en dehors de l'hydrothérapie. Les théories médicales dégénératives se développent. Le travail est rare et les mesures de contention se développent comme la camisole de force ou la mise au cachot. Il s'agit dorénavant d'une

« forme d'incarcération communautaire dans l'enceinte de l'asile[91] ». Le temps et l'espace sont réglementés de manière drastique autant pour les soignés que pour les soignants. La rigidification du système déshumanise et s'écarte du sens premier qu'ESQUIROL voulait donner à l'asile. Le nombre de décès dépasse celui des guérisons. Le constat terrible : L'institution tue.

Le début d'un esprit de réhabilitation

La conception de l'enfermement asilaire s'ouvre par les innovations de la psychiatrie allemande portées par GRIESINGER et HERMANN SIMON et en France par FERRUS et FALRET, sur des expériences se revendiquant pragmatiques et soucieuses de les faire sortir de l'asile et de la réintégration sociale des malades; des conceptions et analyses précurseurs des thérapies institutionnelles se font jour, s'interrogeant sur l'ambiance notamment et sur indirectement la iatrogénie de l'institution – ce que PINEL avait déjà rencontré dans les observations de PUSSIN -. Le travail est considéré depuis le XVII ème siècle comme un intégrateur social, un levier majeur pour cette « sociothérapie ».

Les réticences sociales

La loi de 1838 adoptée avec la collaboration des psychiatres ESQUIROL et FERRUS, se préoccupe outre de la protection, qu'elle ne renie pas, de celle des malades en tentant de limiter les internements arbitraires, voire les internements « tout court » qui restent cependant intrinsèquement liés à une mesure sous contrainte. Cette propension des psychiatres à considérer le point de vue des malades face à la Société et à la Justice – adoption de l'article 64 du Code Napoléon – contribuent à les « contaminer » selon l'expression de GOFFMAN[92] par la représentation sociale de dangerosité des malades, les psychiatres sont accusés de libérer des fous dangereux, parce qu'ils introduisent du doute là où la Société veut un pléonasme, toute subtilité diagnostique n'intéresse pas.

Alors que la Psychiatrie tente de se sortir de cette aliénation, la Société lui en veut de perturber la paix sociale dont nous avons parlé. Le contexte politique extrêmement instable oscillant entre monarchie constitutionnelle, empire et démocratie ne rassure pas, crée de la confusion. L'affrontement des deux paradigmes de la psychiatrie semblent symboliser cette position ambiguë et inconfortable pour les consciences de soutenir la philosophie des Droits de l'Homme et soutenir l'enfermement. « Le personnage médical » s'était prêté lors de la

---

[91] MEYERS C. Les lieux de la Folie, d'hier à demain dans l'espace européen. Erès, collection « des travaux et des jours » : 2005, p189.

[92] GOFFMAN E. Stigmate, les usages sociaux des handicapés. Les éditions de minuit, collection « le sens commun », 1963, 1975, p 175.

Révolution à la résolution de cette contradiction qu'il avait prise dans son discours « l'isolement est le traitement ». Mais à la fin du XIXème, la Psychiatrie naît de la nécessité de résoudre pour elle-même cette contradiction devant l'échec du traitement moral, elle ne peut plus justifier de l'enfermement comme « d'un traitement », ayant assisté à sa perversion comme moyen d'exclusion et d'abandon.

La loi de 1838 est donc majeure en ce sens qu'elle est une négociation entre la psychiatrie représentant les malades socialement, lesquels dans l'instant ne peuvent le faire. Cette question de la participation des malades aux décisions qui les concernent est le processus qui verra le jour au XXème siècle, problématique régulièrement actualisée, et le plus récemment par le rapport COUTY de janvier 2009, où sont intimement liés droit de citer et de cité dans le champ sociétal. Il nous semble intéressant d'insister là sur le fait que la loi de 1838 initie un dialogue politique dont la Psychiatrie ne cessera plus d'être porteuse, à un moment où on réalise que l'Institution peut être pathogène. Il nous semble intéressant de proposer que ce discours politique puisse être le point de départ d'une dimension d'une Psychiatrie Publique qui à notre époque est considérée comme partie intégrante de la Santé Publique. Il nous semble que l'une des différences entre les conceptions de la Psychothérapie Institutionnelle et la Réhabilitation Psychosociale dont nous voyons là se dessiner les influences de manière plus précises est le rapport de négociation entretenu par la psychiatrie avec la Société au nom des malades mentaux.

Les patients ambulatoires

La psychiatrie poursuit ses recherches en s'alliant à la neurologie et en s'ouvrant à une population de patients « ambulatoires » comme les hystériques, patientes que l'on présente au médecin, pour assister à la manifestations des symptômes en même temps que l'idée de collaboration avec les soignants autour de la clinique du quotidien s'estompe. Des mesures de réhabilitation sociale sont envisagées par FERRUS et FALRET en se basant sur le travail et la rééducation morale faite « in vivo » par des dames patronnesses sur le lieu de vie des patients.

La psychiatrie au XXème siècle Première partie
De la fin du XIXème siècle jusqu'à la seconde guerre mondiale
Histoire 3

I. La situation historique, économique et politique

A. La situation en France avant la première guerre mondiale

1. 1870-1876 : naissance de la IIIème République, après la première de 1792-1799 et la seconde de 1848-1852

Juste après la défaite de NAPOLEON III contre les Russes en 1870, les Républicains proclament la déchéance de l'Empire signent ainsi l'acte de naissance de la IIIème République. Un gouvernement dit de « défense nationale » est dirigé par Léon GAMBETTA pour continuer la guerre. Les problèmes militaires contraignent le gouvernement provisoire à signer l'armistice de fin janvier 1871, ratifié par une Assemblée élue en Février 1871. La droite royaliste conduite par Adolphe TIERS comme « chef de l'exécutif français » gagne les élections. La Constitution est en attente.

2. La Commune de Paris de mars à mai 1871

La Commune est un mouvement insurrectionnel ; la France est alors en partie occupée par les forces prussiennes, la capitale est assiégée depuis septembre 1870 et le peuple endure des conditions de vie difficiles et l'humiliation de voir défiler l'armée prussienne à Paris. Alors que THIERS ordonne le démantèlement de la garde nationale, celle-ci fraternisant avec le peuple s'y oppose. L'élection d'un conseil communal appelé la Commune de Paris se réunit en mars 1871 et se considère comme véritable gouvernement. Les artisans et les ouvriers d'une part, la petite bourgeoisie d'autre part dominent et adoptent plusieurs réformes comme la séparation de l'Eglise et de l'Etat, l'école obligatoire et gratuite ; MARX salue la Commune comme la première grande révolution prolétarienne. Cependant, le gouvernement de THIERS à Versailles fait entrer l'armée dans Paris en mai 1871 et écrase pendant « la semaine sanglante » la Commune dans un contexte effroyable d'exécutions sommaires de part et d'autre. Les autres villes dans lesquelles avaient pu émerger une commune sont écrasées également.

3. L'affaire DREYFUS

En 1898, l'affaire DREYFUS éclate, seul officier de l'Etat Major, juif, il est accusé de haute trahison, d'avoir livré des renseignements militaires à l'Allemagne. Il clame son innocence, l'enquête est reconnue pour avoir été bâclée, il est condamné à la dégradation et à la déportation. Le coupable est finalement trouvé en la personne d'ESTERHAZY, une campagne de presse débute pour demander la révision du procès. ZOLA en 1898 interpelle Félix FAURE, président de la République dans son article « J'accuse… » paru dans l'Aurore ; ESTERHAZY est acquitté et ZOLA condamné, des falsifications sont découvertes, la France est divisée autour de cette affaire : en 1899, Dreyfus est de nouveau condamné avec circonstances atténuantes, puis gracié et enfin réhabilité en 1906.

4. Laïcité, gratuité, fordisme

En 1905, la loi de séparation de l'Eglise et de l'Etat est le point d'orgue d'une politique anticléricale qui entraîne l'abolition du concordat de 1801. Des affrontements entre forces de l'ordre et catholiques français ont lieu suite à la condamnation de la loi par Pie X. Il s'agit d'une loi essentielle dans la définition de la République Française, redonnant une définition entre l'espace privé et sa liberté de culte et l'espace public qui ne peut tolérer l'influence religieuse. Jules FERRY instaure l'école obligatoire et gratuite de 6 à 13 ans, le divorce est rétabli.

Henry FORD aux Etats Unis développe l'industrie automobile de 1908 à 1927, en faisant de ce véhicule un produit de grande consommation, le modèle est simple, standardisé et bon marché et nécessite également un nouveau modèle de production basé sur le travail à la chaîne introduit en 1913 et une politique de salaires élevés pour permettre aux ouvriers de consommer éventuellement… des voitures. Ce modèle appelé le « fordisme » est peu à peu développé en France.

B. La première guerre mondiale de 1914-1918 et l'entre-deux guerres

1. La première guerre mondiale

Au début du siècle, les rivalités économiques et coloniales exacerbent les tensions entre la France, le Royaume Uni et l'Allemagne. Dans les Balkans, les Serbes cherchent à unir les Slaves jusqu'alors sujets autrichiens ; la Russie protège les Slaves et sa puissance inquiète l'Allemagne. La Triple Alliance lie l'Allemagne, l'Autriche- Hongrie et l'Italie ; la Triple Entente lie la France, le Royaume Uni et la Russie.

L'assassinat à Sarajevo de l'archiduc François-Ferdinand, héritier de l'empire Austro-hongrois, en juin 1914, par un jeune serbe, déclenche la guerre ; en effet, les austro-hongrois exigent leur présence auprès des serbes pour faire enquête et justice, les serbes refusent ; l'infernal engrenage des alliances mondialise le conflit. Le début de la guerre est marqué par des tactiques de mouvement, la guerre doit être rapide mais après la Bataille de la Marne, elles s'enlise dans une guerre de tranchées, les soldats vivent dans la boue, le froid, la faim ; les techniques et armes nouvelles sont expérimentées, la bataille de Verdun est une vraie boucherie. Des mutineries éclatent en 1917.

L'armistice le 11 novembre 1918 est signé par la jeune République Allemande, l'empereur ayant du abdiquer, pendant que la Russie a vu débuter la Révolution en Février 1917. Le poids pour la France est lourd, 10 millions de morts et 6 millions d'invalides, des pertes matérielles considérables, une situation économique dramatique. Ce conflit est considéré comme ayant marqué le déclin de l'Europe et l'émergence des Etats Unis d'Amérique.

2. Le Front Populaire

En 1936, en France, la formation du front populaire a lieu, il s'agit d'une alliance de partis politiques de gauche (le parti radical, la SFIO ou section française de l'internationale ouvrière et le PCF ou Parti Communiste Français), née d'inquiétude vis-à-vis de la crise sociale et la montée de l'extrême droite en France et en Europe. En effet, en février 1936 des partis d'anciens combattants et d'extrême droite dénoncent la corruption du gouvernement et du régime parlementaire, les manifestations réprimées par DALADIER, se terminent dans un bain de sang. Les forces de gauche se positionnent clairement pour défendre la démocratie, le parlement, la paix et le progrès social.

Le Front Populaire remporte les élections en mai 1936, Léon BLUM, chef de la SFIO est nommé président du conseil : les accords de Matignon entre le patronat, syndicat et gouvernement, prévoient augmentation des salaires et une meilleure reconnaissance des droits du salarié et l'instauration de conventions collectives. Les Lois Sociales réduisent le temps de

travail de 48 à 40 heures, instituent 15 jours de congés payés annuels. Sous la pression de la droite, et les difficultés économiques le Front Populaire agonise en avril 1938. DALADIER forme un nouveau gouvernement en faisant alliance avec les partis de droite.

3. En Europe et aux Etats Unis

La Révolution russe

Le Tsar NICOLAS II est reconnu comme incompétent, la défaite, la situation économique misérable de la Russie entraînent l'avènement de plusieurs grèves et manifestations, le peuple réclamant du pain et la paix. En Février, les soldats refusant de tirer sur les manifestants se joignent à eux. Le Palais d'Hiver, siège du gouvernement est pris, Nicolas II abdique. La famille impériale placée en résidence surveillée sera massacrée en juillet 1918. Le gouvernement provisoire essentiellement constitué de libéraux poursuit la guerre et n'entend pas les demandes du peuple qui commence à s'organiser en « Soviets », conseils populaires, réclamant l'abolition du système féodal russe, la répartition des terres.

LENINE (1870-1924) chef du parti Bolchevique dit socialiste marxiste soutient la mise en place de la dictature du prolétariat en Russie. De retour d'exil, les conditions étant favorables à une deuxième révolution en octobre 1917, les Bolcheviks prennent le contrôle de Petrograd, renversent le gouvernement provisoire ; le congrès des soviets les acclame et les soutient au pouvoir. La Russie cesse la guerre et les terres sont redistribuées aux paysans. Cependant, les positions dictatoriales des Bolcheviks entraînent des mécontentements et une guerre civile éclate que les Bolcheviks gagneront en 1921 durcissant encore davantage la dictature prolétarienne. LENINE meurt en 1924, laissant TROTSKI et STALINE au pouvoir aux prises avec la Nouvelle Politique Economique prônant un retour vers le capitalisme. STALINE prend le pouvoir en 1928 ; réfutant le recours au capitalisme, il décide d'appliquer les doctrines socialistes dans le pays. En 1929, la collectivisation des terres a lieu mais déplaît profondément aux paysans. Les opposants aux décisions du régime sont dits ennemis du peuple et déportés dans les goulags en Sibérie, les « grands procès de Moscou entre 1936 et 1938 » épurent littéralement le parti communiste soviétique.

En Italie depuis la fin de la guerre, la frustration de l'Italie, n'ayant pas obtenu son butin de guerre par l'acquisition de territoires qui lui étaient promis, voit se développer « les chemises noires » de Benito MUSSOLINI, forces fascistes. En 1922, pour faire barrage au communisme, MUSSOLINI demande le pouvoir à Victor Emmanuel II et fait pression en organisant la marche de Rome, le roi cède. Il instaure la dictature en 1925. Parallèlement, d'autres pays d'Europe Centrale voient leur gouvernement saisi par des extrémistes.

En 1933, Hitler instaure le Nazisme en Allemagne.

HITLER chef du parti national socialiste des travailleurs allemands en abrégé NAZI est nommé chancelier en 1933 par HINDENBURG, le président de la république. L'Allemagne traverse une crise économique grave avec 33 % de la population active au chômage. Il développe une propagande fondée sur le nationalisme et la défense du peuple. En 1923 après une tentative de coup d'état avorté, il est emprisonné et écrit « Mein Kampf » où il expose ses idées antisémites et racistes, en général. Les Sections d'Assaut sèment la terreur et permettent au parti « NAZI » de rassembler bon nombre de suffrages aux élections. Détenteur de 37,4 % des voix en 1933, il domine le gouvernement. Progressivement, le parti communiste est éliminé, interdit, une campagne démagogique et violente permet au parti d'HITLER d'obtenir 44 % des voix. Il est alors unique parti d'Allemagne, les syndicats sont interdits et la population est contrôlée. « La nuit des longs couteaux » élimine les opposants jugés trop révolutionnaires, en 1934.

Entre 1936 et 1939 a lieu la guerre civile espagnole. En 1931, le roi Alphonse XIII quitte l'Espagne, la République est proclamée, les élections de 1936 donnent la victoire au front de gauche. Les bourgeois, les catholiques, les militaires et les fascistes se rallient face aux menaces de violence à leur encontre. La guerre civile commence en juillet 1936, le général FRANCO commande des troupes venues du Maroc, il s'allie aux forces nationalistes, traditionnalistes et catholiques face aux milices ouvrières et au gouvernement républicain. L'Allemagne NAZI et l'Italie Fasciste soutiennent FRANCO, l'URSS soutient les partis socialistes. Après une hécatombe de 400 000 à 900 000 morts, les nationalistes remportent la victoire, FRANCO pénètre à Madrid en mars 1939 et s'installe au pouvoir.

Aux Etats Unis en 1929, le jeudi noir.

Après une période de forte croissance économique des années 20, ayant donné lieu à une intense activité boursière et à la spéculation, Wall Street à New York connaît un « crack Boursier », la valeur des actions s'effondre. A point de départ économique, la crise devient sociale par les faillites, les licenciements, 12 millions de chômeurs en 1933. Les autres pays impliqués dans les échanges commerciaux avec les Etats Unis comme l'Allemagne et l'Autriche subissent aussi « la grande dépression des années 30 ». Malgré le New Deal de Franklin ROOSEVELT en 1933, la crise se poursuivra jusqu'à la seconde guerre mondiale.

C. La science et les techniques

1. Les découvertes scientifiques

Les découvertes sont foisonnantes et concernent toutes les sciences : Lorenz et les électrons en 1892, Roëntgen et les rayons X en 1895, Pierre et Marie Curie découvrent la radioactivité du radium en 1898, Culture in vitro en 1907, Morgan et les gènes en 1910, Einstein et la théorie de la relativité en 1913, Pavlov et la théorie du conditionnement la même année, Le microscope électronique en 1926, les Joliot-Curie découvrent la radioactivité artificielle en 1934, radar en 1938, code génétique en 1944, pile atomique en 1947, le système immunitaire en 1950 et l'ADN en 1953, le laser en 1956, premier satellite artificiel en 1957, le caryotype en 1960, l'informatique à partir de 1962, marche sur la lune en 1969, *premier micro ordinateur en 1975, transplantation embryonnaire en 1975, oncogenèse en 1980, bureautique en 1982…*

2. Les découvertes médicales

Pasteur met en place le vaccin contre la rage en 1885, l'aide médicale gratuite est instaurée en 1893, la naissance de la radiographie a lieu en 1895, Fournier étudie la syphilis en 1898, Les premiers barbituriques sont utilisés en 1902, Cushing développe la neurochirurgie en 1910, les dispensaires antituberculeux sont mis en place en 1916, les lois concernant les maladies professionnelles sont adoptées en 1919 ; l'insuline est découverte en 1922 ; l' artériographie est développée en 1927 ; l'EEG en 1931 ; la radiothérapie en 1932 ; les sulfamides en 1935, la cortisone en 1938, la pénicilline en 1943, la chirurgie cardiaque en 1944, la création de l'OMS en 1946, la contraception orale en 1950, le système HLA, le laser médical en 1960, *la première greffe cardiaque en 1962, le scanner en 1971, l'IRM en 1972, le sang artificiel en 1979, l'épidémie de SIDA en 1981.*

3. Les Sciences Humaines

La psychologie se développe. Emile Durkheim (1858-1917) inaugure la sociologie. L'anthropologie est représentée par Lévy-Bruhl (1857-1939) et la phénoménologie par Karl Jaspers dans son manuel de psychopathologie générale en 1913. L'œuvre de Freud, de Karl Abraham et Sandor Ferenczi.

Dans la période d'avant guerre décrite précédemment, les « fous » ont bénéficié d'un courant anthropologique, psychanalytique et phénoménologique, mouvements culturels dont l'intérêt s'est appuyé sur celui des dessins d'enfants et de l'art dit primitif. Dans les années 1920, les

surréalistes et certains historiens d'art sont intrigués par les « productions esthétiques des schizophrènes ».

II. La psychiatrie de la fin XIX ème à la Seconde Guerre Mondiale

A. La fin de l'aliénisme et la naissance de la psychiatrie (1900-1920)[93]

1. MAGNAN et KRAEPLIN, deux visions de la psychiatrie

- La fin du XIX ème siècle est marqué par la fin de l'Aliénisme porté par deux figures : MAGNAN en France, qui officiera pendant 45 ans dans le service d'admission de l'Hôpital Sainte Anne, dès 1867 et dont le modèle théorique se construira sur « les délires chroniques ». Ne pouvant se situer qu'à priori puisqu'il n'aura pas accès à l'évolutivité des pathologies, sa vision restera synchronique. Il s'appuie sur la théorie de la dégénérescence de MOREL tout en l'enrichissant de données neuro physiologiques.
- KRAEPLIN en Allemagne qui au contraire aura une expérience dans l'accompagnement des patients dans le temps, d'où le développement colossal d'une théorie basée sur l'évolutivité, sa vision est diachronique. « Le culte de la science et le positivisme » sont en perte de vitesse. L'aliénisme disparaît, la psychiatrie apparaît dans les années 1920, en se rapprochant de la neurologie et de la médecine d'une part et de la psychologie débutante d'autre part. L'œuvre de KRAEPLIN remporte un franc succès en Allemagne, URSS, Espagne, Italie, aux structures politiques particulièrement rigides.

2. Entre neurologie et psychologie, la psychiatrie oscille

Selon Etienne TRILLAT[94], G. BALLET serait très représentatif de cette « nouvelle orientation ». Il appartient à l'école de la Salpêtrière, fief de CHARCOT, en rivalité avec celle de Sainte-Anne où règne MAGNAN. Il fonde en 1906, L'Encéphale avec DEJERINE, ANTHEAUME et CLAUDE : il y prône le rapprochement entre neurologue et aliéniste et la réintégration de la pathologie mentale, perçue comme isolée, au sein de la médecine. En 1894,

---

[93] TRILLAT Etienne. Une histoire de la psychiatrie au XXème siècle. In Nouvelle Histoire de la Psychiatrie. Sous la direction de Postel J. et Quetel C. Dunod, Paris 1994, pp 338.

[94] Ibid

les aliénistes et les neurologues se rassemblaient déjà sous forme de congrès. En fait l'alternative à l'aliénisme est marquée par la modestie et la collaboration entre « la médecine et les pathologies non organiques » sans pour autant proposer de nouvelle construction. « La prédisposition morbide » remplace la « dégénérescence » mais n'intervient pas dans le domaine pathologique. De plus, l'orientation neurologique de la psychiatrie s'appuie de nouveau sur la découverte de l'encéphalite d'ECONOMO-CRUCHET, secondaire à un virus, entraînant une symptomatologie psychiatrique. De nouveau, l'espoir de la découverte d'une étiologie, d'un agent pathogène renaît.

Théodule RIBOT (1839-1916), philosophe et psychologue, encourage ses élèves JANET et DUMAS à étudier la médecine, voulant fonder la psychologie comme science autonome et développer la psychopathologie. DUMAS va développer le postulat fondamental de la doctrine des constitutions « il y a une identité foncière entre mécanismes psychologiques normaux et mécanismes pathologiques. Les différences sont d'ordre quantitatif et non qualitatif [95] . » Ils fonderont chacun un laboratoire de psychopathologie expérimentale, respectivement à Charcot et à Sainte-Anne.

B. Critique de la dégénérescence et de la classification Kraeplinienne

FREUD est un fervent critique de la théorie de la dégénérescence.

1. La théorie de l'inadaptation de MEYER

Adolf MEYER (1866-1950), psychiatre d'origine suisse est le fondateur de la psychiatrie nord américaine. Il se réfère aux philosophes William JAMES et John DEWEY et construit une conception des maladies mentales fondée sur la théorie de l'inadaptation. Les modes de réaction des malades seraient en effet inadaptés et cette inadaptation serait à considérer au regard d'une histoire personnelle singulière. A une époque où la théorie de la dégénérescence se veut « englobante » prônant l'indifférenciation et constituant un prêt à penser de toutes les entités pathologiques, « une épithète à tout faire », qu'on ne sait pas « com-prendre ».

2. Le système constitutionnel, concept de vulnérabilité et prémorbidité

La critique est difficile et des retours en arrière s'opèrent avec DUPRE (1862-1921) dont la nouvelle doctrine du « pervers constitutionnel » renouvelle le pouvoir de l'hérédité. Il élabore la notion de « constitution perverse, mythomaniaque – dont il crée le terme -, émotive » qui

[95] TRILLAT E. Une histoire de la psychiatrie au XXème siècle. In : Nouvelle Histoire de la psychiatrie. Sous la direction de J. POSTEL et Cl. QUETEL. Paris, édition DUNOD, 1ère édition en 1983, édition actuelle 1994, p 647.

est « l'ébauche et le germe (inné) d'une affection en puissance ». Il travaille entre 1905 et 1919 sur les fonctions normales comme l'imagination, l'émotivité, la motricité à partir des observations « du pathologique », il en conclura en 1919 « les maladies mentales sont des maladies de la personnalité ». GENIL-PERRIN parlera quand à lui de « constitution paranoïaque » caractérisée par des traits comme l'orgueil, la méfiance, la fausseté du jugement et l'inadaptation sociale. Cette dimension de la « constitution » que la psychiatrie distingue de la pathologie s'apparente au concept de vulnérabilité. En effet, des liens sont recherchés entre une entité « prémorbide » et une bascule vers la pathologie selon une spécificité symptomatologique. KRETSCHMER (1888-1964) complètera en étudiant les biographies d'hommes célèbres, le concept de paranoïa et de constitution. Il décrira le délire de relation des sensitifs.

Le concept de constitution établit un continuum quantitatif entre normal et pathologique là où la théorie de la dégénérescence creusait l'écart par la recherche de stigmates. Le drame de la première guerre mondiale constitue alors un vaste laboratoire appréhendant les conséquences sur une population normale d'un choc émotionnel massif, interrogeant la théorie du « fond constitutionnel ». Progressivement la théorie des constitutions va se rigidifier au point de revenir selon DELMAS à « replacer l'origine des psychoses dans la personnalité innée, dans l'hérédité[96]. »

3. Inauguration de l'approche structurale par DE CLERAMBAULT

La création nosologique des délires s'élaborent en France autour des mécanismes et des thématiques grâce à BALLET et la psychose hallucinatoire chronique, inspiré du délire chronique systématisé de MAGNAN. SERIEUX (1864-1947) et CAPGRAS[97] (1873-1950) mettent en évidence le mécanisme de l'interprétation délirante parallèlement aux phénomènes hallucinatoires et à l'automatisme mental de DE CLERAMBAULT tandis que DUPRE aborde les délires imaginatifs.

FALRET dans sa théorie de la résultante psychique avait déjà cherché à élucider la rationalité du délire. Gaétan Gatien DE CLERAMBAULT[98] (1872-1934), médecin de l'infirmerie

---

[96] TRILLAT E. Une histoire de la psychiatrie au XXème siècle, p 343. In : Nouvelle Histoire de la psychiatrie. Sous la direction de J. POSTEL et Cl. QUETEL. Paris, édition DUNOD, 1ère édition en 1983, édition actuelle 1994, p 647.

[97] SERIEUX et CAPGRAS. Les folies raisonnantes. Paris, Alcan, 1909.

[98] DE CLERAMBAULT. Œuvre psychiatrique. Paris, PUF, 1942. In : Nouvelle Histoire de la psychiatrie. Sous la direction de J. POSTEL et Cl. QUETEL. Paris, édition DUNOD, 1ère édition en 1983, édition actuelle 1994, p 647.

spéciale de la préfecture de police, il examine dans le but d'effectuer « un tri » les arrivants troublants l'ordre public. Il construit sa théorie de l'automatisme mental, reprenant un terme de BAILLARGER et de JANET en lui donnant une signification plus spécifique. Pour lui, le délire serait une « superstructure », une sorte de tentative de restauration, de rétablissement de sa « cohérence interne » pour un malade aux prises avec des phénomènes pathologiques qui le traversent se référant au syndrome d'automatisme mental atteignant le processus de pensée, des affects et des comportements. De la démarche descriptive de ses prédécesseurs, DE CLERAMBAULT inaugure l'approche structurale où le délire prend valeur d'organisation plus ou moins articulée, plus ou moins envahissant dans le champ de l'activité psychique du sujet, reconstituant sur un postulat erroné une « néoréalité ».

C. La psychiatrie de l'entre-deux guerres de 1920 à 1940 :

Introduction

Finalement dans l'entre deux guerres, période très troublée, l'Europe est exsangue. Du point de vue sociologique 1920 marque véritablement la fin du XIXème siècle et l'entrée dans le XXème, une rupture nette se marque avec le passé. Trois auteurs marquent profondément la psychiatrie du XXème siècle : KRAEPLIN, BLEULER et FREUD ; Etienne TRILLAT[99] dans son article, souligne le fait que KRAEPLIN et FREUD sont contemporains ainsi que leurs œuvres mais que conceptuellement, les théories de KRAEPLIN sont considérées comme appartenant à la psychiatrie du XIXème alors que celles de FREUD sont inscrite dans le XX ème. Il est à noter également en introduction que la seule réelle émergence, celle de la schizophrénie, survient dans le seul pays resté neutre pendant le conflit mondial : la Suisse.

Le troisième paradigme de la psychiatrie naît selon LANTERI LAURA[100] en 1926 de la conception de la schizophrénie selon BLEULER présentée au congrès de Genève et élaborée en 1911. Cette importance accordée à la structure déplace la considération pour les maladies mentales syndromiques à celle de la psychopathologie.

1. La schizophrénie, la psychopathologie, la psychanalyse : la psychogénèse

a. La découverte de BLEULER

---

[99] TRILLAT E. Une histoire de la psychiatrie au XXème siècle, p 345. In : Nouvelle Histoire de la psychiatrie. Sous la direction de J. POSTEL et Cl. QUETEL. Paris, édition DUNOD, 1ère édition en 1983, édition actuelle 1994, p 647.

[100] LANTERI-LAURA Georges. Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne. Paris, Les éditions du temps, 1998.

Eugène BLEULER[101] (1857-1939), psychiatre suisse, propose pour nommer les démences précoces le terme de schizophrénie[102] en 1911, attentif au développement de CHASLIN sur le concept opératoire de discordance. Il identifie comme mécanisme psychopathologique essentiel le relâchement des associations conduisant à la dilacération des fonctions psychiques ou « spaltung ». « Bleuler repère alors dans les contenus du délire ou des hallucinations, non plus les extravagances d'une pensée désaxée, mais des témoignages de l'affectivité des patients, déformés comme dans les rêves par des déplacements, des condensations et des symbolisations. » Influencé par les psychanalystes ABRAHAM, JUNG et FREUD auquel il rendra hommage expressément, mais restant fidèle à KRAEPLIN, il cherche à redéfinir la classification en englobant l'autisme, les bouffées délirantes, la paranoïa, la psychopathie dans le concept de schizophrénie. Ce cadre nosographique est alors comparé à celui de la psychose unique d'ESQUIROL puis GRIESINGER et contre lequel s'était mobilisé l'effort clinique de la fin du XIXème siècle. Bien que critiqué sur ce point BLEULER sera quand même attentivement écouté au congrès des aliénistes et des neurologistes de Genève en 1926.

BLEULER semble laisser le choix dans sa théorisation à deux approches de la schizophrénie ou plutôt du processus de dislocation à l'œuvre : la rupture des associations est secondaire à un fait organique – le complexe idéo affectif est isolé et fonctionne comme un corps étranger – ou un fait psychique – la charge affective est telle qu'elle provoque la rupture des associations - ; il réfute dans ce contexte la dimension constitutionnelle du trouble et sa dimension uniquement quantitative comme le souligne JANET.

Kurt SCHNEIDER (1887-1967) en Allemagne définit les symptômes de premier rang (l'automatisme mental) puis de second rang (les troubles de l'humeur, de l'affectivité, de la conscience, l'intuition délirante). Aux Etats Unis, SULLIVAN conçoit la schizophrénie comme un malaise généralisé des relations interpersonnelles, comme un mécanisme d'être au monde normal chez l'individu à un stade archaïque ; il est influencé par MEYER, le philosophe de l'interaction, MEAD et l'anthropologue SAPIR. Tout comme KRAEPLIN, BLEULER s'avère pessimiste et ne se projette pas dans une application thérapeutique de la schizophrénie la considérant « foncièrement incurable ». Il n'admet que l'ergothérapie, médiateur permettant aux infirmiers d'intervenir sur un mode éducatif et préventif auprès des

---

[101] BLEULER Eugène est né en 1857 près de Zurich en Allemagne, il suit ses études à l'université de Berne puis chez CHARCOT, chez MAGNAN, puis à Londres et à Munich ; il est ensuite interne de FOREL à la clinique Burghölzli dont il sera le successeur en 1898, où il élabore pendant 30 ans son œuvre Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien, parue en 1911 dans l'encyclopédie psychiatrique de Aschaffenburg.

[102] Schizen du grec « fendre ».

patients. Il est cependant déjà sensibilisé à la question de la chronicisation et préfère laisser les patients dans leur milieu naturel, l'hospitalisation complète étant réservée aux phases aiguës de traitement de la maladie. La chronicisation est d'ores et déjà entendue comme iatrogène. Il développe une consultation ambulatoire et un service de placement familial. Il restera hermétique à l'approche psychanalytique du symptôme le considérant comme incompréhensible et dépourvu de sens, il marquera en fait des points de divergences majeures avec FREUD concernant la sexualité et le traumatisme infantile et sur l'origine uniquement psychogène de la schizophrénie. Cependant, il semblerait que ce soit grâce à BLEULER et à son assistant JUNG que les théories Freudiennes enrichissent la psychiatrie contemporaine.

b. L'accueil de la psychanalyse et la psychanalyse des psychoses

Au début du XXème siècle, la psychanalyse fait parler d'elle ; KRAEPLIN s'y montre nettement opposé de même que Von JAUREGG, professeur de psychiatrie à Vienne, inventeur de l'impaludation, prix Nobel en 1927 et ASCHAFFENBURG en 1906 au Congrès des Neurologues et des Aliénistes de Baden-Baden.

Paul FEDERN (1879-1950), psychanalyste autrichien, collaborateur de BLEULER et de JUNG avec Gertrud SCHWING, infirmière, est le premier au début du siècle à développer une analyse des « déments précoces ». Il s'agissait d'un travail à domicile avec la collaboration des familles. Il élabore l'hypothèse selon laquelle « ses malades souffriraient d'un défaut d'investissement des limites de leur moi, qui ne leur permettrait pas de contenir leurs productions psychiques et de se protéger d'une invasion de la pensée d'autrui. » Ses recherches sur les associations verbales des schizophrènes vont contribuer pour Bleuler à l'élaboration du trouble associatif fondamental.

Pour Karl ABRAHAM (1877-1925), autre disciple de Freud, « c'est « l'auto-érotisme » qui distingue la démence précoce de l'hystérie » ; il contribue à l'établissement d'une disposition structurale pour distinguer psychose et névrose. La psychose proviendrait d'un arrêt du développement sexuel au stade narcissique au niveau duquel s'établit l'image de soi ; quand à la névrose, elle s'inscrirait dans les aléas de la relation à autrui et de l'élaboration de la relation d'objet.

Mélanie KLEIN (1882-1960), en Angleterre, poursuit le travail d'ABRAHAM sur la relation d'objet précoce et la construction de la représentation du corps chez le très jeune enfant, elle théorise la position schizo-paranoïde, le bébé appréhende le retrait du sein, qu'il attaque avec avidité et une position dépressive pendant laquelle il répare fantasmatiquement l'objet attaqué. Elle construit sur ces bases un cadre thérapeutique au sein duquel elle interprète les angoisses profondes et le transfert négatif-positif.

En 1925, SULLIVAN obtient la direction du Sheppard-Pratt Hospital, dans le Maryland. Il y développe une unité expérimentale de six lits, il y engage « une thérapie relationnelle ». Formé par Clara THOMPSON, analysée de FERENCZI qui insistait sur l'importance des échanges affectifs, SULLIVAN promeut un climat de spontanéité et de chaleur. Les soignants sont choisis sur des critères de personnalité, ils sont « invités à partager leurs expériences émotionnelles avec les patients » ; à partir de ces échanges émotionnels, le médecin élabore avec la psychanalyse comme système explicatif, les processus en échanges. Plus tard à la clinique de Chestnut Lodge, près de Washington, Sullivan entouré de psychanalystes comme SEARLES et FROMM-REICHMANN il approfondira ce principe de traitement qui inspirera profondément la psychothérapie institutionnelle.

En France, la psychanalyse aurait été introduite par HESNARD (1886-1969) et LAFORGUE (1894-1962), auteur d'une thèse sur l'affectivité des schizophrènes. JANKELEVITCH traduit en 1922 *L'introduction à la psychanalyse* de FREUD. En 1921, arrive à Paris, une psychanalyste polonaise SOKOLNIKA, analysée par FREUD, élève de JUNG et FERENCZI ; se constitue un groupe autour d'elle de psychiatres et autres personnalités intéressées par la psychanalyse telles que SAUSSURE, LAFORGUE. Ce petit groupe sera à l'origine de *l'Evolution Psychiatrique*, la revue qui souhaitait regrouper tous les travaux psychanalytiques de langue française. LAFORGUE, SOKOLNIKA et LOEWENSTEIN fondent en 1926 la Société Psychanalytique de Paris qui publiera sa propre revue, La Revue Française de Psychanalyse. Psychanalyse et Psychiatrie s'opposent en France contrairement comme nous l'avons vu aux Etats Unis ou en Angleterre.

c. L'approche phénoménologique

La phénoménologie s'applique à entendre et comprendre le vécu des patients pris dans leurs troubles tels qu'ils les éprouvent. Au cœur de cette rencontre dans la droite ligne de HURSSEL et BERGSON, il s'agit de suspendre temporairement tout savoir.

Eugène MINKOWSKI[103] (1885-1972), élève de BLEULER, défend ce courant en France, redéfinit l'autisme comme une perte du contact vital avec la réalité, « tout en sachant qu'il y est, il ne s'y sent pas ». BINSWANGER (1881-1966), également élève de BLEULER, tente de reconstituer l'expérience intime du patient appelée la *Daseinanalyse*. Ainsi depuis l'objectivation Kraeplinienne de la schizophrénie, une révolution s'opère dans un questionnement sur le vécu du patient et celui de son interlocuteur, ainsi RUMKE, psychiatre

[103] MINKOWSKI E. La schizophrénie. Paris, Desclé de Brouwer, 1927.

hollandais décrira une expérience d'étrangeté « praecox gevoel », dans le contact éprouvé dans la rencontre avec le schizophrène amenant l'autre à un « sentiment de rupture radicale ». Le patient est pris dans sa globalité et non plus comme une pièce entomologique, il s'inscrit dans une histoire, sa relation au médecin s'inscrit dans la réciprocité. Il s'agit de découvrir avec le patient le sens de son symptôme, la question de la cause n'est pas éludée mais n'est pas centrale et ne se suffit pas à elle-même. La conception du symptôme est élargie, il n'appartient plus seulement au médecin. C'est JASPERS (1883-1969), professeur de philosophie à Bâle qui précisera les rapports entre la causalité et la compréhension d'une expérience, en interrogeant ce qui du point de vue du malade fait rupture avec sa personnalité ou développe ses potentialités.

En 1925, phénoménologues et psychanalystes fondent donc *l'Evolution Psychiatrique* pour combattre le réductionnisme mécaniciste et s'engager en faveur de la personne souffrante.

2. L'organogénèse des pathologies mentales

a. De la neuro psychiatrie à l'organodynamisme

Au XXème siècle, l'organogénèse prend une place importante. Sur le plan universitaire, la psychiatrie se voit attribuer un rôle secondaire par rapport aux neurologues qui en occupent la chaire. A ce moment, la neurologie depuis une position antérieure « localisationniste », notamment lors de la découverte des centres du langage adopte un point de vue progressivement global et systématique, s'intéressant au système nerveux central comme un appareil de mise en relation, de traitement des informations et de reconstruction subjective du monde. « Rien ne se passe localement dans l'organisme qui ne l'affecte dans son ensemble. »

L'organodynamisme de Henry EY en collaboration avec ROUART, membres de *l'Evolution psychiatrique* tente « de dépasser l'opposition organogénèse/psychogénèse grâce à une conception hiérarchisée du système nerveux qu'utilisait MAGNAN. » Toute pathologie mentale se définirait à partir de deux structures dont l'une négative déficitaire atteindrait la conscience du monde, de soi, la mémoire serait d'étiologie organique, l'autre serait dépendante « du libre jeu de l'activité psychique ». La maladie mentale devient pour Henry Ey une pathologie de la liberté. La psychiatrie se dit « science des dissolutions globales fonctionnelles de la conscience et la neurologie, science des dissolutions locales. »

b. Les traitements de choc

A cette période, alors que les discours s'attachent à « réhabiliter » l'homme souffrant derrière le fou, la réactualisation de certains traitements comme les bains glacés ou « l'extraction de la pierre de la folie » semble renouer avec l'assimilation du fou à l'animalité.

Wagner Von JAUREGG (1857-1940), professeur de psychiatrie à Vienne, codifie le traitement de la paralysie générale par l'inoculation du paludisme, provoquant un choc thermique, il s'agirait alors de traiter « le mal par le mal », il reçut le prix Nobel en 1927 pour cette découverte. Ce traitement par la fièvre sera inopérant chez les schizophrènes. Von MEDUNA (1896-1964), psychiatre hongrois, injecte un produit épileptogène aux psychotiques ; plus tard deux italiens CERLETTI et BINI, poursuivent un intérêt pour cette méthode qu'ils perfectionnent, ils utilisent le courant électrique pour déclencher artificiellement des crises d'épilepsie. Les électrochocs sont nés dans une confusion d'utilisation, oscillant entre un sens thérapeutique et coercitif ; les séances pouvant être publiques pour « impressionner » les autres malades ; de ce fait, ils deviendront le symbole d'une psychiatrie répressive. Manfred SAKEL (1900-1957) découvre après un coma accidentel l'amélioration d'un patient traité par insuline pour recouvrer l'appétit. Le traitement de la schizophrénie devient des séries de cures de SAKEL, de chocs insuliniques. MONIZ neurologue portugais en 1933 invente la psychochirurgie visant à interrompre chirurgicalement des circuits neuronaux notamment frontaux. Ce traitement quoique discutable non seulement sur le plan éthique mais aussi sur le plan thérapeutique, a permis à son auteur de recevoir le prix Nobel.

3. L'hygiène mentale et l'Eugénisme

a. Les précurseurs et Le contexte de la médecine sociale

Mesures contre la tuberculose

Le projet hygiéniste naît en France depuis Pasteur de programmes de santé publique avec la vaccination, les maladies contagieuses à déclaration obligatoire, dépistage et surveillance des tuberculeux. 1902. Loi dispositif de protection sanitaire de la population.

La tuberculose est la maladie de la précarité et naît avec elle la médecine sociale.

En 1902, se met en place la loi relative au dispositif de protection sanitaire de la population ; en 1916, ce sont les dispensaires d'hygiène sociale et préservation antituberculeuse (protection de l'enfance, lait, crèche, IVG...) ; en 1927, intervient la création de l'Office public d'Hygiène Mentale. Il s'agit de dispensaire où exercent médecin et assistante sociale de manière déjà sectorisée, à l'initiative de E. TOULOUSE. Ces mesures prennent place dans

le programme du front populaire s'inscrivant dans la droite ligne de la loi de 1793 dans laquelle la santé est un devoir d'état.

Le 13 octobre 1937. Circulaire dans laquelle, les noms des asiles sont changés sur les frontons des établissements, les aliénistes deviennent des psychiatres, et leur sont accordés des missions de prévention de l'hospitalisation et de l'exclusion.

La législation du travail s'intéresse au temps de travail des IDE dont le diplôme est créé en 1930 avec la formation des CEMEA.

b. La théorie de la dégénérescence

Le milieu du XIXème siècle voit apparaître des théories « de la race et de dégénérescence » définissant « l'eugénisme ». Bénédict Augustin MOREL écrit *le traité des dégénérescences* s'appuyant notamment sur une théorie créationniste. Alexis CARREL, soutenu par l'Allemand HOCHE, également prix Nobel de médecine en 1912, relance la question économique du coût des aliénés pour une société ainsi que celui des criminels, il évoque que « l'utilisation d'établissements euthanasiques avec gaz appropriés » serait sans doute une « ouverture » pour ce problème car sans nul doute pour lui « les anormaux nuisent au développement des normaux ». Les thèses de Darwin seraient utilisées pour justifier de la nécessité d'une sélection naturelle ne laissant survivre que les plus forts. TOULOUSE s'inspire de l'Américain Clifford BEERS, ancien interné en lutte contre les asiles et crée comme aux Etats Unis une *Ligue d'hygiène et de prophylaxie mentale*. Il est réputé pour avoir humaniser son service de Villejuif, il propose la séparation des services de soins actifs des asiles de long séjour et introduit dans cet « hôpital psychiatrique » un service « libre » ne dépendant pas de la loi sur l'internement.

Gaétan Gatien DE CLERAMBAULT, psychiatre à l'infirmerie spéciale des aliénés au dépôt de la préfecture de police de Paris, se pose comme « l'aliéniste défenseur de la race », au travers notamment de trois points clés : d'une conception très biologique de l'homme, faisant pénétrer dans les familles l'idée forte de l'hérédité comme cause de la maladie mentale, en s'appuyant sur des conceptions reconnaissant la société comme un corps.

BLEULER affirmait également qu'il fallait déconseiller le mariage et espérait que « la stérilisation pourra bientôt être utilisée à assez grande échelle pour des motifs d'hygiène raciale, ici comme chez d'autres porteurs d'une disposition pathologique en état de coïter. »

c. Edouard TOULOUSE, personnage ambigu et la biocratie

La ligue d'hygiène mentale et consultations en hygiène mentale

En décembre 1920, Edouard TOULOUSE (1865-1947), psychiatre à Sainte Anne, de formation scientifique et hygiéniste, fonde la Ligue d'Hygiène Mentale, mouvement populaire destiné à éclairer les masses, et inspiré par l'exemple américain. En 1922, il met en place le premier centre de prophylaxie en santé mentale à Sainte Anne sous forme de soins ambulatoires, de consultations, librement consentis par les patients, constituant les prémisses de la politique de secteur. Ce centre appelé Henri Rousselle comprend un service social, des laboratoires de recherche, un centre d'enseignement et d'éducation sanitaires. Cette structure est calquée sur le modèle des hôpitaux généraux se distinguant profondément de la structure asilaire.

Distinction : chronique « sans espoir » et aiguë « intérêt pour la recherche »

Il distinguera les malades chroniques d'une part, pour lesquels il n'a plus d'espoir et les considère à enfermer, et en « troubles naissants » d'autre part, qui stimulent les prises en charge et les explorations. Il prône la réduction des mesures restrictives de liberté. Partisan d'une psychiatrie « d'extension », ne se cantonnant pas au traitement « des aliénés », il s'intéresse au dépistage de sujets en difficultés psychosociales. Il veut prévenir les souffrances au travail en sélectionnant les travailleurs, l'échec scolaire en orientant les élèves en fonction de leurs compétences, il veut une politique d'Etat interventionniste, la santé devenant un devoir citoyen et la « prophylaxie, une véritable morale républicaine ».

Laboratoire bio psychotechnique

« Avec les instruments psychotechniques qu'il a mis au point dans son laboratoire, il veut dépister les inégalités biologiques et les corriger par des traitements adaptés et par la solidarité. S'il compte sur une rationalisation de la procréation, une éducation sexuelle et une lutte contre les maladies vénériennes pour limiter l'incidence des maladies mentales, s'il préconise une veille aux frontières pour contrôler les immigrants anormaux, il reconnaît que « nos connaissance en matière d'hérédité ne sont pas assez sûres pour légitimer la réclamation d'aucune loi tendant à limiter l'union de certains malades »[104] ».

Eugéniste

En novembre 1932, Edouard TOULOUSE, psychiatre à Sainte Anne rédige un mémoire réclamant la stérilisation des malades mentaux pour diminuer le nombre d'anormaux

[104] HUTEAU M. La biocratie d'Edouard Toulouse. Paris, L'harmattan, 2002.

notamment en relançant la question du coût - et non dans une réflexion concernant l'accès à la parentalité des malades mentaux.

Le point central réellement de l'eugénisme sera de considérer que les malades mentaux sont dépourvus d'âme. En effet, tous les médecins recrutés par les Nazis ne reconnaîtront à la vie humaine qu'une valeur biologique s'autorisant par cette position à s'affranchir de toute éthique.

d. **La mise en œuvre politique des théories de l'eugénisme**

En 1933, la loi sur la prévention des naissances et la stérilisation des personnes atteintes de maladies héréditaires est promulguée mais l'Eglise catholique s'y oppose.

Le programme allemand

Le 1er septembre 1939, les autorités allemandes mettent en place un vaste programme d'euthanasie de masse dans la plus grande discrétion par ordonnance secrète du Führer prononcée en temps de guerre à l'insu de tous. Les médecins sont en position de signifier l'incurabilité qui justifiera l'euthanasie des malades mentaux. La mise à mort « par compassion » des enfants malformés par injection luminale ou chambre à gaz. Les malades mentaux sont rigoureusement sélectionnés par questionnaire via les experts psychiatriques puis une notification de transfert parvient dans l'établissement d'accueil du malade sans donner la destination du transfert qui est celle d'un centre d'extermination. Les familles reçoivent ensuite une lettre dite de réconfort expliquant en termes étudiés que « leur malade mental » avait succombé à une quelconque maladie. Il semblerait que 70 000 personnes malades mentales aient été « gazées » entre décembre 1939 et janvier 1941. Outre les chambres à gaz, les sévices par la faim sont organisés. Pendant l'été 1941, HIMMLER sélectionne parmi les malades mentaux des objets d'expérience[105].

Le régime de Vichy

En France, 40 000 morts seraient comptabilisés dans l'asile de Vichy, pendant l'occupation, les décès par malnutrition se multiplient dans une ambiance de marché noir, de pénurie et trafic de denrées alimentaires. A Vichy a-t-il été fait acte d'une volonté criminelle ? Ce n'est pas prouvée à l'heure actuelle mais reste questionnée l'inertie des autorités face aux alertes signifiées par les médecins des asiles de Vichy mentionnant la pénurie dramatique.

[105] COUPECHOUX F. Un monde de fous, Comment notre société maltraite ses malades mentaux. Seuil : 2006, p361.

Globalement une surmortalité des malades mentaux est avérée dans les asiles en France de 1940 à 1945. En 1942, l'alerte est donnée par le Dr REQUET dans l'indifférence totale. Sans être dit clairement l'opinion publique n'est pas sensible à la question de la famine régnant dans les hôpitaux psychiatriques. Nous développerons cette question plus loin en abordant l'histoire de la psychothérapie institutionnelle.

Psychiatrie au XXème siècle à partir de la seconde guerre mondiale

Histoire 3

I. Le contexte politique, économique et social

A. La seconde guerre mondiale de 1939-1945

Les idéologies fascistes au pouvoir en Allemagne, en Italie et en Espagne veulent étendre leur pouvoir, et optent pour des politiques belliqueuses vis-à-vis des pays de l'Europe Centrale pour l'Allemagne et du bassin méditerranéen pour les autres. Les démocraties enlisées dans la dépression économique de 1930 et marquées par le souvenir des horreurs de la guerre 14-18, ne bougent pas.

1. Le Nazisme

En septembre 1939, l'Allemagne attaque la Pologne entraînant l'entrée en guerre de la France et la Grande Bretagne. Staline soutient Hitler et envahit la Pologne. Puis la guerre « éclair » orchestrée par l'Allemagne concerne le Danemark, la Norvège, les Pays Bas, la Belgique, la France qui sont vaincus en juin 1940. La Grèce, la Yougoslavie attaquées par l'Italie tombent en 1941. La Grande Bretagne reste seule encore en guerre. Le Japon en Asie envisage la conquête de la façade pacifique du continent, ils attaquent la flotte américaine à Pearl Arbor dans les îles Hawaï en 1941 et provoquent l'entrée en guerre des Etats Unis ; Hitler décide d'agresser l'URSS dans le cadre de l'opération Barberousse, elle entre en guerre contre le IIIème Reich en 1941.

2. Pétainisme

En 1940, la France signe l'armistice à l'initiative du Maréchal PETAIN, héro de la première guerre mondiale, devenu président du Conseil à la tête du gouvernement replié à Bordeaux. Le Général De Gaulle, sous secrétaire d'Etat lors d'un gouvernement précédent s'oppose à cette décision, se replie en Angleterre et prépare une offensive en créant le mouvement de la France Libre. Il est considéré comme à l'origine de la résistance française. Le régime de Vichy se soumet à l'ennemi et collabore aux exactions d'Hitler ne contrôlant que la « zone libre » au sud. Jean Moulin, préfet de l'Eure et Loir s'oppose à Vichy et sur instructions du

Général De Gaulle organise les réseaux de résistance. Trahi, il sera arrêté et torturé par Klaus BARBIE, il meurt en 1943.

3. L'antisémitisme et l'affaire DREYFUS

L'antisémitisme fait rage en Europe, l'affaire DREYFUS en fut un exemple tragique en France. La loi de Nuremberg de 1933 déchoit les juifs de leur nationalité allemande, l'antisémitisme est au cœur du programme et du projet gouvernemental allemand. La nuit de cristal est orchestrée par le gouvernement détruisant les biens des juifs qui restent et les internant dans les camps de concentration. L'objectif est la solution finale, la formation de ghettos où les populations meurent lentement comme à Varsovie. La déportation dans des camps de concentration ou de travail est organisée mais la solution finale est décidée en 1942 par la conférence de Wansee, il s'agit de l'extermination totale des juifs. Plus de cinq millions de victimes juives du nazisme sont comptabilisées. Ce génocide est appelé la Shoah soit 54 % de la population juive en Europe, les autres ayant fui aux Etats Unis notamment.

En Europe, en Asie, en Afrique du Nord, plusieurs batailles décisives sont remportées par les alliés, qui conservent l'avantage jusqu'à la victoire en 1945. Le 8 mai 1945, l'Allemagne capitule, le débarquement ayant eu lieu le 6 juin 1944. Les bombes atomiques lancées sur Hiroshima le 6 août et Nagasaki le 9 ont raison des japonais qui capitulent à leur tour le 2 septembre 1945.

B. La fin de la guerre, la IVème République en France

1. Les réformes de la IV ème République

En 1944 naît en France la IV ème République, des réformes importantes sont entreprises ; le pays est en état de catastrophe. La gauche socialiste et communiste est au pouvoir, le Comité National de la Résistance veut instaurer une véritable démocratie économique et sociale : le droit de vote est accordé aux femmes en 1944, le transport, l'énergie, la banque sont des secteurs nationalisés pour faciliter la reconstruction du pays ; Jean MONNET dirige le plan de reconstruction de la France en 1945. La Sécurité Sociale est créée en 1945.

2. La reconstruction et l'organisation de l'Europe

Yalta en 1945 organise en présence de CHURCHILL, ROOSEVELT et STALINE l'Europe ; la guerre froide commence entre le bloc soviétique et le bloc de l'ouest. Un rideau de fer dénoncé par CHRUCHILL à Fulton en 1946 coupe l'Europe en deux. Deux doctrines s'énoncent TRUMAN et JDANOV. Le président des Etats Unis soutient par la première la

position américaine comme défenseur du monde libre contre l'expansionnisme soviétique tandis que JDANOV récuse l'impérialisme américain et se présente comme protecteur des peuples opprimés d'Occident. Pour endiguer le communisme, les Etats Unis envisagent activement de lutter contre la misère régnant en Europe, il débloque des fonds à hauteur de douze milliard de dollars sur quatre ans dans le plan Marshall.

3. La période De Gaulle

La France deuxième grande puissance coloniale avant la guerre, réprime avec violence les soulèvements et demandes d'indépendance notamment en Algérie ; en 1954, a lieu la défaite de Dien Bien Phu. Entre 1958 et 1969 la république est dirigée par le Général De Gaulle, qui revient au pouvoir en 1958 dans le contexte de la crise Algérienne et en 1962, l'Algérie obtient son indépendance après une guerre barbare. Mai 1968 éclate à l'initiative d'étudiants militant contre la guerre du Vietnam et contre le conservatisme moral. Dans une atmosphère de contestation sociale plus large les salariés rejoignant les étudiants, dix millions de grévistes sont décomptés, la France est quasiment paralysée, POMPIDOU ouvre les négociations de Grenelle qui déboucheront sur les accords avec les syndicats et le patronat.
1969, le premier homme ARMSTRONG marche sur la lune, autre exploit scientifique après les funestes bombes atomiques.

4. Le choc pétrolier, la chute du mur de Berlin et le Mitterrandisme

En 1973, a lieu le choc pétrolier marquant la fin des trente glorieuses. Les Pays du Moyen Orient déclarent un embargo du pétrole à l'encontre « des amis d'Israël » à savoir les puissances occidentales. Le prix du pétrole quadruple en trois mois. Les Français prennent conscience de même que les Etats Unis de leur dépendance énergétique vis-à-vis des pays d'Orient.

En 1989 a lieu la chute du mur de Berlin, qui séparait la ville depuis 1961 Favorisée par GORBATCHEV, qui laisse les pays d'Europe Centrale reprendre leur indépendance, elle permet à l'Allemagne de se réunifier. En 1991, l'URSS éclate alors que la Perestroïka en cours devait réformer certains aspects économiques et politiques du pays vers plus de souplesse et de libertés.

De 1981 à 1995, MITTERRAND est au pouvoir après GISCARD D'ESTAING. De multiples mesures sociales sont prises comme l'impôt de solidarité sur les grandes fortunes, la diminution du temps de travail, la retraite à 60 ans, augmentation des salaires, l'augmentation de la représentativité des syndicats, l'abolition de la peine de mort notamment. La dégradation

de la situation économique marquée par l'augmentation du chômage, la dévaluation du franc, l'inflation encourage FABIUS premier ministre à entreprendre une politique économique libérale décevant considérablement l'électorat de gauche prônant la rupture avec le capitalisme. La droite gagne les élections législatives en 1986, la gauche s'étant profondément discréditée dans le scandale du Rainbow Warrior, bateau de Greenpeace dénonçant les essais nucléaires français dans le Pacifique, coulé par les services secrets français et la situation en Nouvelle Calédonie voyant émerger les revendications d'indépendantistes. MITTERRAND se voit contraint de cohabiter avec CHIRAC puis BALLADUR premiers ministres successifs. CHIRAC est président de la république de 1995 à 2007.

II. La psychiatrie à la recherche de son identité de 1940 à 1980[106]

Introduction

Le système féodal est dénoncé

« Le médecin des asiles : un des derniers féodaux, avec ses terres, un grand nombre de serfs et de serviteurs. (…). A l'intérieur de son service, il peut réaliser la société de ses rêves. Il est déçu par l'existence, las d'une société dont il voit surtout les excréments. Il va pouvoir se façonner un petit monde à lui (…). Dans ce petit monde qui sent la camomille, le Baron s'adonne volontiers à quelques manies innocentes. Il coupe les pattes d'une puce et, quand elle ne saute plus, en conclut qu'elle est sourde.[107] »

Début de la Psychiatrie Communautaire

Après la première guerre mondiale et l'entre-deux guerre, le système psychiatrique n'en reste pas moins un asile fait de pesanteur conservatrice et de privilèges douteux. Appelé depuis 1838, hôpital psychiatrique au lieu d'asile, le lieu de la folie n'en reste pas moins dans les faits un asile au sens concentrationnaire. Etienne TRILLAT évoque dans son analyse historique la tâche complexe voire impossible qui consisterait à retracer l'évolution psychiatrique de la deuxième moitié du XXème siècle. Il propose une approche autour de la question posée par l'ouverture de la psychiatrie sur la communauté qui en constitue le mouvement majeur comme suit : « la folie, dont la psychiatrie n'est qu'une forme médicalisée, est soluble dans la culture. Si oui, on pourra dire que cette fin de siècle a réussi l'exploit d'assimiler un produit particulièrement coriace. Dans cette perspective optimiste, cet exploit

---

[106] TRILLAT E. Une histoire de la psychiatrie au XXème siècle, p 345. In : Nouvelle Histoire de la psychiatrie. Sous la direction de J. POSTEL et Cl. QUETEL. Paris, édition DUNOD, 1ère édition en 1983, édition actuelle 1994, p 647.

[107] PAILLOT. Recherches, 17, mars 1975. In : TRILLAT E. Une histoire de la psychiatrie au XXème siècle, p 352. In : Nouvelle Histoire de la psychiatrie. Sous la direction de J. POSTEL et Cl. QUETEL. Paris, édition DUNOD, 1ère édition en 1983, édition actuelle 1994, p 647.

serait possible au prix d'une division du travail où chacun des courants qui traverse la psychiatrie (sociologie, psychologie, psychanalyse, linguistique, neuro-physiologie, etc.) est capable de digérer le morceau à l'égard duquel il ressent le plus d'affinités ou d'appétits[108]. »
Après avoir eu pour fonction de protéger la société contre les fous, de lui rendre ensuite après « restauration » des sujets, il s'agit pour la deuxième moitié du XXème siècle d'envisager un travail d'assimilation au prix d'une banalisation de la folie, de sa réduction à un fait social, devenant dès lors un handicap comme un autre. La psychiatrie passe du rôle de gardien à celui de médiateur sur le plan social.

A. La résistible ascension de la psychiatrie de 1945-1960

1. Le pragmatisme américain

Le partage de Yalta en février 1945 dirige le regard de l'Europe vers l'Ouest, les références psychiatriques essentiellement franco allemandes s'ouvre, il faut compter avec les Etats Unis.
La psychiatrie américaine à la fin XIXème siècle est fortement marquée par Adolf MEYER, élève de FOREL père de la psychiatrie suisse qui émigre aux Etats Unis et exerce la neurologie d'abord en 1890 à Chicago avant de devenir psychiatre. Il va dominer la psychiatrie américaine pendant 20 ans rompant avec les ténors européens KRAEPLIN, FREUD et BLEULER. Il prône, inspiré notamment des obédiences Darwiniennes, des maîtres du pragmatisme américain comme PIERCE, JAMES et DEWEY, que ce qui compte c'est la façon dont le malade réagit dans une situation concrète, la façon dont il interagit avec son environnement. « ce avec quoi il faut travailler, ce sont les faits visibles, objectifs, observables ; ce sont les réactions du malade. (…) tout se passe dans l'intervalle entre le malade et le monde. Ce déplacement de l'intérieur de l'organisation à l'extérieur sera décisif puisque c'est dans ce « entre-deux » que vont s'installer et se développer les nouvelles tendances de la psychiatrie américaine ; le comportementalisme, le culturalisme, la théorie de la communication, etc[109]. »

---

[108] TRILLAT E. Une histoire de la psychiatrie au XXème siècle, p 353. In : Nouvelle Histoire de la psychiatrie. Sous la direction de J. POSTEL et Cl. QUETEL. Paris, édition DUNOD, 1ère édition en 1983, édition actuelle 1994, p 647.

[109] Ibid

2. Essor de la Psychiatrie sociale

L'essor d'une psychiatrie sociale a lieu en même temps que ces remaniements conceptuels : l'action en milieu social et la prévention sont les axes principaux comme nous le verrons dans l'historique de la Réhabilitation Psychosociale.

3. La révélation des camps

La révélation des camps de concentration et la découverte de l'hécatombe, du décès des 40 000 malades mentaux vont précipiter cette vision : les hôpitaux psychiatriques sont considérés comme des camps de concentration ; sont dénoncées fortement les thèses héréditaires de l'étiologie des maladies mentales conduisant à la notion d'eugénisme et réduisant les troubles psychiatriques à la biologie. Ces maladies sont alors traitées comme contagieuses justifiant une forme de désinfection sociale voire de « dératisation » soulignant les malades « sales » et les malades « propres ». On renoue avec des peurs de la contagion de la folie, parle l'harnachement des médecins et infirmiers dans les asiles comprenant blouse, tablier, calotte…blancs bien sûr et la codification des visites au parloir sous surveillance.
En 1945, s'ouvre à Wiesbaden le procès de médecins et infirmiers de l'institut psychiatrique de Hadamar. Depuis 1940, les camps d'extermination pour « incurables » fonctionnaient à Munich et Hadamar notamment. De Janvier à Août 1941, dix mille malades auraient été exterminés dans le seul camp d'Hadamar. « On estime que le tiers des malades mentaux furent exterminés dans les hôpitaux psychiatriques du III ème Reich[110]. »
En France, comme le dit Etienne TRILLAT, la France a fait une « expérience collective du Grand Enfermement », la Libération est entendue pour le pays et s'étend aux asiles, l'opinion étant cette fois atteinte par les nouvelles de décès de malades mentaux de famine et d'extermination dans les camps de concentration.

B. Naissance de la Psychothérapie Institutionnelle, de la Psychiatrie Sociale et Communautaire

[110] TRILLAT E. Une histoire de la psychiatrie au XXème siècle, p 354. In : Nouvelle Histoire de la psychiatrie. Sous la direction de J. POSTEL et Cl. QUETEL. Paris, édition DUNOD, 1ère édition en 1983, édition actuelle 1994, p 647.

1. Les pionniers

Des pionniers comme BALVET, TOSQUELLES, BONNAFE, CHAURAND, FANON développent à Saint-Alban une expérience sans précédent de transformation de l'institution asilaire, abattant les murs « sociaux », ils développent des relations entre les malades et les soignants de Saint-Alban et des autres structures du même type qui virent le jour, avec la communauté, se créent des ateliers coopératifs gérés par les malades eux-mêmes, la psychothérapie de groupe et des centres de formation pour les infirmiers appelés les CEMEA.

En 1945, la politique de santé mentale prend une nouvelle forme portée par le regroupement des psychiatres en syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques ; cette politique se veut globale et unitaire encline à encourager la prévention, la prophylaxie, la cure et la post-cure. Le terme de secteur apparaît, l'unité d'action s'élargit conceptuellement avec l'unité de l'équipe soignante pour éviter le clivage entre prévention et soin, et la définition d'un territoire d'intervention. Le psychiatre devient un partenaire se reconnaissant compétent en matière de santé publique, refusant finalement une aliénation entre les murs avec ses patients et refusant une aliénation sociale au service d'une société sécuritaire. Parallèlement, la psychiatrie refuse également d'être le « dépotoir » de la neurologie et s'affirme identitairement. Le Syndicat de Psychiatres Français est créé en 1965 ; les Etats Généraux de la psychiatrie ont lieu en 1968 et donnent lieu au Livre Blanc de 1965-1967. Des chaires de psychiatrie apparaissent à Paris et Strasbourg.

La psychiatrie cesse d'être « contemplative » et se veut active ; les axes sont la transformation de l'institution pour en faire un outil thérapeutique et l'orientation de l'action thérapeutique pour les patients vers la communauté ; c'est entre ces deux pôles que se déploie la psychiatrie sociale au risque comme le souligne Etienne TRILLAT de s'enfermer de nouveau soit dans une « micro société » pour l'institution ou en « macro institution » pour la communauté avec laquelle est envisagée la post cure. La première période est l'âge d'or de la Psychothérapie Institutionnelle qui affine ses concepts et participe à la politique de santé publique notamment dans l'avènement du secteur. La seconde période est marquée par la mise en place du secteur et son pendant la psychiatrie communautaire.

2. Le groupe de Sèvres

En 1958, au sein du groupe de Sèvres, un débat s'ouvre quand à la position psychothérapeutique ou non des infirmiers vis-à-vis des malades, à une période où la psychanalyse domine dans le domaine psychiatrique, en opposition franche avec la période de l'avant guerre pendant laquelle elle était exclue du champ psychiatrique – il faudra attendre l'arrivée de KROUCHTCHEV au pouvoir pour que la psychanalyse puisse diffuser sans

obstacle en psychiatrie après des condamnations qui avaient émané des partis conservateurs mais aussi communistes la considérant comme outil de pouvoir du capitalisme.
DAUMEZON, LE GUILLANT, SIVADON sont très représentatifs de la période qui suit ayant dans la lignée d'Hermann SIMON la volonté de transformer la structure asilaire selon des méthodes sociothérapeutiques. Parallèlement, la psychanalyse est utilisée à La Borde par OURY et au sein du XIIIème arrondissement de Paris par PAUMELLE pour l'adapter à une conception institutionnelle du soin. PAUMELLE promeut une politique de psychiatrie communautaire dont s'inspireront les Etats Unis offrant des alternatives à l'hospitalisation complète, développant donc l'hospitalisation à domicile, les soins ambulatoires, tout en conservant une polarité intra hospitalière, dialectisant les soins psychiatriques en intra et extra qui préfigure le secteur.

3. La thérapeutique

Les médicaments psychotropes

° La découverte

Un médecin anesthésiste, LABORIT découvre les propriétés sédatives d'un dérivé des antihistaminiques, expérimentée par DELAY ET DENIKER, la chlorpromazine ou Largactil, en 1952 ; il devient le premier psychotrope, ouvrant l'ère nouvelle de la psychopharmacologie. Les inhibiteurs de la mono amine oxydase présent depuis 1957, sont associés à l'imipramine, premier tricyclique, apparaissant en 1960 avec le lithium. La première injection retard de neuroleptique le décanoate de fluphénazine date de 1968. Les soins deviennent moins astreignants. Au-delà donc des hypnotiques, des opiacés et du bromure, les psychiatres accèdent ainsi à une revalorisation de leur spécialité qui sera marquée concrètement par une amélioration du statut de médecin de la fonction publique. Les laboratoires pharmaceutiques établissent une relation étroite avec les psychiatres, les retombées envisagées sur le marché du médicament en psychiatrie deviennent énormes. Les malades psychiatriques sont considérés comme les autres puisque bénéficiant d'un traitement « sérieux », les médicaments sont remboursés par la sécurité sociale et parallèlement à la neurophysiologie, la psychiatrie obtient une place dans la recherche à l'INSERM ou au CNRS.
Les médicaments permettent un raccourcissement des durées d'hospitalisation, un meilleur contrôle de manifestations « antisociales ». Dans les années 1960 et 1970, des questionnements éthiques surgissent autour de l'application de traitement aux patients « chroniques » comme « matériel à expérimentation », la proximité historique avec le plus grand drame du XXème siècle et les expériences des Nazis activent cette réflexion humaniste.

La place des médicaments est ambivalente notamment pour la génération ayant porté l'idéologie de la libération : entre « camisole chimique », effets secondaires pouvant transformer les malades en « légumes », décès brutaux chez des jeunes patients et l'apaisement des symptômes ainsi que parallèlement la source de profit des laboratoires.

°Les mutations qui eurent lieu lors des deux dernières décennies se firent lentement et sur deux plans distincts :

A partir de 1952, la découverte des neuroleptiques n'entraîna pas de coups de théâtre, une enquête du ministère de la Santé de 1957 révélait que jusqu'en 1954, sur les 96 établissements psychiatriques, l'usage variait beaucoup, les chimiothérapies prenaient progressivement le pas sur les électrochocs et les insulinothérapies. Parallèlement, se développaient les techniques de réhabilitation. Par contre, la chlorpromazine fut introduite aux Etats Unis en 1954, un programme fut rapidement mis en place dans l'Etat de New York incluant 23 000 malades sur 93 000 hospitalisés. Jusque là les admissions s'accroissaient régulièrement entraînant une surpopulation de 2000 à 3000 malades par an. Dès la première année de l'application du programme, une diminution de 500 cas fut observée ; en 1956, la diminution fut de 1000 malades et en 1957, de 1200. Parallèlement une chute significative de 85 % de l'utilisation des moyens de contentions physiques ou de mesures d'isolement fut également repérée.

La normalisation du comportement des malades a ouvert la voie aux moyens socio et psycho-thérapeutiques :

L'acquis le moins discutable des chimiothérapies est la disparition de l'agitation individuelle et collective, naguère véritable plaie des services de psychiatrie. Les secteurs spécialisés ont pu disparaître de même que les moyens de contention s'éloigner. Les états catatoniques très sévères ne se voient pratiquement plus, laissant au loin leur spectre de malades moribonds, couverts d'escarres et nourris à la sonde. S'amorce ainsi, en 1965-1970, la diminution des lits d'hospitalisation complète en institution. Le débat psychogénèse et organogénèse est reposé. La psychothérapie affronte la chimiothérapie.

C) Henry EY

1. Bonneval, lieu d'échanges

Psychiatre formé à Sainte Anne, il est chef de clinique de H. CLAUDE en 1931 pendant deux ans, puis assume la direction de Bonneval où il restera pendant trente-sept ans. Bonneval dans

l'après guerre sera considérée comme la Burghölzli française, haut lieu d'échanges, de discussions et de controverses. Il est reconnu comme le « rassembleur » de la psychiatrie ; il élabore la théorie organo-dynamique dans laquelle il applique à l'Etre dans sa totalité la théorie jacksonienne de l'organisation hiérarchique des niveaux de fonction.

2. La question de la psychogénèse

En septembre 1946, est posée à Bonneval la problématique de « la psychogénèse des névroses et des psychoses » ; Henry EY s'oppose à la fois à LACAN qui défend une psychogénèse pure des troubles mentaux dans « Propos sur la causalité psychique » et à FOLLIN et BONNAFE soutenant des thèses sociogénétiques inspirées de POLITZER. Henry EY insiste pour ne pas confondre raison et folie et que la notion d'intégration dans le groupe ne soit pas un critère de santé mentale ; son souci est d'intégrer la psychiatrie dans la médecine et de développer le psychopathologie. Un œcuménisme se dessine, la psychiatrie influencée par la neurologie de plus en plus neuro biologique et la psychanalyse de NACHT et RACAMIER.

D) Le courant antipsychiatrique

1. Naissance aux Etats Unis

Un mouvement important de contestation est apparu dans les années 60 aux Etats-Unis, dans l'Ouest Américain appelé « New Wave », nouvelle vague sous la plume de Thomas SZASZ. Elle s'est adressée à la médecine et la psychiatrie en dénonçant ses archaïsmes dans certaines pratiques. Bien que ce mouvement - qui a pris le nom d'antipsychiatrie – ait été bref, il n'en est pas moins demeuré très violent ayant pour objectif notamment d'accélérer la fin de l'utilisation de mesures ségrégatives dans la prise en charge des malades mentaux. Ce mouvement d'antipsychiatrie se reconnaît une double origine :

° D'abord dans le refus du modèle médical traditionnel considérant la folie comme un processus psychogénétique ;

° Ensuite dans le constat des carences des institutions psychiatriques elles même. L'asile est accusé d'aggraver les troubles, de les multiplier, de les amplifier plutôt que de les guérir. Il se développe férocement en Angleterre à partir des travaux de Ronald D. LAING,

David COOPER et Aaron ESTERSON. C'est à David COOPER[111] que l'on doit le terme d'antipsychiatrie.

2. L'expérience du pavillon 21

COOPER dénonce notamment au travers de l'exemple du schizophrène, le processus d'invalidation auquel le patient est soumis avec la validation « respectable » de la médecine figeant ainsi le malade dans un étiquetage souvent définitif. Il refuse ainsi, la démarche traditionnelle médicale de « ramassage de symptômes, leur classement, la définition de la maladie par le diagnostic conduisant à un traitement standardisé et au pronostic ». Il s'attacha dans sa pratique au grand hôpital psychiatrique londonien, inspiré des « communautés thérapeutiques » de Jones MAXWELL à réveiller la passivité des malades face au pouvoir médical ; La grande taille de cette institution, plus de 2000 lits et l'opposition des autres services à son égard ne lui permirent pas de conforter ses vues théoriques par une pratique véritablement aboutie. Il avait notamment entrepris de laisser, dans le pavillon dont il avait la charge, le personnel adopter un rôle complètement passif vis-à-vis des soignés, attendant de leur part une mise en mouvement spontanée par identification aux soignants et pour assurer leur survie. Mais l'incurie, le désordre qui en résultèrent entraînèrent un comportement d'exclusion pour ce pavillon pour les autres services de l'hôpital. C'est la fameuse expérience du « pavillon 21 ».

3. Kinsley Hall, lieu d'accueil

Sans renoncer à son projet, en 1965, il créa dans le cadre de la « Philadelphia Association », des « homes », lieux d'accueil, dit d'antipsychiatrie. « Kinsley Hall » sera l'un des lieux les plus connus, il fonctionnera de 1965 à 1970. Dans ces espaces, la folie a libre cours, la crise est accueillie, supportée. Sous le mon de « Métanoïa », terme grec tiré des Evangiles, signifiant repentir, regret, conversion, transformation, LAING décrit la crise délirante comme un « voyage au fond de soi même» au psychédélique du terme. C'est selon le cadre dans le quel il se déploie que ce « trip » peut être bon ou mauvais, la psychose recèle en elle son propre dénouement. Un public est nécessaire selon LAING au patient comme témoin et support du délire. L'anti psychiatre dans cette position adopte des jeux et des rites ayant à voir avec la régression non sans susciter un sentiment d'étrangeté de nature ésotérique, qui font penser aux rites de possession, d'exorcisme, d'expiation de certaines sociétés africaines.

---

[111] COOPER D. Psychiatry and antipsychiatrie. Londres, Tavistock Pub. Ldt, 1967; traduction française Paris Ed. Seuil, 1970.

4. Le concept de l'antipsychiatrie

Pour les théoriciens du mouvement qu'ont été LAING et ESTERSON, la folie est un phénomène social, dont la définition est imposée par la société et utilisée en vue du rejet et de l'enfermement de certains, étiquetés « malades mentaux » grâce à la complicité des psychiatres et de l'institution psychiatrique, instrument d'une société aliénante par définition.

La dimension anthropologique des références de l'antipsychiatrie est évoquée par Mircéa ELIADE. « Dans les mythes, l'Ancêtre ou l'homme primordial qui vivait « in illo tempore », ne connaissait pas la mort, ni la souffrance ni le travail. Il vivait en paix avec les animaux et connaissait leur langue ; il rencontrait directement le Dieu et accédait facilement au ciel par le truchement de l'arbre, d'une liane ou en escaladant une montagne ; car en ces temps mystiques le ciel était très proche de la Terre. A la suite d'une catastrophe, les communications entre le Ciel et la Terre ont été interrompues ; le Ciel s'est éloigné et le Dieu s'est retiré et l'homme a reçu sa condition actuelle qui est constituée par la temporalité, la souffrance et la mort. Or durant la transe, sa crise, le chaman s'efforce d'abolir cette condition humaine et de réintégrer sa condition de l'homme primordial dont nous parlent les mythes paradisiaques. L'expérience mystique équivaudrait à un retour aux origines. » Le voyage métanoïaque de LAING est appelé dans cette perspective.

RACAMIER relativisera la comparaison que LAING fait du délire schizophrénique avec un voyage pathologique en rappelant que la plupart des états pathologiques trouvent une analogies dans une forme d'existence, institué à titre de rite ou de mythe ; il cite l'analogie que FREUD a établi entre mélancolie et deuil ; entre état manique et fête ou orgie ; entre la névrose obsessionnelle et les rituels religieux. LAING s'est dit en son temps très influencé par la phénoménologie existentielle de HEIDEGGER, JASPERS et SARTRE, il dira rejeter les catégories nosographiques de KRAEPLIN sans véritablement rompre avec la médecine psychiatrique traditionnelle. Dans le soi et les autres, LAING utilise les concepts de BATESON et l'école de Palo Alto, celle du « double lien » pour expliquer le principe de la schizophrénie. Pour lui, cette pathologie est la réaction normale à une série de contraintes émanant de l'environnement s'inscrivant dans un lien de causalité circulaire et non linéaire. LAING, COOPER et ESTERSON soulignent aussi l'importance qu'ils ont donnée au langage schizophrénique visant à décoder ce qu'ils conçoivent comme un signal d'alarme.

5. Les dérives de l'antipsychiatrie.

En 1967, LAING, COOPER et BERKE[112]organisent à Londres, un congrès intitulé Congrès international de dialectique de la libération où il s'agissait de mettre en évidence la violence humaine, sous toutes ses formes les systèmes sociaux d'où elle émane et à explorer les nouvelles formes d'action. Un livre Counter Culture fut publié à l'issue de ces rencontres soutenant au sein même de la société, la création d'îlots de résistance avec radio, publications clandestines…

6. En Italie, BASAGLIA

BASAGLIA ne se revendiquera pas du côté de l'antipsychiatrie - écrira un ouvrage célèbre L'institution en négation exposant ses théories. Nommé à la direction de l'hôpital psychiatrique de Gorizia, il développera dans la ville des lieux d'accueil, inspirés des « homes » anglais, aidé en cela par l'engagement politique communiste de la municipalité. A cette époque la psychiatrie italienne dépend de la loi de 1904 qui confère tous les pouvoirs d'internement à la police et la magistrature. Il mènera aussi un engagement permettant une réforme législative nationale, Loi 180 qui en 1978, bouleversa le panorama de la psychiatrie italienne. Cette loi prônait notamment l'interdiction d'hospitalisation de nouveaux malades psychiatriques dans les hôpitaux, la judiciarisation des hospitalisations forcées, le développement d'unités sanitaires locales et extra hospitalières. En 1980, dans un dernier livre Les criminels de la Paix, il s'interroge avec nombre d'intellectuels comme FOUCAULT, LAING, GOFFMAN sur leur fonction dans le monde de la production et leur rapport avec le groupe dominant. Malgré le fait que BASAGLIA ne désavouera pas la loi des 180, il n'en demeure pas moins une inquiétude profonde de ce pas vers la médicalisation de la folie entrant en résonance avec FOUCAULT dénonçant le danger des techniques « psy » comme le souligne Etienne TRILLAT[113] des risques de manipulation et de contrôle social.

---

[112] BERKE Joe était psychiatre psychanalyste de Mary Barnes, infirmière qui fut l'un des patientes du Kingsley Hall. Ils écrivirent ensemble *Voyage à travers la folie,* en 1973relatant le « voyage » de Marie au cours de son séjour.

[113] TRILLAT E. Une histoire de la psychiatrie au XXème siècle, p 362. In : Nouvelle Histoire de la psychiatrie. Sous la direction de J. POSTEL et Cl. QUETEL. Paris, édition DUNOD, 1ère édition en 1983, édition actuelle 1994, p 647.

« (…) Presque aussitôt l'on s'était retrouvé, chacun prisonnier de son propre rôle, c'est-à-dire chacun remis à sa propre place, dans sa propre classe : les travailleurs et le sous prolétariat dans leur rôle de classe opprimée, seul rôle qui puisse leur permettre de réaliser des conquêtes à travers la lutte ; (…) Au moment où l'on se préparait à construire quelque chose qui tienne compte des besoins et des droits de tous les citoyens, l'on se heurtait à la réalité de la lutte des classes et à la preuve de la division du travail qui maintenaient intacts les rôles et les règles du jeu. »

Toute idée de réforme institutionnelle est rejetée par l'antipsychiatrie qui dénie la maladie psychiatrique, réduit sa question à l'aliénation sociale et du coup s'écarte de toute thérapeutique. Pour elle, les visées thérapeutiques et réadaptatives sont des leviers de répression sociale, instrument de « normativisation » des individus. En 1970, les mouvements d'antipsychiatrie s'épuisent.

7. FOUCAULT

A cette période, paraît en 1961, l'ouvrage de Michel FOUCAULT qui constitue son premier ouvrage important et sa thèse de doctorat en philosophie : *Folie et Déraison, histoire de la folie à l'âge classique,* qui trouvera un écho favorable parmi les partisans de l'antipsychiatrie mais plus controversé auprès des psychiatres français comme Henry EY qui parle de « psychiatricide » au cours d'un colloque à Toulouse, auprès des historiens de la psychiatrie comme Gladys SWAIN et Marcel GAUCHET qui défendront dans *La pratique de l'esprit humain. L'institution asilaire et la révolution asilaire* en 1980, que l'asile pouvait s'entendre comme une tentative d'intégration, une volonté démocratique et égalitariste vis-à-vis des malades mentaux. Pierre MOREL et Claude QUETEL, dans *Les médecines de la folie* paru en 1985, défendent que le grand enfermement aurait eu lieu au XIX ème siècle et non au XVII ème siècle laissant ainsi entendre plusieurs erreurs historiques dans le travail de FOUCAULT se plaçant davantage dans un dynamique philosophique. FOUCAULT et les partisans de l'antipsychiatrie semblent lutter contre la tendance à engloutir la folie dans la maladie mentale et à la dialectiser entre raison et déraison, ils semblent convoquer la société au-delà de la médecine à examiner son rapport à la norme.

Effectivement de ces mouvements féconds entre la psychiatrie communautaire et l'antipsychiatrie sont restées des idées forces sur lesquelles s'appuieront le sens de la poursuite des stratégies de soin communautaire comme le respect du symptôme comme tentative de reconstruction, l'importance d'un accueil attentif des patients dans une

communauté de petite taille, la nécessité pour les soignants, d'une critique de leurs positions défensives et répressives devant la peur du fou.

Persistance d'une antipsychiatrie des usagers

Persiste aussi aujourd'hui une antipsychiatrie des usagers en colère contre les thérapeutiques « de choc » dont ils ont été victimes, contre les psychotropes, qui revendiquent leur liberté et assimilent les psychiatres à un instrument du contrôle social, allant parfois jusqu'à se refugier auprès de sectes comme la scientologie pour échapper au système psychiatrique. Les parents s'estimant injustement accusés d'être à l'origine des troubles de leur enfant mettent à mal des théories psychogénétiques, perdant leur crédit. De cette culpabilisation peu propice à une alliance thérapeutique, ils se sont défendus de manière projective contre la psychanalyse assimilant l'ensemble et n'accordant aucun crédit à un processus évolutif.

C. En France, la politique de secteur écrite depuis 1960 entre en vigueur dans les suites de mai 1968, en 1971.

La fin du XXème siècle et le début du XXIème siècle voient selon Etienne TRILLAT l'avènement de la recherche fondamentale au travers de l'étude des neurotransmetteurs tels que la dopamine, la sérotonine et le GABA. La science des récepteurs ouvre des voies nouvelles de compréhension de comportement, de développement de nouvelles médications notamment dans le domaine des opiacés ; en 1975, les enképhalines cérébrales sont découvertes par KOSTERLITZ, SMITH et HUGUES puis les endorphines en 1975 par SNYDER. La psychopathologie où dominait la psychanalyse s'ouvre aux théories systémiques et de la communication dès 1972. L'intérêt pour la schizophrénie s'élargit à celui pour les états limites, les psychopathies et les toxicomanies ; la psychiatrie transculturelle prend un essor important.

1) La formation des psychiatres

a. Généralité

Dans ce contexte de la Libération, quelques psychiatres veulent mettre en place la révolution psychiatrique dont l'accomplissement sera le secteur. L'appareil universitaire comprend comme dans l'avant guerre, en 1945, trois chaires de psychiatrie à Strasbourg, Paris et Alger, associées à quelques chaires de neuropsychiatrie. L'internat des HP, créé en 1907, recrute sur épreuves écrites et orales les médecins des HP, avec difficultés du fait de l'éloignement des hôpitaux psychiatriques des pôles universitaires.

b. Formation médicale, Internat médical

L'internat dont il s'agit est un internat de médecine. Pendant les études de médecine de la période de 1945 à 1960, la psychiatrie est très réduite, marginale, aussi asilaire que ses patients. La psychiatrie libérale ne se développera de manière significative qu'après 1960. Des cours de psychopathologie sont dispensés par Henry EY à Paris, la bibliothèque médicale de Sainte Anne et l'amphithéâtre MAGNAN sont des hauts lieux de cet enseignement. J de AJURRIAGUERRA enseignera également « dans le registre des confins de la psychiatrie et de la neurologie[114] ». La société médicale des hôpitaux psychiatriques de la Seine se développe et organise dès 1946 dans diverses régions de France, des cycles de formation. Le premier d'une durée de quatre ans est dirigé par SIVADON.

c. Formations parallèles et Publications accessibles

Parallèlement, de nombreux psychiatres cherchent à compléter leur formation ; le ministère crée l'Ecole Nationale de Santé Publique en 1945 pour former à des compétences administratives les médecins des hôpitaux psychiatriques. D'autres s'engagent dans des formations juridiques ou psychologiques dont l'enseignement se met en place à cette période. La psychanalyse attire le plus de candidats. PASCHE, LAGACHE, MALE et LACAN développent les conférences de Saint Anne. *L'Evolution Psychiatrique*, les *Annales Médico-Psychologiques* et *l'Information Psychiatrique* sont régulièrement édités, les œuvres de FREUD ainsi que les publications américaines sont accessibles, alors qu'elles ne l'étaient pas sous l'Occupation. Henry Ey publie ses recueils des *Etudes Psychiatriques*, les tomes de Psychiatrie de l'EMC en 1955, en 1960, *le Manuel de psychiatrie* de Henry EY, P. BERNARD et Ch. BRISSET.

d. Le concours du médicat

La période de 1945 à 1969, le concours du médicat est ouvert en 1945 mais les candidats se font rares, statut et rémunération sont peu attractifs – le salaire d'un médecin chef est inférieur à celui d'un interne -. La création de l'assistanat par le décret de 1959, comme post internat permet aux internes de rester dans les grands centres. Les postes en Province restent

[114] NOEL P. et THEROND D. La formation des psychiatres de 1945 à 1975 à travers trente ans d'Information Psychiatrique. L'information Psychiatrique N°6, juin 1996.

dépourvus. Les médecins psychiatres étaient 220 à la libération ils seraient 300 en 1956 et 565 en 1967[115]. Ils sont fonctionnaires.

e. **Le certificat de neuropsychiatrie de 1949 à 1969**

IL est créé et baptisé le « Certificat d'Etudes Spéciales », il est accessible une fois les études médicales achevées, il doit se dérouler sur quatre ans ; le programme comprend des thèmes de psychiatrie, de neurologie, de neuropsychiatrie infanto juvénile, de psychiatrie médico-légale et de pratiques en laboratoire ; la formation est dispensée en majorité en service hospitalo-universitaire et très peu en HP. Fortement critiqué par les psychiatres qui y voient « un empiètement » de leur champ de compétences par les neurologues, la Commission des Maladies Mentales en 1949 souligne le problème de l'accessibilité aux soins ambulatoires des patients craignant d'aller consulter un aliéniste, ce CES ayant surtout un intérêt dans la formation de praticiens libéraux.

2) Le mouvement révolutionnaire

a. **La réforme hospitalo-universitaire[116] de 1956 à 1960**

Elle consiste en une réforme de l'enseignement médical et des hôpitaux des villes universitaires par le décret du 18 septembre 1956, sous l'égide d'un comité interministériel présidé par Robert DEBRE. Les CHU sont institués par ordonnance de 1958. A cette même période se réunit le groupe de Sèvres et se prépare la circulaire du 15 mars 1960 sur le secteur psychiatrique.

Le 24 avril 1959 le « nouveau statut des médecins des hôpitaux psychiatriques de province » est paru et y est mentionné à l'article 5 que les médecins des HP « peuvent être chargés des

[115] NOEL P. et THEROND D. La formation des psychiatres de 1945 à 1975 à travers trente ans d'Information Psychiatrique. L'information Psychiatrique N°6, juin 1996.

[116] L'Information Psychiatrique de Mai 1959 est entièrement consacré à cette réforme.

fonctions d'enseignement », ils sont complètement exclus du décret du 24 septembre 1960 relatif au statut des personnels enseignants et hospitaliers des CHU.

b. Les années de colère de 1960 à 1968.

Les médecins des HP sont donc toujours fonctionnaires, toujours nommés par des administratifs et le ministère après un concours national mais des inégalités de statut et de salaires sont toujours présentes, le décret du 24 août 1960 confère aux médecins des hôpitaux de deuxième catégorie un temps plein officiel et un salaire, le double de celui du médecin des HP. A malades de seconde zone, médecins de seconde zone comme le soulignera Jean AYME. Des grèves éclatent en 1966 puis en 1967 devant le refus du Ministère des finances d'aligner les salaires. Les internes des HP s'inquiètent de l'insuffisance de leur formation et créent une association en 1954. Parallèlement, le comité de l'internat des HP de la Seine prend résolument le parti de la politique de secteur et constate que les mesures législatives de la circulaire du 15 mars 1960 sont restées « lettre morte » six ans plus tard. Les avis parmi les médecins sont clivés, certains refusant de renoncer à des prérogatives autocratiques. Ce groupe des internes de la Seine participera activement à la préparation du Livre Blanc en janvier 1968 qui sera proposé par Henry EY dans le contexte de ces tensions, dans le cadre du groupe de *l'Evolution Psychiatrique*, destiné aux pouvoirs publics, avec l'appui de *l'Information Psychiatrique*.

c. Les conclusions du Livre Blanc de Janvier 1968 :

Motion 1 : *L'Evolution Psychiatrique* attire l'attention des pouvoirs publics sur l'urgente nécessité de former dans les années qui viennent au moins 400 psychiatres par an, afin d'atteindre rapidement le nombre de 4 000 psychiatres, effectif minimum pour répondre à l'évolution d'une demande psychiatrique régulièrement croissante.

Motion 3. *L'Evolution Psychiatrique* demande à M. le ministre de l'Education Nationale que soit institué au cours des études de médecine un apprentissage psychologique des relations humaines, car la pratique de la relation médecin-malade constitue une forme fondamentale de l'exercice de la médecine.

Motion 4. *L'Evolution Psychiatrique* demande aux pouvoirs publics de réformer, dans les études de médecine, l'enseignement de la psychiatrie, actuellement dérisoire, afin que tout

praticien soit préparé à une de ses tâches fondamentales : dépistage et compréhension de la maladie mentale, coopération à son traitement.

Motion 5. *L'Evolution Psychiatrique*, qui avait déjà pris position en 1947 contre l'unification de la neurologie et de la psychiatrie en une seule spécialité, émet le vœu (conforme à ceux de l'OMS et de l' Association Mondiale de Psychiatrie) que la psychiatrie soit reconnue comme une discipline médicale autonome.

Motion 6. *L'Evolution Psychiatrique* émet le vœu que la formation du spécialiste en psychiatrie : 1° dure quatre ans ; 2° soit essentiellement clinique (c'est-à-dire exige des fonctions de responsabilité médicale) pendant toute la durée ou la plus grande partie de la durée de la spécialisation ; 3° comporte un enseignement général de la biologie et de la pathologie générale dans ses applications à la psychiatrie, une formation personnelle et contrôlée aux méthodes psychothérapeutiques et une connaissance approfondie de la psychiatrie sociale ; 4° soit sanctionnée par un titre de qualification unique.

d. La « farce pseudo scientifique »

GENTIS se penchera sur « le psychiatre hospitalier dans ses fonctions d'enseignement » pour conclure que « la farce pseudo-scientifique ne peut plus durer. Il faudra bien se mettre à enseigner aux psychiatres les sciences humaines fondamentales », et de citer la linguistique générale, l'anthropologie, la psychanalyse [117] . » L'enseignement toujours dépendant du médicat est de nouveau soutenu par Henry Ey à Sainte Anne à partir de 1963, dans le cadre du « cercle d'études psychiatriques » qui innove en proposant sémiologie, psychiatrie infantile, neurobiologie, clinique psychanalytique.

e. Mouvements de grèves

Les années 1960 seraient donc marquées par des mouvements de grèves importants des médecins des HP, une volonté de faire pression sur le pouvoir politique ; l'enseignement de la psychiatrie se structure tout en restant en dehors de l'Université. En 1967, naît le syndicat des psychiatres français ou SPF, réunissant les psychiatres du secteur libéral et du secteur public, fédérant leurs efforts pour obtenir la reconnaissance de l'autonomie de la psychiatrie.

---

[117] NOEL P. et THEROND D. La formation des psychiatres de 1945 à 1975 à travers trente ans d'Information Psychiatrique. L'information Psychiatrique, vol 72, N°6, juin 1996, pp 589-552.

f. La parité avec l'hôpital général

Janvier 1969, un numéro de *l'Information Psychiatrique* est consacré à « l'interne en psychiatrie » s'interrogeant sur leur rôle, ils s'appuient sur les travaux de TOSQUELLES, de BALVET, de HOCHMANN, de GUYOTAT, de VERMOREL c'est-à-dire des tenants de la psychothérapie institutionnelle. Parallèlement après sept ans de lutte les médecins des HP obtiennent la parité avec ceux des hôpitaux généraux, grâce à la promulgation de la Loi des Finances de 1968 mais qui ne sera signé qu'en 1970 au prix de nouvelles grèves.

g. Les années fastes du CES de Psychiatrie de 1968 à 1983.

Le 30 décembre 1968 les ministères des affaires sociales et de l'éducation nationale démantèle la neuropsychiatrie en CES de neurologie et CES de psychiatrie. En 1969 des commissions de psychiatrie sont créées dans les facultés pour développer les activités d'enseignement et de recherche dans le domaine de la psychiatrie. Surgit alors la question de l'agrégation en psychiatrie, impossible à remettre en question, « clé de voûte » du système hospitalo-universitaire. Le médicat de la Seine et des HP est mort, remplacé par un « tiercé de grades » : l'assistanat, l'adjuvat, le psychiatricat. L'assistanat est accessible sur concours réglementé par l'arrêté de 1970 sous condition de validation de trois ans d'internat, du CES de psychiatrie et de la thèse.

« Il serait catastrophique pour la psychiatrie de contenir un corps universitaire qui serait l'expression d'une idéologie élitiste et un corps public de secteur qui serait l'expression d'une idéologie égalitariste[118]. » Une Commission d'études de Réforme de l'internat est mandatée et présente au syndicat en 1975 les modalités d'un concours d'internat unique, de numerus clausus pour l'entrée en médecine et à l'internat. Ce nouveau système se mettra en place en 1983.

3) Formation et professionnalisation des infirmières

a. Les précurseurs

Odette de CHAMPDIVERS serait-elle la première infirmière psychiatrique s'interroge Jean Pierre Durand[119]. Jean HOCHMANN dans son ouvrage *La consolation,* lui rend hommage :

---

[118] ANGELERGUES R. Service Public psychiatrique, formation d es psychiatres et avenir de la psychiatrie. L'Information Psychiatrique, N°52, Septembre 1976, pp 781-785.

[119] DURAND J.-P. Dates et figures marquantes de la profession infirmière en psychiatrie. Soins Infirmiers Psychiatriques 200 ans d'histoire. Soins. N°704-Avril 2006, p 31-40.

en 1404, elle dut suppléer la reine dans la couche royale de Charles VI, pendant 20 ans. A la mort de ce dernier elle donnera naissance à une fille Marguerite de Valois qui sera reconnue par Charles VII. Ce roi fou a donc été soignée par cette femme qui seule dit on parvenait à l'apaiser.

Jean CLEUDAT en 1539 devint infirmier dans l'asile de Grenade avant de fonder l'Ordre des frères de Jean de Dieu, Ordre au service des malades mentaux dont nous avons déjà parlé dans l'historique de la psychiatrie du XVII ème siècle. En 1645, s'ouvre l'Asile de Charenton, fondé par les frères de Saint Jean de Dieu.

Guillaume de BROUTET (1739-1817), recteur de la confrérie des pénitents noirs de la miséricorde (œuvre de charité pour les aliénés et les prisonniers) rédige en 1797 un mémoire à destination du ministère sur la situation des aliénés à Avignon. Il y décrit l'association de « remèdes moraux et physiques », il prône le dépassement des méthodes de violence et de coercition qui ne font qu'aggraver la situation selon lui ; il développera ce que l'on peut appeler aujourd'hui la thérapie familiale. Non médecin, il était agrégé de droit de formation.

b. La méthode de JB PUSSIN

Jean Baptiste PUSSIN (1746-1811)[120] est considéré comme le « père » incontesté de la profession d'infirmiers en santé mentale « le gouverneur des insensés de l'hospice » ou « chef de la police intérieur des loges ». L'histoire de l'Infirmerie débuterait en 1793 par la rencontre en pleine Terreur de PINEL et PUSSIN. Ce dernier s'occupait dans son service de Saint-Prix de Bicêtre de deux centaines de « fous »[121]. La plupart seraient transférés depuis l'Hôtel-Dieu de Paris après avoir subi un traitement « inefficace », ils devenaient « Incurables ». PINEL sera le premier médecin des Infirmeries, d'aucuns considèrent que l'infirmerie précèderait donc la Psychiatrie comme pratique médicale évoque D. FRIARD. « De lui, Philippe PINEL apprendra tout un éventail de possibilités dans le travail relationnel avec les aliénés et y verra surtout la démonstration pratique des bienfaits de la liberté dans la maîtrise des supposés furieux[122]. » C'est Gladys SWAIN[123], la première qui insiste sur l'importance de la présence

---

[120] LEGENDRE Noémie. Soins Infirmiers Psychiatriques 200 ans d'histoire. Vers une reconnaissance professionnelle. Soins. N°704-Avril 2006. P27.

[121] FRIARD Dominique. Pinel, Pussin, une rencontre. Soins Infirmiers Psychiatriques 200 ans d'histoire. Soins. N°704-Avril 2006, p28-30.

[122] JAEGER Marcel. Garder, Surveiller, soigner. Essais de la profession d'infirmier psychiatrique. Cahiers VST. CEMEA. Janvier 1990.

[123] SWAIN G. Le sujet de la folie. Privat, Rhadamanthe, 1977.

de Pussin et sur le fait que l'acte fondateur de toute la psychiatrie, le « geste inaugural » qui délivre l'aliéné de ses chaînes fut réalisé par Pussin. « La lecture attentive des textes de Philippe Pinel oblige, en effet, à prendre au sérieux la dette qu'il exprime, clairement à plusieurs reprises, à l'égard de son surveillant.[124] » Le Traité Médico-Philosophique de Pinel inspiré et faisant référence de nombreuses fois à Pussin s'articule sur trois points mis en évidence par M. Jaeger:

Une surveillance active

Supposant des capacités à discerner des nuances comportementales chez le patient de façon à adapter une intervention dans un souci constant d'éviter la déshumanisation et la violence dans le rapport de force, de façon à créer un mode relationnel nouveau, adapté à cet « aliéné » énigmatique lors d'entretien d'ores et déjà thérapeutique ;

Une observation attentive des interactions de l'aliéné avec les autres dont Pussin a déjà l'intuition qu'ils peuvent constituer des agents thérapeutiques ;

La stratégie d'actions thérapeutiques lors des entretiens est élaborée à partir de l'analyse des informations recueillies, observées, « destinée à agir sur la problématique psychique du patient » de façon à changer quelque chose, de façon à ce qu'il puisse sortir.

La maîtrise de la parole, médiateur essentiel de la relation que Pussin associe à l'administration des médicaments dont il a la charge ; il réconforte, il stimule, encourage, maîtrise…selon la situation de mélancolie ou d'agitation. Pussin établit déjà des entretiens d'accueil au cours duquel il recueille des données s'intéressant à la personne de l'aliéné dans son histoire. Pussin utilise qui il est lui en adoptant des rôles dont le but est de rencontrer une personne.

Les innovations

Il semblerait que Pussin ait été le créateur du biberon de porcelaine utilisé pour nourrir les patients mélancoliques ou catatoniques, en association avec sa femme Marguerite Jubline, elle-même surveillante.

Lors de son départ à la retraite, le poste de PUSSIN aurait été pourvu par ESQUIROL évènement constituant selon GAUCHER M. et G. SWAIN[125] « l'acte de naissance de l'asile

---

[124] JAEGER Marcel. Garder, Surveiller, soigner. Essais de la profession d'infirmier psychiatrique. Cahiers VST. CEMEA. Janvier 1990.

[125] GAUCHET M. SWAIN G. La pratique de l'esprit humain. Gallimard 1980, 273.

proprement dit, non seulement comme circonscription d'un certain espace médical, mais comme érection de cet espace même et de son ordre en « instrument de guérison ».

Au fur et à mesure les histoires cliniques disparaîtront de la littérature médicale pour privilégier la nosographie perdant selon JAEGGER la dimension « humaine » de l'approche de PUSSIN dont le but était centré sur l'intérêt direct du patient. PUSSIN va disparaître progressivement du Traité Médico-Philosophique au fur et à mesure des nouvelles éditions. Il semble que ce soit Scipion PINEL, le fils de PINEL qui soit le premier à avoir demandé une formation pour les infirmiers travaillant dans les asiles.

c. Formation

Formation des premiers infirmiers psychiatriques

En 1821, TISSOT fondateur de Saint Alban, hôpital psychiatrique en Lozère parmi vingt cinq hôpitaux à l'époque aurait envoyé selon TOSQUELLES[126] deux paysans appelés GAUZI et ROUSSET qu'il aurait recrutés et adressés à DUPUYTREN à Paris, seul médecin réputé pour être « anti médecin », et qui prônait la fin des saignées, des bains, des purges et autres thérapeutiques jugées barbares. Ils auraient été considérés comme les deux premiers infirmiers psychiatriques de France.

Léonie chaptal

En 1877, BOURNEVILLE (1840-1909) crée avec Léonie CHAPTAL (1873-1937) l'enseignement pour les infirmières, à la Salpêtrière et à Bicêtre en 1878, à la Pitié en 1888 selon un programme commun aux services médicaux et d'aliénés. En 1878, se créée une formation supérieure spécialisée en psychiatrie. Le 17 juillet 1884, une circulaire[127] impose la nécessité d'organiser un enseignement aux gardiens travaillant en milieu psychiatrique. De 1877 à 1890, plusieurs écoles d'infirmières voient le jour en s'inspirant de l'expérience de Florence NIGHTINGALE en Angleterre. En 1893 la loi du 15 juillet institue l'assistance médicale gratuite et va aider à l'organisation des écoles d'infirmières.

Le 4 avril 1907 est créé le diplôme d'infirmier psychiatrique départemental.

En 1910 chaque asile de la Seine Sainte Anne, Villejuif, Perray-Vaucluse, Ville-Evrard, Maison Blanche et Moisselles a une école. Le 27 juin 1922, le brevet de capacité

---

[126] DELION Pierre. Contre point sur le naissance de la psychiatrie de secteur, un dialogue : TOSQUELLES et BONNAFE. Institutions.

[127] DUPREUX D. Formation et Professionnalisation. Dossier spécial. Soins Psychiatrie, 1997, N°190, pp 10-16.

professionnelle d'infirmière diplômée d'Etat français, l'ancêtre du Diplôme d'Etat actuel est créé, il deviendra obligatoire pour exercer la profession en 1938. Les infirmières des asiles publics d'aliénés ne l'obtiendront que par le décret de 1929. Le 12 janvier 1932, un autre décret institue le diplôme d'Assistante Sociale. En 1938, une réglementation encadre l'exercice de la profession d'infirmier psychiatrique, dans des hôpitaux psychiatriques et non plus des asiles depuis 1937, en organisant les modalités de nomination, titularisation, échelles des salaires.

Les CEMEA en 1947

En 1947, DAUMEZON met en place les CEMEA et forme ainsi les infirmiers psychiatriques par le biais de stages. En février 1949, un arrêté limite le lieu d'exercice des IP en milieu psychiatrique, en 1955, tous les HP doivent être pourvus d'une structure d'enseignement de 120 heures de cours, échelonnant la formation des IP sur 2 ans.

3) L'infirmier de secteur psychiatrique

En 1969, l'IP devient Infirmier de Secteur Psychiatrique et son exercice professionnel à l'échelle du secteur est reconnu. En 1973, une réforme concerne la formation des ISP en augmentant le nombre d'heures. Le 31 mai 1978, la loi institue une cadre législatif identique pour les ISP et les IDE. En 1979, les études d'ISP sont de nouveau réformées et celles des IDE également pour se conformer à des directives européennes, un tronc commun est mis en place. Le décret du 12 mai 1981 puis du 17 avril 1984 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier et des actes professionnels redéfinit la position des infirmières en lien avec la prescription médicale. Le décret du 23 mars 1992 entraîne la fusion des deux formations ISP et IDE, la formation psychiatrique des infirmiers perd 732 heures sur 1600.

a. Conséquences

Un nouveau décret du 16 février 1993 redéfinit les règles professionnelles, toujours en vigueur et celui du 15 mars 1993, relatif à l'exercice et actes de la profession infirmière, notamment en situant la pratique autour d'un rôle propre et d'un rôle sur prescription. Plusieurs mouvements de grève ont lieu dans cette période, il s'agit pour les ISP d'obtenir les mêmes droits que les IDE, en ouvrant la possibilité d'exercer dans un autre secteur d'activité. C'est l'ère de la polyvalence apportée par le décret de 1993 qui cherche à valoriser des infirmiers « apte à répondre aux besoins de santé d'un individu ou d'un groupe d'individus dans les domaines préventif, curatif, de réadaptation et de réhabilitation ; un infirmier

polyvalent apte à dispenser des soins infirmiers prenant en compte l'ensemble des problèmes posés par une atteinte fonctionnelle et une détresse physique ou psychologique qui frappe une personne (…). » Le plan de Santé Mentale 2005-2008 se donnait un objectif d'amélioration de la formation des infirmiers en psychiatrie, notamment à travers le tutorat

b. L'avenir de la profession IDE

La reconnaissance européenne. Se repose parallèlement la question de la spécialisation universitaire LMD (Licence-Master-Doctorat), dans le processus de Bologne, intègre les formations de santé dans ce cursus ; ainsi l'Espagne, l'Allemagne, et d'autres pays Etats Membres de la CE bénéficient de diplômes infirmiers s'intégrant dans le parcours LMD. Le DE correspond au niveau Licence, les spécialités au niveau Master et certains doctorats sont validés en Recherche en Soins Infirmiers. En France un refus a été posé en mars 2007 par le ministère de la Santé, d'intégrer les IDE dans le cursus LMD. L'enjeu se situerait au niveau de la reconnaissance et de la revalorisation salariale des IDE, la licence générale et non professionnelle leur ouvrirait un statut de catégorie A. De plus, cette revendication d'un diplôme universitaire « adossé à une discipline de sciences infirmières » pose un enjeu de place et d'autonomisation vis-à-vis de la position médicale. La dimension économique est également soulevée en lien avec la courte de vie d'exercice des IDE environ 12 ans ce qui en fait en termes de santé publique une formation non rentable dont il s'agit d'accroitre l'attractivité.

4) Les hôpitaux psychiatriques et le surencombrement

a. Témoignanges

Plusieurs médecins comme Danielle SABOURIN-SIVADON[128] évoquant son expérience à l'asile de Ville-Evrard, en région parisienne,

« *(…) pavillons archi-fermés, bourrés de gens, sauts de loup, grilles, barbelés. C'était encore le temps des séparations sémiologiques : les agités au 6, les dangereux au 4, les chroniques au 5, les travailleurs au 1, ou quelque chose comme ça. (…) En 66 encore, je me souviens qu'à l'entrée, le mec était déshabillé, on le mettait à poil, on faisait l'inventaire de ses vêtements, qu'on envoyait à la teinturerie, on lui donnait en échange un uniforme (…) on retirait aux femmes leur nom de femme mariée, on retirait l'alliance.* »

« A Maison-Blanche (hôpital réservé aux femmes en région parisienne près de Ville-Evrard destiné aux hommes), je me suis occupée du pavillon des chroniques : une soixantaine de

[128] Revue Recherches consacrée au Secteur en 1975.

femmes, au lit toute la journée ; la moitié d'entre elles ficelées avec des bracelets de force. Tout le boulot, c'était du nettoyage. En tant qu'interne, j'ai renoncé, il y avait de quoi devenir folle. On ne pouvait plus monter dans les étages tellement ça puait ; les gâteuses ça dégage une odeur incroyable, ça sent la merde. Quand on regardait les dossiers, on était effrayé ; c'était des femmes qui étaient là depuis trente, quarante ans, et sur le support annuel on lisait : « Même état, à maintenir ». Quand le médecin établissait le dossier, il ne voyait même pas le malade ; il faisait ça de son bureau, et ça tous les ans. »

Paul SIVADON, psychiatre également à Ville-Evrard en 1929 témoignant également en 1975[129]

« *J'étais interne à Ville Evrard en 1929: c'était la grande inflation asilaire, avec une vague de malades mentaux qui montait, montait jusqu'à déborder les services, surchargés ; on a vécu dans un système épouvantable : on ne pouvait refuser les entrants, et la sortie ne se faisait pas parce qu'il n'y avait que peu de guérisons et pratiquement pas de traitement malgré l'introduction, entre 22 et 40, des thérapeutiques de choc (la malariathérapie[130], qu'on n'utilisait pas et l'insulinothérapie[131]). A l'époque l'essentiel du travail consistait en l'alimentation artificielle des grands malades avec la sonde et dans les soins d'escarres aux vieillards qui partaient en lambeaux : il y avait une odeur de poudre à l'iodoforme et d'antiseptiques divers. C'était une atmosphère épouvantable ; cet enfer est difficile à restituer. Pour prévenir l'agitation, en dehors de la camisole, il y avait les bains prolongés. Toutes ces méthodes partaient de bonnes intentions et étaient utilisés sur de bonnes bases techniques, mais fréquemment aussi perverties par le surencombrement. (...) La perversion s'installe dans des cellules de plus en plus capitonnées, de plus en plus obscures, et ou le malade est de plus en plus dénudé (...).* »

---

[129] Idem. Créateur de la clinique de la MGEN La Verrière, en région parisienne.

[130] Wagner Von Jauregg reçoit le prix Nobel de médecine en 1918 pour avoir introduit la malariathérapie. En inoculant le paludisme aux patients souffrant de paralysie générale syphilitique, il réduisait les troubles psychiatriques. Jacques Postel, Dictionnaire de la psychiatrie, Larousse.

[131] Insulinothérapie : on administre au patient de l'insuline. Le resucrage, en ramenant la glycémie à la normale et en sortant le sujet du coma hypoglycémique induit par l'insuline, semblait jouer un rôle déterminant en créant avec l'équipe soignante les conditions d'un échange psychothérapeutique. Jacques Postel, Dictionnaire de la psychiatrie, Larousse.

b. L'hospitalocentrisme

Le comité médical de la Résistance charge Robert Debré d'élaborer un programme de réforme de la santé publique. Il créera notamment les unités hospitalo-universitaires visant à démembrer « le pouvoir féodal » et à casser l'autonomie des chaires enseignantes et fonctions hospitalières, son fils Michel Debré mettra en œuvre cette politique en 1959, en tant que Premier Ministre.

c. La réforme de l'asile

Le mouvement global de réforme de la psychiatrie aliéniste dont les prémisses apparaissent à la fin du XIX ème siècle, débutent réellement au cours de la seconde guerre mondiale.

Durant les années 1950, la psychiatrie se rapproche de la neurologie avec le concept de dégénérescence. Elle s'en éloigne ensuite pour s'intéresser à la psychologie et aux jeunes sciences humaines. Elle s'ouvre à la sociologie, la phénoménologie et la psychanalyse. La Libération est marquée par une forte effervescence intellectuelle et idéologique imaginant construire une société plus libre et plus égalitaire. Les psychiatres de la « génération 63 s'emploient, forts des concepts de la médecine sociale à « réformer l'asile ».

5) **La psychiatrie communautaire**

Elle prend place dans ce mouvement de contestation et d'élation globale. Le mouvement institutionnel connaîtra un premier développement entre 1940 et 1952 autour des thérapies de groupe. Le second se déroulera de 1952 à 1968, marqué par l'essor de la psychanalyse.

La réduction spectaculaire des durées d'hospitalisation et celle des internements sous contrainte semblent liées à l'action rapide des psychotropes. Cependant, les réadmissions sont importantes et la psychiatrie est confrontée au phénomène de la « porte tournante », la plupart semblant en lien avec des sorties intempestives avant consolidation et avec la non observance thérapeutique.

« La psychiatrie actuelle (1990) privilégie la relation malade-médecin, son analyse ainsi que celle de la genèse et de la signification symbolique des symptômes. L'étude des troubles de la communication avec les parents et le milieu retient également l'attention. Mais cette approche analytique et structurale se fait parfois aux dépens de l'évaluation objective de l'adaptation des patients à la réalité sociale[132]. »

[132] DENIKER J. Le rôle des chimiothérapies dans la psychiatrie moderne. In Psychiatrie et Santé Mentale. La documentation française. Paris, 1990.

6) Les traitements psychothérapeutiques

° Aux Etats Unis et en Europe, **la psychanalyse** a une place importante dans cette période où l'utilisation des médicaments est plutôt clandestine et ne peut encore que très rarement se penser en lien avec la psychothérapie. Elle devient « un passage quasi obligé » dans la formation des psychiatres et constitue l'approche étiologique dominante des troubles mentaux. Outre la pathologie névrotique, elle s'intéresse aux pathologies du narcissisme. « On assistait, en effet, peut être du fait de changements dans les idéaux culturels et les modes d'éducation, au remplacement progressif des angoisses liées à la sexualité par une incertitude identitaire et une tendance dépressive. »

° **Les travaux pionniers de Anne-Marie SECHEHAYE, sur la psychanalyse des psycho**ses, en 1950 à Genève sont l'un des points de départ importants des techniques thérapeutiques psychanalytiques adaptées aux systèmes institutionnels. En effet, au moyen d'une technique particulière « la réalisation symbolique », en offrant à ses patients des objets matériels pour symboliser une activité primaire comme le nourrissage et les aider à revivre et réparer des expériences précoces traumatiques de vie.

° **En France, LACAN s'intéresse à la psychose** de sa thèse de doctorat de psychiatrie, il développe le concept de « forclusion du nom du père[133] » pour expliquer la psychopathologie de la psychose. Les théories kleiniennes et les recherches d'Edith Jacobson ont beaucoup influencé la psychanalyse aux Etats Unis, notamment les psychothérapeutes individuels de schizophrènes comme Evelyne et Jean Kestemberg et Herbert Rosenfeld en Angleterre. . Serge Lebovici, René Diatkine s'inspirent du psychodrame de Moreno dans le traitement des schizophrènes.

° **Winnicott et Gisela Pankow** conceptualisent respectivement la dimension de l'objet transitionnel et de la médiation comme la pâte à modeler. L'activité soignante[134]s'appuie sur Bion pour accéder à une conceptualisation basée sur les transformations des angoisses archaïques par les fonctions maternelles. Au-delà de Freud qui n'imaginait pas de transfert possible chez le psychotique, la notion de transfert dissocié et de constellation transférentielle est élaborée par Jean Oury et François Tosquelles sur « la tablature » de la psychothérapie

---

[133] Il s'agit en fait d'une impossibilité pour le sujet psychotique d'accéder à la dimension symbolique, cet ordre de la pensée sous tendu par la structure du langage, l'enfermant alors ans un univers de toute puissance imaginaire où les mots sont traités comme des choses et où le langage commun ne prend pas forme, consistance

[134] HOCHMANN J. La consolation. Paris, Odile Jacob, 1994.

institutionnelle. Ce transfert est massif, avide, intolérant au partage et à la frustration, hors séparation concevable. Harold Searles avait pu en parler en termes « d'effort pour rendre l° 'autre fou », **H. Rosenfeld « de haine de la santé mentale » et Pierre-Claude Racamier des « fantasmes d'autoengendrement »** du schizophrène auteur tout puissant de sa conception et de sa destinée, cherchant à réduire l'autre à l'inanité. Sacha Nacht pointait la difficulté face à « cette force idéalisante et sa tendance à séparer cruellement l'objet d'amour de l'objet de haine » aux projections transférentielles fragmentées et violentes de soutenir une position thérapeutique, seul. Le contre transfert inhérent doit être reconnu, maîtrisé et utilisé, l'appui d'une institution est indispensable. Les psychanalystes se déploient dans les institutions de soins comme superviseurs, thérapeutes et s'intéressent dans le même que Sullivan aux relations interpersonnelles en jeu dans la problématique de la pathologie mentale.
° **Les thérapies de groupe** déjà efficientes pendant la guerre et après dans le traitement des traumatisés continuent de se développer selon les théories de Bion, Kurt Lewin, Moreno.
Plusieurs psychiatres américains comme N. Ackermann, L. Wynne, T. Lidz, D. Jackson développent les thérapies familiales. A partir des concepts analytiques, leur pratique s'est progressivement enrichie d'approches sur les mythes, fantasmes collectifs, sur la transmission transgénérationnelle de secrets. Les thérapies familiales se sont ensuite ouvertes à d'autres supports théories comme la théorie générale de systèmes, donnant le courant « systémique ». Le patient y est considéré comme le symptôme d'un dysfonctionnement, d'une souffrance familiale, en position de sacrifice – seule issue possible - pour le maintien de l'équilibre du système aux prises avec des injonctions paradoxales.

Critique de la psychanalyse et les thérapies comportementales

D'autres techniques que la psychanalyse dites « moins onéreuses et plus rapides » se développent alors que **la psychanalyse est l'objet de critique** ; considérée comme une idéologie bourgeoise, interdite en URSS, elle est rejetée par la parti communiste en France qui encourage auprès de ses adhérents les pratiques de déconditionnement de Pavlov, le physiologiste russe, reprises aux Etats Unis par Watson, puis Skinner, à l'origine des thérapies comportementales. Le trouble mental est un apprentissage défectueux entretenu par l'habitude, il s'agit de le corriger, son sens ou sa fonction dans l'économie psychique n'a plus « de sens ». Les modèles d'intervention des comportementalistes basés sur la dialectique punition-récompense se sont complexifiés au contact de la psychologie cognitive. Le patient est étudié à un état basal, un contrat d'objectifs et de moyens est fixé entre le thérapeute et le patient, scandé dans le temps par des situations d'évaluation, confirmant ou infirmant la

problématique. Leur succès dans le traitement des phobies leur donne une assise pour militer pour le remplacement de la psychanalyse.

La psychologie du MOI

Cependant, ces techniques assimilées pour certains à un « lavage de cerveau » sont critiquées par les psychologues humanistes américains comme Rollo May, Abraham Maslow et Carl Rogers développant eux, des approches thérapeutiques diverses sur un fondement phénoménologique qui aurait été complété par la théorie des jeux de Eric Berne dans l'analyse transactionnelle, à la psychologie de la forme dans la gestalt-thérapie de Fritz Perls ou aux « élucubrations pansexuelles » de Wilhelm Reich, élève dissident de Freud. Ces thérapies ont été utilisées essentiellement lors de séminaires auprès des « normaux » dans un logique de développement personnel fortement teintée par les préoccupations bouddhistes, hindouistes « en vogue », faisant le lit de mai 1968.

Conclusion

Le XXIème siècle ou L'âge économique

Afin de permettre les évaluations réclamées par les compagnies d'assurance et les laboratoires pharmaceutiques, les psychiatres américains établissent, un système de diagnostic, le DSM. La notion de maladie est remplacée par celle de trouble (disorder), la névrose n'est pas répertoriée. Toute référence à un système théorique est écartée. Le DSM ne s'attache au fond qu'à deux ordres de causalité : le biologique essentiellement sur un versant génétique, et le stress. La domination est celle de la neurobiologie, de la génétique et de l'épidémiologie.

L'appétence du XXIème siècle pour les professionnels du psychisme.

Les articles scientifiques affluent, les psychiatres revendiquant toujours la posture scientifique que les comités de lecture des revues internationales valident ou non selon une critériologie complexe. La schizophrénie est reconnue par la neuro imagerie comme une pathologie de la cognition sociale, c'est-à-dire la capacité à comprendre des états mentaux différents des siens et à les attribuer à autrui. Il s'agit d'orienter la schizophrénie et l'autisme comme des troubles neuro développementaux ; ce qui serait hérité serait une vulnérabilité, un terrain, ce qui serait

acquis serait les effets des évènements de vie. Certains comme WIDLÖCHER tentent de mettre en concordance les théories biologiques, analytiques et sociales notamment dans la théorie du ralentissement dans la dépression.

La psychiatrie prédispose t'elle par essence au repli, à la fixité des institutions et l'adynamie ?

Depuis les années 90, les idéologies laissent place à l'homme malade lui accordant une valeur d'être et une continuité d'existence égale à tout être humain soutenant le concept de continuité des soins. La revendication que la folie a une fonction sociale éminemment respectable et digne se déploie.

Les objectifs :

- ~ En finir avec le personnage médical de FOUCAULT, synonyme d'instrument, suppôt du pouvoir absolu drapé dans une illusion de pouvoir absolu.
- ~ Le psychiatre est au service de tous, la psychiatrie se mêle à la cité, le fou est replacé au cœur de la société, la fin de l'hospitalocentrisme est décidée, dans le respect des tissus relationnels uniques de chacun.
- ~ Un refus fondamental et fort de la ségrégation, refus d'enfermer, refus de chroniciser les patients dans leur maladie. Notamment, toutes les pathologies sont mêlées sur les différents lieux de la santé mentale sans étiquetage ni classification des patients.
- ~ Affirmer leur intégration dans la vie et dans la société, en soulignant leur citoyenneté et leur égalité d'être avec chaque membre du corps social.

L'hôpital psychiatrique n'est qu'un outil parmi d'autre. Il s'agit de réduire les indications et les durées d'hospitalisations.

Recherche de déplacement du centre vers la cité ;

Avènement de la notion d'équipe soignante qui se déplace (dispensaires) ;

Principe de la continuité des soins

Prévention, dépistage, précure, hospitalisation, post cure et réadaptation constituent les bases de la médecine sociale.

La réalité de la psychiatrie s'ouvre à celle de la santé mentale.

Après avoir abordé l'histoire de la psychiatrie et mis en évidence au fur et à mesure les éléments qui nous ont semblé essentiels pour mettre en relief la problématique qui nous occupe, à savoir : dans quelles perspectives s'inscrivent les questions qui font l'actualité de la psychiatrie ? Nous proposons de les synthétiser en trois groupes de thèmes pour les traiter :

- ~ Pour comprendre et pallier à l'exclusion sociale nous explorerons le lien social, les représentations et les stigmatisations ;
- ~ Pour comprendre les enjeux autour de la sectorisation nous aborderons la psychiatrie dans son rapport aux institutions en fonction de son rapport au temps et à l'espace ;
- ~ Enfin, nous nous intéresserons aux intégrateurs sociaux, en essayant de comprendre comment ils le sont, comment les utiliser et leur place actuelle.

Chaque thème sera mis en perspective dans une discussion entre la RPS et le PI.

Mais avant cela, dans ce second chapitre, nous allons présenter l'histoire et les concepts propres à chacune.

Chapitre 2.

La Psychothérapie Institutionnelle

La Réhabilitation Psychosociale

La Psychothérapie Institutionnelle

La Réhabilitation Psychosociale

Approches historiques et Concepts

Chapitre 2 La Psychothérapie Institutionnelle

Partie 1 Approche historique

Introduction

Le mouvement de Psychothérapie Institutionnelle (PI) s'inspire d'une lente maturation des conceptions du traitement des maladies mentales, inspirées de la médecine mais aussi de la sociologie, la philosophie, la psychanalyse notamment tels que nous les avons abordées.
Cependant, la vocation médicale reste le lit sur lequel la psychiatrie se fonde et sur lequel se fonderont les thérapies institutionnelles. Cette dimension médicale s'entend selon CHANOIT P.-F.[135] comme un courant procédant d'une intention thérapeutique à savoir: « La manière de conduire une maladie à l'effet soit de la guérison, soit de la diminution du danger, soit de calmer les souffrances qu'elle cause, soit d'atténuer ou de dissiper les suites qu'elle peut entraîner. »[136] Cette intention thérapeutique tient compte comme lui étant constitutive de la notion d'institution de soin à savoir d'équipe comme l'inaugure la collaboration fondamentale de PINEL et PUSSIN.

I. De Ph. PINEL à Hermann SIMON, les précurseurs et les influences anglo saxonnes.

A. PINEL, PUSSIN[137] et ESQUIROL[138]

B.

[135] CHANOIT P.-F. *La Psychothérapie Institutionnelle*. PUF, Collection : « Que sais-je ? », 1995.

[136] Définition du Littré.

[137] PINEL Philippe. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*. Paris, Richard, Caille et Ramier, An IX In : CHANOIT P.-F. *La Psychothérapie Institutionnelle*. PUF, Collection : « Que sais-je ? », 1995.

[138] ESQUIROL E. *Des maladies mentales*. Paris, Baillière. 1838. In : CHANOIT P.-F. *La Psychothérapie Institutionnelle*. PUF, Collection : « Que sais-je ? », 1995.

C. La libération des chaînes : l'établissement devient institution ou l'espace de la folie

Comme nous l'avons développé précédemment, PUSSIN au XVIIIème siècle, libère de ses chaînes un aliéné de Bicêtre. Bien que ce geste soit connu pour être plus symbolique que réel, il n'en demeure pas moins que PINEL et PUSSIN vont introduire des notions fondamentales pour penser la maladie et le malade mental dans son rapport à l'institution. Cette conceptualisation est le traitement moral, inspiré de la psychiatrie espagnole elle-même profondément imprégnée des conceptions arabes. Le soin psychiatrique s'inaugure par la « libération des chaines »et l'institution naît de l'idée d'une contention thérapeutique par un lieu..

1) La naissance du sujet de soin et le traitement moral

Un espace est imaginé par PINEL pour que la folie se déploie, s'étudie et se maîtrise rationnellement : l'asile. Ce lieu est identifié comme support et relais conciliant à la fois la fermeté des murs et des contentions ainsi que la surveillance et l'observation clinique. L'aliéniste conçoit son traitement moral comme l'institution d'une relation d'emprise avec le patient avec un but rééducatif et thérapeutique. Ce traitement ne peut exister selon PINEL puis ESQUIROL qu'entre les murs de l'asile dont l'architecture est imaginée dans ce sens avec un grand soin et sans un jeu de rôles dans lequel sont impliqués les soignants.

PINEL s'appuie sur une réflexion philosophique stoïcienne faisant des passions de l'homme la cause de ses maux. Il estime qu'existe d'une « partie saine toujours inaliénable » chez ce malade auquel il est confronté. C'est sur cette irréductibilité que les prémices du statut de sujet de soin se fondent à notre sens. A partir de cette notion minimale le rétablissement d'une relation humaine est possible, c'est le soin.

2) PINEL et PUSSIN sont l'embryon de l'équipe de soins

Comme le souligne J.-P. CHANOIT[139], ils représentent ensemble une collaboration dans laquelle la valeur empirique de « ceux qui vivent depuis des années avec les aliénés » est valorisée. L'espace de la vie quotidienne devient une source d'informations précieuses. Le personnage médical est garant de l'ordre et de son rétablissement par des apparitions ponctuelles ; le « gardien des loges » est un observateur « incognito » et proche, dans le quotidien. La complémentarité de leur position tisse l'institution de soin et le premier réseau.

---

[139] CHANOIT P.-F. *La Psychothérapie Institutionnelle*. PUF, Collection : « Que sais-je ? », 1995.

D'autre part, faute de pouvoir tirer sa légitimité depuis une stature scientifique, la psychiatrie, première spécialité médicale, non par excellence mais par exclusion, fait fondamentalement l'expérience d'un statut d'exclu de la médecine. Les gardiens étaient souvent recrutés par d'anciens « insensés » et subissaient des conditions de travail à peine plus dignes[140] que les conditions d'enfermement des aliénés. Le point de rencontre de conditions d'exclus entre le médecin, les soignants et les patients constituent à notre sens un lien puissant de reconnaissance réciproque.

3) L'asile ou la construction d'un outil de soin

ESQUIROL, élève de PINEL créera le premier véritable modèle de l'utilisation d'une institution à des fins thérapeutiques en la Maison Royale de Charenton en 1838, la même année que la parution de la loi du 30 juin 1838. Dès 1822 déjà, Jean-Etienne ESQUIROL notait: "une maison d'aliénés peut être un instrument de guérison. Entre les mains d'un médecin habile, c'est l'agent thérapeutique le plus puissant contre les maladies mentales".

Parallèlement en 1821, TISSOT fonde l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban parmi vingt cinq hôpitaux psychiatriques[141]. Il est réputé pour être le premier « anti psychiatre » en France critiquant avec véhémence les hôpitaux comme Saint Jean de Dieu et les méthodes thérapeutiques sauvages ; comme nous l'avons vu, il a envoyé deux paysans devenus ainsi les deux premiers infirmiers psychiatriques selon TOSQUELLES auprès de DUPUYTREN à Paris qui expérimentait d'autres méthodes que les saignées, les purges et les bains et était lui-même considéré comme un « anti-médecin ». Il revendiquait déjà la nécessité de créer « autre chose ».

---

[140]DURAND J.-P. *Dates et figures marquantes de la profession infirmière en psychiatrie. Soins Infirmiers Psychiatriques.* DUPREUX D. *Formation et Professionnalisation*. Dossier spécial. Soins Psychiatrie, 1997, N°190, pp 10-1hiatriques 200 ans d'histoire. Soins. N°704-Avril 2006, p 31-40.

[141] DELION P. Contre point sur la naissance de la psychiatrie de secteur ; dialogue : TOSQUELLES et BONNAFE. Institutions. Revue de la Psychothérapie Institutionnelle. 2001.

D. BOUCHET et SIMON, les bases des thérapies institutionnelles

1. BOUCHET et le principe d'occupation des malades

BOUCHET[142]dès 1848, fixe le principe d'occupation des malades, dans un mémoire publié dans les Annales Médico-Psychologiques. Il dira « L'individualité sociale doit disparaître et se fondre dans la vie en commun qui constitue la base actuelle du traitement des aliénés (…) mais il ne faut les appliquer qu'à des travaux dont l'utilité est immédiatement sensible pour eux, les malades ne devant être mis à la disposition d'aucune personne étrangère et comprendre que la pensée du médecin s'étend sur eux dans toutes leurs actions. »

2. HERMANN SIMON : constat de l'iatrogénie

HERMANN SIMON[143] est un psychiatre allemand du début du XXème siècle, élève du psychiatre suisse BLEULER - auquel nous devons le terme de schizophrénie - il exercera à l'hôpital de Wartein, asile de Guttersloch, il énoncera le premier les principes d'une thérapeutique active dans laquelle il mettra en évidence la dimension pathologique et pathogène de l'institution qu'il s'agit donc de soigner : "dans le psychisme de chaque patient existe, à côté d'une partie malade, une partie saine et le psychiatre doit intentionnellement négliger la première" (…)

"Chez chaque malade, à côté des symptômes appartenant en propre à la maladie mentale, se trouvent d'autres manifestations psychiques (agressivité, inhibition, théâtralisme, stéréotypies, manifestations à caractère antisocial...) qui sont conditionnées par l'ambiance. L'application à une vie collective active et ordonnée est le meilleur moyen psychothérapeutique pour obtenir la guérison du symptôme". En effet, il considère d'abord que sous forme de trois maux, l'iatrogénie guette le patient hospitalisé en psychiatrie : « L'inaction, L'ambiance défavorable et Le préjugé d'irresponsabilité du malade lui même. »

C'est en observant la disparition de comportements pathologiques en hospitalisation à savoir les fugues, l'agressivité et l'agitation, il confortera le point de vue selon lequel : pour éviter ces écueils, le malade doit être associé à l'amélioration de son cadre de vie et les soignants

---

[142] BOUCHET. Du travail appliqué aux aliénés. Annales médico-psychologiques. 1848. In : CHANOIT P.-F. *La Psychothérapie Institutionnelle*. PUF, Collection : « Que sais-je ? », 1995.

[143] HERMANN SIMON. *Une thérapeutique plus active à l'hôpital psychiatrique*. Aktivere krankenbehandlung in der irrenanstalt. Berlin, De Gruyter, 1929. In: CHANOIT P.-F. *La Psychothérapie Institutionnelle*. PUF, Collection : « Que sais-je ? », 1995.

formés et responsabilisés autour de ces questions. La responsabilité et l'implication, remettant en question fondamentalement l'irresponsabilité du malade, constituent pour lui les bases d'une désaliénisation qui est encore anachronique à ce moment. Ce travail de Hermann SIMON semblant être sous tendu par une dimension économique et pragmatique de la gestion de l'hospitalisation « thérapeutique active » et non idéologique comme le sera la désaliénisation.

3. HERMANN SIMON : la thérapeutique active et le soin à l'institution

SIMON propose d'organiser la thérapeutique en trois temps : la liberté, qui ne doit pas être confondue avec le « laisser-faire, laisser-aller », la responsabilisation par la thérapeutique active et la maîtrise du milieu, avec la maîtrise des résistances émanant du personnel de l'hôpital. HERMANN SIMON organise alors le soin en s'appuyant sur ces trois notions, s'articulant autour de concepts profondément freudiens :

~ La libre circulation des patients hospitalisés: les portes sont ouvertes et les restrictions énormément réduites. On remarquera alors bientôt que pour qu'un patient puisse "investir" son entourage et que ces investissements aient quelque valeur signifiante, il doit pouvoir circuler librement. Car le transfert est lié de façon très étroite avec le fonctionnement de l'établissement, son ambiance, sa fonction d'accueil, ses offres d'échanges, véritables conditions de possibilité des rencontres;

~ La responsabilisation du patient: il est au centre de sa thérapie, l'institution étant structurée autour de cette seule fin. Notons ici que l'importance de placer le sujet au centre de sa guérison est apparue avec FREUD et la psychanalyse ;

~ Un milieu entièrement contrôlé au niveau psychothérapique, avec étude des résistances émanant du personnel et de l'hôpital. Le cadre thérapeutique doit alors être organisé de telle sorte qu'émergent des éléments en provenance de l'appareil psychique du patient.

C'est là l'une des bases de la psychothérapie institutionnelle qui inspirera ensuite les équipes de Saint Alban et de La Borde. « Pour soigner le malade, il faut soigner l'institution pour en faire un véritable outil de soins ». « C'est à partir du moment où un homme est considéré comme comptable de ses activités qu'il peut échanger avec d'autres, le prix et le poids de ses actes. Et nous trouvons là un des piliers des thérapies institutionnelles qui reposent sur la

réhabilitation du malade en tant que sujet. »[144]Il sera l'un des livres de chevet de François TOSQUELLES, psychiatre catalan dont nous reparlerons dans l'expérience de Saint Alban.
Nous voyons dans ces réflexions sur la place du sujet « conservant une part de raison, support psychothérapeutique », du sujet comme « comptable de ses actes », « au centre de sa thérapie et pouvant influer sur le cadre thérapeutique qui le soigne », nous voyons donc que s'élabore les bases de ce qui nous permet de parler aujourd'hui de citoyenneté comme nous le verrons plus loin.

E. Les influences à côté des précurseurs

1. Première source : Les anglo saxons

La naissance de la psychiatrie sociale ou le lien entre l'humain et son milieu

Ils développent des concepts majeurs comme la psychiatrie sociale, les interactions dans les groupes soignants-soignés, la thérapeutique communautaire ou les compétences thérapeutiques du groupe.

a) Styles d'interaction et motivation par recherche de satisfaction et sécurité

Harry STACK SULLIVAN[145] (New York 1892- Paris 1949) et le développement de la psychiatrie sociale. Il est psychiatre et psychanalyste américain, animateur du courant culturaliste[146] dès 1930, il mène une recherche socio-psychiatrique dans le traitement de la schizophrénie ; il serait connu pour avoir défini la psychiatrie comme « l'étude du comportement interpersonnel » ; il considère que la personnalité est une entité qui ne peut être observée et étudiée en dehors des interactions qui la rendent manifeste. Il élabore donc une théorie comprenant notamment l'ennéagramme des styles d'interactions et les sources principales de motivation que sont la recherche de satisfaction et de sécurité.
Il dirigera avec Frieda FROMM-REICHMANN la clinique Chesnut Lodge où se développe la psychothérapie institutionnelle avec d'autres psychanalystes connus comme Harold

---

[144] CHANOIT P.-F. *La Psychotherapie Institutionelle*. PUF. Collection Que sais-je ? 1995

[145] HARRY STACK SULLIVAN a écrit *La schizophrénie, un processus humain*. Eres, Collection « La maison jaune », 1998.

SEARLES et Donald D. JACKSON, destinée au traitement des psychotiques et schizophrènes en particulier.

b) Un objet d'étude différent : le comportement

Kurt LEWIN (1890-1947) et son laboratoire social. Il était psychologue en psychologie sociale ; il posa en 1931 l'équation suivante : le comportement est une fonction de la personnalité et de l'environnement – ainsi définit-il que la représentation de l'environnement dépend fortement des motivations, des attentes et des caractéristiques de l'acteur -, on lui doit l'expression « dynamique de groupe » et le développement du concept de « leadership démocratique, autoritaire et dilettante ». L'humain et le social dont il s'agit comme objets d'étude, ont des caractéristiques propres, différentes de celles des objets des « sciences dures » nécessitant de considérer « l'intériorité, le non-déterminisme et les singularités » ; elle est marquée par une action délibérée de transformation de la réalité qui produit de l'information, de la connaissance sur l'impact des transformations apportées, il ouvrira sur le concept d'analyse institutionnelle dont se servira la Psychothérapie Institutionnelle.

c) La relation soignant-soigné

STANTON et SCHWARTZ[147] et la résolution de conflits et phénomène de résonnance comme thérapie institutionnelle.

L'expérience de STANTON et SCHWARTZ, relatée dans Le *Psychanalyste sans divan* de RACAMIER[148], s'inscrit dans le champ des recherches sur la conflictualité des relations. L'un était psychiatre et l'autre sociologue, ils ont démontré dans leur article combien il était nécessaire d'envisager comme « thérapie institutionnelle » à proprement parler la résolution des conflits au sein de l'équipe de soins, comme préalable nécessaire à toute action thérapeutique. Ils ont démontré que les malades, souffrant d'excitation pathologique étaient régulièrement et significativement l'objet de désaccords latents et importants dans l'équipe ; ils ont également démontré que cette excitation iatrogène « tombait » dès lors que l'équipe pouvait parler ses points de désaccord et les inclure dans un processus d'élaboration. Il s'agit de pointer et prendre conscience d'un mécanisme de clivage dans « le champ social » du soin entraînait la dissociation du malade, lequel projetait son propre clivage, entretenant ainsi une interaction aggravant le recours à un mécanisme de défense pathologique.

---

[147] STANTON et SCHWARTZ. Excitation pathologique et désaccord latent entre membres du personnel hospitalier. In : Th Mental Hospital, Basic Books Inc. Publishers, New York, 1954.

[148] RACAMIER P.-C, DIATKINE R., LEBOVICI S., PAUMELLE P.. Le Psychanalyste sans divan. Paris, Payot, collection « Science de l'Homme », 1ère édition : 1970, 1983.

d) La compétence thérapeutique du groupe et la notion d'ambiance

Maxwell JONES et la communauté thérapeutique. Il est reconnu pour avoir développé le concept de « communauté thérapeutique » à la fois en Angleterre et aux Etats Unis. Il débuta ses recherches en soignant les soldats atteints du « effort syndrome », un trouble psychosomatique relatif à la fatigue du combat. Il utilisa une approche de groupe en travaillant sur « l'ambiance » ou « group atmosphere » ; dès 1953, il utilise déjà le drame comme technique de sociothérapie, en traversant une expérience émotionnelle intense aux vertus pouvant évoquer la catharsis.

e) L'atome social et le psychodrame

Jacob Levy MORENO[149] (1889-1974) et le psychodrame.

Il était psychiatre, psychosociologue américain d'origine roumaine. Il a fondé le psychodrame en 1930, la sociométrie et il est l'un des pionniers de la psychothérapie de groupe. Il développera le concept d'inconscient familial et groupal, le concept de « l'atome social » comme base de l'identité groupale et personnelle. A la Salpêtrière en 1955, Serge LEBOVICI aurait introduit le psychodrame en France.

2. Deuxième source : Les techniques d'éducation active

En 1920, Célestin FREINET, éducateur prolétarien introduit dans le milieu scolaire des outils qui changent radicalement le statut des élèves coopérateurs ainsi que les conditions objectives et subjectives de leur accès au savoir. Il fonde sa classe coopérative, de laquelle naîtra dans l'après guerre, la pédagogie institutionnelle de Ferdinand OURY et Aïda VASQUEZ.

Fernand DELIGNY, créateur de la « grande cordée », qui prend en charge à la libération des adolescents en difficulté, puis il accueillera des enfants autistes dans une structure spécialisée dans les Cévennes où il consacrera des années à l'accompagnement et à la théorisation de la pathologie autistique comme « les zones d'ère » ; il prône la créativité et l'ouverture pour développer l'initiative et la responsabilité.

---

[149] MORENO Jacob Levy et ses ouvrages : Psychothérapie de groupe et psychodrame, Théâtre de la spontanéité, Fondements de la sociométrie.

3. Troisième source : Influence analytique ou « quelques recommandations à l'intention des réparateurs d'institutions psychiatriques usées[150]. »

a) Le courant kleinien : l'étude de la psychose et le registre du pulsionnel

M. KLEIN[151] (1882-1960) s'intéressera essentiellement au monde fantasmatique de l'enfant, à savoir son imaginaire, à la valeur structurante de l'image maternelle et à la pathologie précoce de l'enfant. Elle utilisera le Jeu comme moyen thérapeutique dans la psychanalyse d'enfants et remaniera dans ses fondements la théorie freudienne ; elle développera une théorie du stade oral comme moteur de développement, les positions schizo-paranoïde et dépressive s'intégrant dans l'idée qu'un des stades de développement est normalement psychotique et que « l'objet naît dans la haine » selon FREUD.

En 1925, M. KLEIN s'installe en Angleterre où elle exerce la psychanalyse d'enfants, Hanna SEGAL et Herbert ROSENFELD ont assuré la continuité de son œuvre. SEGAL s'intéressera à la *formation du symbole*, son ouvrage ; ROSENFELD en 1965 dans les *Etats Psychotiques*, met en évidence l'importance de la confusion entre le bon et le mauvais objet chez le psychotique, devançant les travaux de M. KLEIN sur l'envie et ceux de G. BATESON[152] sur le double lien ou Double Bind.

A la mort de Mélanie KLEIN en 1960, un groupe de psychanalystes de **ces** **(ses ?)** collaborateurs poursuivent l'enrichissement de son œuvre, notamment autour de concepts comme « l'appareil à penser les pensées ». W.R. BION[153] (1897-1979) développera une théorie importante concernant la psychose, basée sur la relation contenant/contenu, sur le rapport entre pensées/ appareil à penser dont le modèle s'inspire de celui de la digestion, des mathématiques, de la chimie, de la mystique entre autres ; il sera repris par d'autres

---

[150] Il s'agit du titre de la communication de DE MATOS C. et DE SILVA A., deux psychiatres portugais, au Congrès de Lisbonne en 1968. In : AYME Jean. La Psychothérapie Institutionnelle : Origine, Histoire, Tendances, 1995, pp 25-53. In : Pratiques Institutionnelles et Théorie des Psychoses, Actualité de la Psychothérapie Institutionnelle. Sous la direction de Patrick MARTIN, psychologue, psychanalyste, maître de conférence à l'IPSA, Angers. L'Harmattan, Logiques Sociales, 1995, p 556.

[151] M. KLEIN : durant son enfance confrontée très jeune puis de manière itérative à une problématique de deuil, elle débute une analyse avec S. FERENCZI puis K. ABRAHAM après avoir lu un premier ouvrage de FREUD.

[152] BATESON G. Vers une écologie d'esprit, tome 1 et 2. Essais, Point, 1995.

[153] BION est psychiatre en 1924, il entre en 1933 à la Tavistock Clinic de Londres, analysé par RICHMAN puis M. KLEIN

psychanalystes comme J. MAC DOUGALL, A. GREEN et ANZIEU. Pendant la seconde guerre mondiale, il élabora une théorie de la dynamique de groupe.
Donald MELTZER[154] et Frances TUSTIN travailleront sur l'autisme.
Le courant kleinien eut un essor important en Amérique du Sud, en Argentine notamment, où les travaux de Léon GRINBERG sur le contre transfert ont été particulièrement importants

b) Les théoriciens de la relation d'objet

En mettant plus à distance le registre pulsionnel, ces psychanalystes comme W.R. FAIRBAIRN, J. BOWLBY, M. BALINT et D. W. WINNICOTT vont s'intéresser davantage à la relation d'objet c'est-à-dire la relation établie entre l'enfant et sa mère. Le thème central de recherche de FAIRBAIRN est la dépendance, il remet en cause la théorie des pulsions, plaçant la recherche de l'objet comme prioritaire dans le développement de l'enfant, il perçoit la construction du psychisme autour d'un Moi Central, libidinal et saboteur interne. BOWLBY inspiré des travaux en éthologie élabore une théorie de l'attachement ; BALINT insistera sur le hiatus fondamental entre les besoins de l'enfant-la demande et les soins apportés par la mère-la réponse, il conservera une approche de la théorie des pulsions en la mettant en lien avec la relation mère-enfant. WINNICOTT quand à lui étudiera la relation aux autres et le développement de l'enfant, il théorisera la notion fondamentale d'objet transitionnel et d'espace transitionnel qui sera repris par la PI et dont nous reparlerons à plusieurs reprises.

c) Le transfert et le contre transfert

Le transfert a été élaboré par FREUD comme "processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets, dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique (...) sous la forme de répétition de prototypes infantiles vécus avec un sentiment d'actualité marqué». Paula HEIMANN (1899-1982), psychanalyste Kleinienne sera l'une des premières à avancer l'idée que le vécu contre-transférentiel constituait une source importante de

[154] MELTZER est un psychiatre américain qui viendra à Londres pour effectuer une formation analytique, il sera « la figure de proue » du mouvement kleinien ; il travaillera avec Esther BICK, enseignant à la Tavistock Clinic et à l'Institut Psychanalytique de Londres. Il s'intéressera beaucoup à l'autisme, il sera le superviseur de F. TUSTIN, elle-même reconnue comme une sommité dans le domaine de l'étude et du traitement de l'autisme de Kanner

renseignements sur la problématique du patient. Remanié, étendu au mode relationnel psychotique, le concept sera à la base de toute psychothérapie institutionnelle.

Jean OURY met en évidence les notions de "transfert dissocié" et de "transfert multiréférentiel". Il indique ainsi comment la personne psychotique, ayant construit avec le monde un rapport objectal singulier, ne peut "transférer" sur un seul psychanalyste comme cela se passe dans la cure-type du névrosé. Par contre, dans l'établissement et avec l'équipe soignante qui l'accueille, le patient peut "instituer" d'une façon partielle, à l'instar des objets partiels, des investissements de divers ordres sur des personnes, des choses, des espaces... etc. Sur cette base, J. OURY introduit la "constellation transférentielle": s'y trouvent rassemblés, souvent pour la première fois, les fragments projetés d'un sujet psychotique. Par ce type de construction du rapport au monde, le patient actualise dans le "transfert institutionnel" les modalités selon lesquelles il s'est lui-même construit. Toute la difficulté consiste à repérer et réunir ces investissements hétérogènes (Pierre DELION).

d) Concepts Lacaniens

« Est-ce que l'on peut soigner la psychose ? » et Le processus psychotique est-il réversible ?

Jacques LACAN, dans un texte *D'une question préliminaire à toute réponse possible traitement de la psychose*, introduit la question de la forclusion du Nom du père, concept-clé de 1955 développé en séminaire, à partir du Président Schreber de FREUD dans *Cinq Psychanalyses*. LACAN élabore ce concept mais ne répond pas aux questions de « soigner la psychose » ou « la réversibilité du processus » tel qu'il le décrit. Il fait allusion cependant à l'idée de créer quelque chose qui fasse support comme un objet prothétique psychique : c'est le psychisme de l'Autre ou le psychisme institutionnel.

La forclusion du Nom du Père

Il s'essaie à rendre compte par ce concept de la faille spécifique qui existe chez le psychotique, celle du système symbolique, rendue patente par l'inaccessibilité à la parole, soit par l'utilisation des mots des autres dans l'écholalie, soit dans la création d'un néo langage hermétique sans propriété d'échange, soit dans le mutisme. Il est dans le décalage du langage c'est-à-dire de séparation entre le signifiant et le signifié. Les mots s'alignent sans se lier pour faire sens. Cette faille se perçoit aussi au travers des hallucinations, ce matériel, faisant mine de venir du dehors mais issu de projection de ce qui est

« intenable », « impossible à prendre et à garder pour soi ». De plus, ce qui apparaît c'est que le signifiant du Nom du Père est forclos[155], cette métaphore du Nom du Père est enfermée, infirmée, vouée à l'infirmité. Un signifiant en tant que tel ne signifie rien, il ne dit quelque chose que accolé à un signifié. Il y a donc un lien indispensable entre signifiant et signifié qui n'est jamais stable. Chaque mot renvoie à un autre mot ; bien qu'il ne dise rien en soi, le signifiant renvoie à un champ de significations, ce d'autant plus qu'il s'agira d'un signifiant-clé c'est-à-dire selon LACAN un « point de capiton », zone de polarisation, intersection dans une trame réticulaire de significations. Le signifiant de base, ce signifiant « qui fait tenir le sujet », qui permet de dire « Je » c'est le nom du Père, il représente tout ce qui touche à la Loi, au Langage et au Nom ainsi qu'à la différence des sexes et la différence des générations. Il fait sortir « l'infans, celui qui ne parle pas » de la relation duelle avec sa mère pour dire « je » comme existant de manière autonome et séparée. La promotion du sujet passe alors par l'interdit de l'inceste.

La différence fondamentale avec le refoulement insiste justement sur le fait que, par ce dernier, le sujet se reconnaît auteur de l'énonciation de son discours, « quelque chose parle en moi à mon insu – c'est le retour du refoulé – mais je suis en résonance avec ce qui parle là. La forclusion interdit l'élaboration selon laquelle « ça vient de soi ». « Ce qui n'est pas symbolisé, donc ce qui n'a pas d'inscription au niveau du système psychique, fait retour au sujet par l'extérieur, par le dehors et dans le réel » selon LACAN. Alors que le refoulement est inscrit et délesté de la conscience, « oublié » fait retour pour dire le sujet. La forclusion n'est pas inscrite et ne peut se signaler que comme « un trou » dans le système symbolique. Selon l'image de Serge LECLAIRE, dans le cas de la forclusion, « il n'y a pas de prise à la reprise » si l'on s'inspire de l'image d'un tissu pour se représenter la constitution de l'expérience, les défauts concernent les fils même de la trame ne pouvant donner appui à un « retissage du trou » ; le refoulement quand lui est considéré comme un accroc qu'il est possible de reprisé en prenant appui sur les bords du trou.

Le Stade du Miroir

L'enfant sort d'un vécu de morcellement corporel par un moment non pas temporalisable mais « un moment dans la structure » quand il trouve dans l'image du miroir une image lui renvoyant la notion de son unité, à laquelle il va s'identifier. Il éprouve selon LACAN un

[155] Forclusion en vieux français signifie « fermer dehors ».

intense sentiment narcissique, jubilatoire dans la perception de « cette union ». Parallèlement, concomitamment, cet autre, la mère se présente avec une image séparée de lui ; il réalise que ce qu'il voit est une image de lui et non lui, et que pour ne pas « se prendre pour cette image » il a intérêt à la nommer, par un Nom qui le représente. C'est une médiation entre lui et l'image.

La castration

Ce processus de séparation-différenciation entre soi et l'image de soi s'avère indissociable de la séparation-différenciation de soi et la mère, il s'agit d'une épreuve de castration, de la fin d'une illusion. Ainsi, le sujet Moi se trouve résumé pour l'autre à un nom et une image, c'est-à-dire « Je », ne permettant pas de rendre compte des perceptions, du vécu, de l'épaisseur que la surface plane du miroir ne peut rendre. Dès que la parole est prise par JE avec l'intention de dire MOI, il y a chute, ce que LACAN nomme la « refente » c'est-à-dire la réduction entre ce qui est dit et ce qui est vécu ; entre le sujet de l'énoncé et celui de l'énonciation. La jubilation narcissique initiale est entamée par le constat de cette « misérable » représentation de soi plane.

Le manque de la mère

Pour pouvoir supporter le manque, défini initialement comme le manque de la mère, l'enfant va construire dans son imaginaire « être lui-même » ce qui vient combler tout manque se préservant ainsi de tout manque, celui de la mère qui entraîne le sien. Au fond, l'affaire est suffisamment grave, celle de son anéantissement face à ce manque, pour qu'il se « réduise » à cette position « de toute puissance ». Ce manque de la mère, est ce qu'il croit qu'elle désire : le Phallus, comme point de structure auquel l'enfant va initialement s'identifie pour traverser cette période.

II. Les déclencheurs : des évènements historiques fondamentaux préparent la révolution psychiatrique de Saint-Alban

A. La famine des hôpitaux psychiatriques[156]

1. La situation de restriction alimentaire en France

Dès le mois de septembre 1940, la ration alimentaire officielle, en France est réduite pour l'ensemble de la population, à 1800 calories par jour, pour un adulte. Il s'agissait pour certains d'une ration susceptible d'entraîner la mort lente par dénutrition. Le génie adaptatif a permis la survie de la grande majorité de la population, au prix pour les plus défavorisés de dégradation de l'état de santé.

Dans les hôpitaux psychiatriques, la mortalité fut effrayante. Dr Scherrer[157], médecin à Auxerre en Bourgogne, rapporte en 1941, qui fut l'année la plus noire qu'il constata le décès de 293 malades dont 163 par cachexie sur les 797 patients, soit 37 %. Les études qui furent faites après la libération objectivèrent la mort de plus de la moitié des patients soit entre 40 000 et 50 000[158].

Suspicion d'extermination

La question reste encore posée de savoir si cette hécatombe a été délibérée, organisée discrètement par le régime de Vichy ou non. La polémique à ce sujet aurait débuté à la suite de la publication 1987 de la thèse de Max Lafont, *L'extermination douce*, dénonçant le sort des malades du Vinatier[159], puis réactivée par Patrick Lemoine, psychiatre lyonnais qui soutiendrait que Vichy avait reçu des ordres de Berlin, dans le sens de l'organisation du

---

[156] HORASSIUS-JARRIE Nicole, psychiatre à Aix en Provence. Entretien avec Isabelle Von BUELTZINGSLOEWEN, historienne à l'Université Lumière de Lyon 2. « La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'occupation ». L'Information Psychiatrique. Vol 83. N°8. Octobre 2007. 721-5. Stigma 1.

[157] SCHERRER Pierre. Médecin directeur à Auxerre en 1941. *Un hôpital sous l'occupation*. 1989. In : L'Information Psychiatrique. Vol 83. N°8. Octobre 2007. 721-5. Stigma 1.

[158] COUPECHOUX Patrick. Préface de Jean Oury. Un monde de fous. Comment notre société maltraite ses malades mentaux. Ed Seuil. 2006, p 364.

[159] L'hôpital du Vinatier fut l'un des premiers au travers d'une expérience de psychothérapie institutionnelle à créer une ferme dite du Vinatier après la seconde guerre mondiale. Cette expérience aurait été menée par des psychiatres engagés d'obédience communiste et chrétienne.

génocide, dans son ouvrage *Droit d'Asiles*, se servant également du Vinatier comme cadre de son roman, y ayant dirigé un service de soins.

2. Le travail de recherche de Isabelle VON BUELTZINSLOEWEN sur les causes de l'abandon des malades dans les hôpitaux psychiatriques.

a) Présentation de l'étude

Aujourd'hui, Isabelle Von Bueltzinsloewen [160], maître de conférence en histoire contemporaine à Lyon, entreprend un travail d'historisation paru en 2007[161]afin d'apporter des éclaircissements autour de cet épisode sombre. L'un des résultats majeurs de cette enquête, étendue sur 6 ans, révèle que, à l'échelle de tous les hôpitaux psychiatriques de l'hexagone qui ont été étudiés, sont mises en évidence des disparités importantes des taux de mortalité des patients. Alors que les patients sont morts dans toutes les structures asilaires, certaines ont été significativement plus touchées que d'autres. Plus les asiles avaient une petite échelle, plus ils étaient ruraux et plus ils étaient épargnés relativement. De plus, Isabelle Von Bueltzinsloewen souligne que « Dans les hôpitaux psychiatriques publics, la personnalité et l'engagement du directeur ou du médecin-chef mais aussi de l'économe, qui est devenu une figure centrale de l'asile, ont également été décisives. »[162]

b) La rupture du lien comme cause de l'hécatombe

« La rupture du lien social est directement en cause dans le drame qui a frappé les hôpitaux psychiatriques entre 1940 et 1945. Dès avant la guerre, les aliénés internés vivaient retranchés de la communauté nationale, dans des institutions qui s'apparentaient à des ghettos. (…) peu d'aliénés ont pu compter sur la solidarité alimentaire d'un proche (…). (…) la nourriture coûtait très cher et que les malades étaient pour la plupart issus de milieux modestes. Les malades payants ont moins soufferts de la faim que les autres, (…). Les associations

---

[160] Von BUELTZINSLOEWEN Isabelle, historienne en histoire contemporaine à l'Université de Lyon 2. Membre du conseil scientifique de la ferme du Vinatier, conseil crée en 1997, comprenant des psychiatres et des chercheurs en sciences humaines (sociologues, ethnologues, historiens). Leur enjeu est d'interpeller le grand public sur la maladie mentale et accompagner les institutions dans leur travail de questionnement sur leur identité et leur pratique.

[161] Von BUELTZINSLOEWEN Isabelle. L'Hécatombe des fous : famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation. Aubier-Flammarion. 2007.

[162] Ibid.

caritatives, très mobilisées dans les prisons, n'ont pas suppléé à cette défaillance familiale car les aliénés internés étaient socialement transparents, invisibles. (…) leur sort n'a d'ailleurs suscité aucune réaction collective. »

c) De nuisible à invisible, celui qu'on abandonne

A priori, la famine qui a donc frappé les hôpitaux psychiatriques sous l'occupation ne serait pas en lien selon Isabelle Von Bueltzinsloewen avec un programme eugéniste d'extermination. Cependant, à cette période le malade mental était considéré socialement comme « un dégénéré », « un déchet social », un « inutile ». Ainsi, en une période de pénurie alimentaire, une logique rapide, organisatrice et se voulant rationnelle a pu évaluer « ceux qui méritaient de survivre et ceux qui ne le méritaient pas » selon une échelle hiérarchique fondée sur « l'utilité sociale ». Ainsi est-il possible d'expliquer l'inertie sociale générale par cette stigmatisation qui pesait sur les malades mentaux mais aussi les infirmes et les vieillards.

3. La position des psychiatres

Certains psychiatres[163] sont engagés dans la promotion de l'hygiène mentale défendant l'amélioration de la race et la dimension dégénérative de la pathologie mentale, ils se montreront peu enclins à une intervention en faveur de la survie des malades. D'autres, humanistes convaincus, comme BALVET[164], se sont mobilisés dès 1941 dans le cadre de la Société Médico-Psychologique puis du Congrès des Aliénistes et Neurologues Français s'étant notamment tenu à Montpellier en octobre 1942[165]. En effet, ceux qui avaient eu à traverser cette épreuve d'impuissance absolue face à la mort par inanition de leurs malades et face à l'indifférence sociale, n'ont cessé de dénoncer les conditions déplorables dans lesquelles étaient enfermés matériellement et psychologiquement les malades mentaux. Ils n'ont cessé de demander un changement radical de la politique sociale et sanitaire, considérant comme indigne une société qui sacrifie les siens même « dégradés ». « [Cette société] devait au contraire garantir, sous peine de mettre en cause le principe même d'assistance, la survie de ceux que leur incapacité (…) rendait inaptes à subvenir à leur besoin. » Sous l'influence de ces psychiatres, paraît le 4 décembre 1942, la circulaire

---

[163] Il s'agissait des psychiatres dits du Cadre, en référence aux structures hospitalières publiques.

[164] LAFONT Max. L'extermination Douce. 2000. In : Von BUELTZINSLOEWEN Isabelle. L'Hécatombe des fous : famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation. Aubier-Flammarion. 2007.

[165] COUPECHOUX F. Un monde de fous, Comment notre société maltraite ses malades mentaux. Seuil : 2006, p361.

BONNAFOUS[166] – nom du Ministre de l'Agriculture et du Ravitaillement, en exercice – sont alloués des suppléments de rations alimentaires destinés aux aliénés internés. Le Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé dont dépendaient les malades s'étant révélé impuissant.
Pour Isabelle Von Bueltzinsloewen, l'avènement de cette circulaire dans un contexte social particulièrement tendu permet d'invalider la thèse que le régime de Vichy ait été impliqué dans une extermination volontaire d'une part et d'une extermination douce d'autre part, pour elle, c'est de façon globale, que le régime de Vichy, en choisissant la collaboration, a compromis gravement les chances de survie de la population dans son ensemble atteignant en premier lieu, les plus vulnérables.

B. **Les bombardements des hôpitaux psychiatriques et l'exode**.

1. Une évacuation forcée des malades ou une expérience de resocialisation sauvage

L'évacuation de certains hôpitaux psychiatriques fut nécessaire pour des raisons diverses militaires (bombardements), ou civiles (les avancées des troupes allemandes en juin 1940 entraînèrent l'abandon des hôpitaux par le personnel). Les malades « furent lâchés dans la nature ». L'un de ces hôpitaux, celui de la Charité sur Loire, dont Le Dr LE GUILLANT L. était alors le médecin-chef fit une enquête pour retrouver les malades disparus. Il constata que 30 % furent recueillis par leur famille ou des tiers, auprès desquels ils ne posaient aucun problème de comportement, ils s'étaient réadaptés à des activités rurales, agricoles. Un autre tiers revint à l'hôpital soit spontanément soit réadmis par voie d'autorité, ils étaient alors incapables de se réadapter à la vie courante ou présentaient toujours des troubles du comportement incompatibles avec une vie sociale. Le dernier tiers disparut.

2. Le changement de paradigme : la fin de l'isolement comme moyen thérapeutique

Certains psychiatres s'interrogèrent alors sur le bien fondé de l'hospitalisation de certains malades. La remise en question de ce qui soutenait l'aliénation sous forme d'une évidence fut le début d'une véritable révolution.

---

[166] Il aurait agi selon d'aucuns sous l'influence de son épouse Hélène Sérieux, psychiatre et fille de psychiatre Paul Sérieux. In : COUPECHOUX F. Un monde de fous, Comment notre société maltraite ses malades mentaux. Seuil : 2006, p361.

Les psychiatres sont alors intervenus auprès des familles pour les encourager à reprendre « leur malade », ils ont multiplié les sorties d'essai pour échapper aux mesures administratives lourdes et lentes que nécessitait la levée les placements. Pour les patients dépendants, se posait une question grave, celle d'une meilleure chance de survie dans ou en dehors de l'hôpital psychiatrique en cette période où la disette sévissait partout. L'asile perdait clairement sa dimension asilaire qui justifiait socialement depuis tant d'années l'internement, son corollaire et la privation de liberté concomitante. La famine signa donc la faillite de l'asile, la dénonciation de l'aliénation et l'impératif d'une réforme qui entra en résonance avec la Libération.

3. Conclusion

a) Développement de l'ergothérapie et de la sociothérapie

Pour Isabelle Von Bueltzinsloewen, « La résolution tragique du problème de la surpopulation asilaire et le contexte de désorganisation générale, qui donne aux médecins-directeurs et aux médecins-chefs une latitude plus grande, ont favorisé au moins dans certains lieux (à Saint Alban …), des initiatives qui ne pourront être systématisées qu'après guerre, en particulier dans le cadre du mouvement de psychothérapie institutionnelle. (…) la détermination d'un certain nombre d'aliénistes à initier des expériences susceptibles de renouveler les formes de leur intervention (par l'accent mis sur le développement de l'ergothérapie, de la sociothérapie ou encore sur le placement agricole des malades) s'inscrit aussi dans le prolongement d'une réflexion sur des modes de prises en charge des maladies mentales qui a été largement entamée au cours des années 30. »

b) Les prémisses du Secteur

En effet, ces années traumatiques auraient été des « accélérateurs » non des initiateurs des « spectaculaires transformations de l'assistance psychiatrique[167] » qui évolueront entre 1950 et 1970, notamment avec l'avènement du Secteur. L'organisation sectorielle est déjà mise en place par les hygiénistes, la psychiatrie s'en inspire.

La création des dispensaires

En France, les OPHS (Offices Publiques d'Hygiène Sociale), hérités des dispensaires pour la lutte contre la tuberculose, verront par les circulaires RUCARD en 1936, 37 et 38 s'élargir à

[167] Von BUELTZINSLOEWEN Isabelle. L'Hécatombe des fous : famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation. Aubier-Flammarion. 2007.

des missions en « hygiène mentale, aux problèmes liés à la réadaptation, au reclassement professionnel et à l'environnement social », ils constitueront les premières structures extra hospitalières où le gouvernement demandait aux psychiatres « d'aller aux populations », « hors hôpital » et « hors clientèle privée » à titre gratuit.

La création des services libres

E. TOULOUSE et G. HEUYER vont penser les patients psychiatriques hors de l'asile en mettant en évidence la nécessité de prendre en charge la souffrance psychique, ne nécessitant pas d'enfermement, donc hors la loi de 1838. Leur position est cependant clairement « scientiste » imprégnée du courant hygiéniste. Ils recherchent l'origine des troubles mentaux pour en prévenir l'apparition. Ils seront les initiateurs de consultations dans des services dits « libres ou ouverts ». Une double rupture s'initie avec le monde aliéniste : l'idée de prophylaxie et la notion d'ouverture sur la société non aliénée. « Les vrais pères de la psychiatrie de secteur sont des gens qui ont été formés dans la lutte contre les fléaux sociaux. Ce sont des animateurs de la lutte antituberculeuse que vient l'idée de service gratuit à donner à la population, la démultiplication des postes de contact… »

En conclusion de l'approche historique de la PI

La naissance du concept de soin institutionnel

Cette approche nous permet de percevoir l'évolution du concept de soin en psychiatrie. En effet, initialement, la prescription était sociale ou émanait des médecins somaticiens de l'Hôtel Dieu pour justifier de l'enfermement à l'Hôpital Général, comme exclusion du soin.

PINEL et PUSSIN ont élaboré l'idée que l'isolement était un traitement et ont fait coïncider l'intérêt social et celui de « l'enfermé ». La notion d'institution thérapeutique est née de cette coïncidence puis elle s'est enrichie de l'idée selon laquelle la relation des aliénés avec leurs gardiens qui deviendront leurs soignants, mais aussi avec les autres patients, pouvait avoir un impact bénéfique sur leurs troubles. Le traitement moral est né de cette association de murs organisés selon le concept asilaire et des interrelations possibles qu'il s'agit de contrôler pour en faire un usage thérapeutique. De cette maîtrise naît le soin selon le principe analogique d'ordonnancement architectural des murs et du psychisme ; l'action sur l'extérieur – les conditions de vie – a un impact sur l'intériorité psychique. Il nous semble que cet élément préfigure la construction psycho dynamique du soin.

Du sujet de soin au futur citoyen

Progressivement, alors que PINEL prônait un système relationnel hiérarchique, dans lequel le soignant décide, le patient est considéré comme un sujet grâce à sa capacité « restante » à établir des relations avec autrui. La découverte de l'iatrogénie de l'institution « fermée » avec une « mauvaise ambiance » modifie l'idée que l'isolement est thérapeutique.

Le paradigme change : dorénavant la liberté de mouvement du patient puis la reconnaissance de sa responsabilité, le placent au centre de son traitement, il est capable de consentement et d'influer sur l'organisation de l'institution ce qui en éviterait le poids des effets iatrogènes. Dès lors le soin s'intéresse à l'enjeu des interactions au sein de l'institution et de leur rôle dans le processus pathogène, au-delà de la relation duelle. Ce lien établit par SIMON préfigure nos préoccupations actuelles sur la citoyenneté comme principe de participation du sujet à l'organisation de la Société dans laquelle il vit.

L'asile – l'établissement, les murs - n'est plus « la Thérapeutique[168] », c'est la relation – c'est-à-dire – l'institution qui est thérapeutique.

---

[168] GARRE J.-B. Architecture, Espaces et Psychiatrie. Introduction au XXI ème journée de Psychiatrie de Fontevraud, mai 2006.

La naissance de la psychiatrie sociale et communautaire dans le giron de la médecine sociale et hygiéniste

Dès lors que l'isolement non seulement ne soigne plus, mais peut aggraver les troubles, le soin peut être envisagé hors les murs des asiles. En effet, la pensée soignante s'ouvre et découvre que les patients peuvent retourner vivre chez eux moyennant des soins ambulatoires découvrant ainsi le concept de post-cure tandis que parallèlement l'idée de prévention des troubles naît du concept de prophylaxie et de souffrance psychique. Le patient est perçu ayant une vie avant et après l'asile. Le soin est envisagé comme devant éviter l'enfermement donc favoriser le consentement. Le soin se dispense dans la cité.

La psychiatrie institutionnelle est donc à l'origine de la psychiatrie sociale et communautaire. La première représente les prémisses de la Santé Publique en Santé Mentale née donc avec TOULOUSE, destinée à prévenir les troubles mentaux en prenant en charge la souffrance psychique ;

La seconde représente Le principe de soins psychiatriques dispensés dans la Cité « en prenant soin » des liens sociaux du patient du fait qu'ils sont reconnus, ces liens comme essentiels à la santé psychique du patient et à son rétablissement. Ils sont considérés comme un besoin – et non plus comme la cause des troubles selon ESQUIROL - au moment où les conséquences de la désafférentation affective sont mises en évidence par SPITZ, décrivant l'hospitalisme dont nous reparlerons. De l'idée que les relations avec les soignants et les autres patients soignent, émerge l'idée selon laquelle : pour que ces relations soient thérapeutiques elles doivent s'inscrire plus largement dans le tissu social. En d'autres termes, le soin n'a de sens qu'en lien avec la Société. Il ne serait plus du soin dès lors qu'il en est EXCLU.

En remarque nous pouvons noter que le procès d'intention adressé aux familles dites responsables des troubles de leur membre et qui est encore en 2009 source de souffrance pour ces familles, comme nous le verrons plus loin, ne date pas de la psychanalyse.

La Psychothérapie Institutionnelle telle que nous allons l'aborder maintenant se base sur ces éléments en approfondissant la théorisation de cette pratique grâce à la synthèse d'influences variées, européennes, politiques, philosophiques, psychanalytiques comme nous l'avions énoncé en introduction.

III. Les débuts de la psychothérapie institutionnelle en France

Partie 1. Réflexions conceptuelles[169] : Sous le signe de la résistance et de la survie.

A. L'expérience de Saint Alban, hôpital psychiatrique de Lozère[170].

1. L'Humanisme et l'engagement de P. BALVET

a) La famine et le discours de Montpellier

Le discours

BALVET interviendra en 1942[171], faisant une déclaration au congrès des psychiatres français à Montpellier : Il y dénonce[172] la « grande misère de l'assistance psychiatrique » en France : « certains d'entre nous n'arrivent plus à soutenir une lecture savante quand ils passent chaque matin à travers nos garderies, parmi une population résignée pour laquelle aucun effort n'est fait. » « L'établissement que nous voulons n'est pas seulement un hôpital pour maladies du cerveau ou pour troubles nerveux d'origine biliaire. Si l'hôpital général pour maladies aiguës peut être, à la rigueur, considéré comme un atelier de réparations, ici c'est de « personnes » au contraire qu'il s'agit. » dit Pierre BALVET[173]

Lutte contre la faim

Il prônera la lutte contre la faim, il sera relayé dans sa tâche par Lucien BONNAFE[174] qui deviendra directeur en 1942. L'organisation de l'institution s'est mise au service de la résistance contre la famine, conséquence de la guerre mais aussi résistance contre l'abandon,

---

[169] COUPECHOUX F. Un monde de fous, Comment notre société maltraite ses malades mentaux. Seuil : 2006, p361.

[170] Saint Alban est le vieil hôpital de la Lozère créé en 1821 par Tissot, qui deviendra « le creuset de la nouvelle psychiatrie française » selon Jean Oury.

[171] BALVET dira s'être senti Pétainiste au début de la guerre jusqu'à ce qu'il entende parler les juifs et réalise que le discours pétainiste était antisémitisme, il se traitera lui-même de « con » et finira la guerre dans la résistance en passant la main à Saint Alban à Lucien BONNAFE en 1943.

[172] Texte intégral dans *L'extermination douce* de Max LAFONT. Le bord de l'eau, 1987. HORASSIUS-JARRIE Nicole. Entretien avec Isabelle Von BUELTZINGSLOEWEN, historienne à l'Université Lumière de Lyon 2. « La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'occupation ». L'Information Psychiatrique. Vol 83. N°8. Octobre 2007. 721-5. Stigma 1.

[174] Lucien BONNAFE (1912-2003) est un psychiatre dit « désaliéniste » qui contribua fortement à la mise en place de la politique de Secteur en 1960. Il évoquera avoir reçu la passion de la psychiatrie de son grand-père aliéniste, Maxime Dubuisson, directeur de Saint Alban, trouvant les fous « bien plus intéressant que ceux qui les enfermaient » ; touché par les jouets fabriqués par les fous qui ont accompagnés son enfance.

l'indifférence des pouvoirs publics. F. TOSQUELLES[175] raconte comment à Saint Alban, les patients sont sortis de l'hôpital pour aller travailler chez les paysans en échange de nourriture, notamment et comment il trichait sur les diagnostics de tuberculose, maladie de la précarité socialement reconnue et donnant droit à une carte d'alimentation.

b) Ouverture des portes : Saint Alban, un asile hospitalier

Les réformes à Saint Alban, faire disparaitre l'asile

En 1936, le Dr BALVET est nommé médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique qui est sensé ne plus être un asile[176] à Saint Alban. Dans une volonté d'humanisme, il commence rapidement les réformes et petit à petit, les grilles vont disparaître et les portes s'ouvrirent vers l'extérieur.[177] Saint-Alban depuis sa fondation par TISSOT en 1821 connu très tôt une évolution peu conformiste. Il ouvre ses portes aux réfugiés de l'Exode, des malades, des médecins, des soignants, des paysans, des surréalistes, des poètes, philosophes, résistants, communistes, chrétiens. Le hasard veut que se noue là un réseau fraternel et solidaire, « C'est l'accueil des réfugiés dans l'hôpital, explique F. TOSQUELLES, qui apportait cette vie du dehors, une vie grouillante, une atmosphère de catastrophe et d'universalisation de la souffrance, qui rendait la folie la plus authentique presque dérisoire devant l'affolement général ».

Les résistants

L'hôpital reprenait une valeur hospitalière et renouait avec la tradition de PINEL qui aurait caché parmi « les fous » les résistants au régime de la Terreur, là où l'on ne viendrait pas les chercher, car là où la société ne voulait pas entrer. Il devenait un lieu de résistance, un îlot au milieu d'une société en déroute. Lucien BONNAFE deviendra médecin chef de Saint Alban en 1943, fera partie de la résistance et il assurera la liaison nationale de la Résistance Nationale. Sont accueillis des résistants, agents de liaison connus comme Georges SADOUL et Gaston BAISSETTE ainsi que des intellectuels comme Paul ELUARD (1895-1952), poète, qui organisera la plate forme d'édition clandestine par le Club des malades, grâce auquel sera notamment édité la Thèse de Jacques LACAN ; comme Tristan TZARA ; comme Georges

---

[175] TOSQUELLES François. *Histoire critique du mouvement de psychothérapie institutionnelle dans les hôpitaux psychiatriques français*. Revue de psychothérapie institutionnelle, N°2-3, 1966.

[176] Débaptisé en 1938d'asile à hôpital psychiatrique au moment du Front Populaire.

[177] TOSQUELLES François. *Histoire critique du mouvement de psychothérapie institutionnelle dans les hôpitaux psychiatriques français*. Revue de psychothérapie institutionnelle, N°2-3, 1966.

CANGUILHEM (1904-1995), philosophe. De futurs grands noms de la psychiatrie y seront accueillis en tant qu'internes comme DAUMEZON[178]et TORRUBIA.

Saint Alban devient un point de rencontre dans l'obscurantisme asilaire où a lieu une véritable révolution des idées cliniques psychanalytiques et psychiatriques. A lieu une révision intense des concepts de base toujours en lien avec le type d'action possible, grâce aux réunions de « la société du Gévaudan », des idées politiques marxistes (BONNAFE et ELUARD étaient membres du PCF et TOSQUELLES était membre du parti ouvrier d'unification marxiste pendant la guerre d'Espagne) et des idées du surréalisme (Sartre).

2. La matrice Saint albanaise, « creuset de la psychothérapie institutionnelle »[179]

a) L'arrivée de TOSQUELLES

TOSQUELLES (1912-1995), décrit comme fondateur de la psychothérapie institutionnelle, auteur de l'aphorisme la définissant : les deux jambes sur lesquelles repose la Psychothérapie Institutionnelle : le Marxisme et la Psychanalyse.

Arrivée en France

En 1941, P. BALVET recrute un psychiatre psychanalyste catalan qui sort du camp de concentration français de Sept-Fonds, réservé à l'accueil des républicains espagnols condamnés à mort, réfugiés, après la victoire de FRANCO. Dans ce camp, il a créé un service de psychiatrie. Il s'agit de François TOSQUELLES. Il sera payé par le Mexique, seul pays a dénoncé la position de Franco au pouvoir et à ne pas reconnaître son régime. F. TOSQUELLES devra, en France reprendre tout son cursus d'études médicales en faisant fonction d'infirmier puis d'interne et enfin, médecin, il devint à son tour, après Lucien BONNAFE, directeur de Saint Alban en 1952.

---

[178] DAUMEZON Georges (1912-1979) : originaire de Narbonne, il fait des études de droit dont il est licencié en 1932 et des études de médecine dont il obtient le doctorat en 1935. Il devient directeur des hôpitaux de Sarreguemines puis de Fleury-les-Aubrais, l'un des lieux ayant marqué le début de la psychothérapie institutionnelle. Il devient ensuite médecin-chef de l'hôpital Sainte Anne et Henri-Rousselle, il y fera évoluer le système d'admission en créant le Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil ou CPOA qui porte aujourd'hui son nom. Il sera également médecin psychiatre des hôpitaux de la Seine en 1951, il dirige un service à Maison Blanche avec P. KOECHLIN pendant un an et demi.

[179] Expression du Jean OURY

La psychanalyse et la psychologie de la Forme

Il était psychiatre dans un institut catalan de grande renommée appelé Pere Mata, à Reus, près de Tarragone, dirigé par Mira I LOPEZ, un homme décrit comme épris de psychanalyse et qui accueillera un certain nombre de juifs allemands et autrichiens réfugiés en Espagne. L'un d'eux Szandor REMINGER sera l'analyste de TOSQUELLES et l'ouvrira à tous les concepts psychiatriques allemands qu'il réhabilitera ensuite en France dans un contexte où même le terme de « schizophrénie » est refusé car inventé par un allemand.[180] L'autre réfugié est Warner WOLF instruit aux théories de la psychologie de la forme. A la suite d'un questionnement de TOSQUELLES en contrôle qui ne comprenait pas pourquoi une de ces patients ne parlait plus en consultation, WOLF aurait dit « es ist eine gestalt », l'ensemble des éléments, d'espaces articulés dont on ne peut isoler sans leurres les parties, voire les individus en co action dans ces espaces » ; en effet, tous les infirmiers en situation de « convivance » (DAUMEZON) avec la patiente savaient qu'elle parlait à un patient sourd et aveugle du service. Pour TOSQUELLES il semble que cet épisode marque le début de la PI. Il fut également un lecteur assidu et passionné de Marx.

Almodovar Del Campo et Sept-Fonds

En 1936, quand la guerre éclate, il est nommé médecin-chef des services de l'armée républicaine, il crée la communauté thérapeutique d'Almodovar Del Campo où se trouve l'hôpital psychiatrique dont il est le directeur. Il fait partie de l'état major comme médecin militaire et s'occupe également des questions d'hygiène mentale traitant notamment des névroses de guerre. Pour recruter son personnel, il évite les psychiatres qui pour lui ont « une véritable phobie de la folie », il recrute notamment des « putains »[181]. En septembre 1939, il se trouve au camp de concentration de Sept Fonds puis en 1940 est accueilli à Saint Alban, il en devient directeur en 1953, il expérimentera plusieurs autres établissements, à Marseille, dans l'Oise à Agen, il prendra sa retraite en 1979 et décèdera en 1994.

---

[180] OURY Jean. L'histoire de la Psychothérapie Institutionnelle. Recherches 1975, N°17. In AYME Jean. La Psychothérapie Institutionnelle : Origine, Histoire, Tendances, 1995, pp 25-53. In : Pratiques Institutionnelles et Théorie des Psychoses, Actualité de la Psychothérapie Institutionnelle. Sous la direction de Patrick MARTIN, psychologue, psychanalyste, maître de conférence à l'IPSA, Angers. L'Harmattan, Logiques Sociales, 1995, p 556.

Recherches a été créée en 1965

[181] La revue COUPECHOUX F. Un monde de fous, Comment notre société maltraite ses malades mentaux. Seuil : 2006, p361

b) TOSQUELLES et la théorisation[182]

E. TOSQUELLES amène donc en France trois éléments fondamentaux qui prendront toute leur ampleur dans la théorisation des praxis de la psychothérapie institutionnelle :

Une tradition psychiatrique espagnole ancienne très ancrée culturellement, inspirée et créative notamment dans l'effervescence d'une mouvance démocratique en marche et reliée à un héritage arabe riche comme nous l'avons vu dans l'historique.

Les principes de BARTZ et Hermann SIMON, issus de la psychiatrie allemande et inconnus en France ; BARTZ avait notamment: « proposé et fait un enchaînement de services qui n'était pas centré sur l'hôpital, c'est-à-dire qui, derrière une apparence hospitalière, permettait des différences, éparpillées dans la cité, selon un système échelonné de structures de soins différenciés » (d'où l'idée que défendra F. TOSQUELLES des comarques[183]qui préfigurera le Secteur en France). H. SIMON soutenait l'idée suivante de la possibilité d'une psychothérapie collective et de la nécessité de soigner l'institution, comme nous l'avons évoqué en première partie.

La thèse de J. LACAN, *De la psychose paranoïaque et ses rapports à la personnalité*, lui apportera des éléments fondamentaux psychanalytiques, soutenant que le discours psychotique jusqu'alors « hermétique » peut être écouté en « se dotant de moyens de lecture et de lieux de dire » comme le dit Jean AYME[184]. La psychose s'avèrera dès lors inséparable de la théorisation de la psychothérapie institutionnelle.

---

[182] AYME Jean. La Psychothérapie Institutionnelle : Origine, Histoire, Tendances, 1995, pp 25-53. In : Pratiques Institutionnelles et Théorie des Psychoses, Actualité de la Psychothérapie Institutionnelle. Sous la direction de Patrick MARTIN, psychologue, psychanalyste, maître de conférence à l'IPSA, Angers. L'Harmattan, Logiques Sociales, 1995, p 556.

[183] « La Généralité de Catalogne avait créé un « Conseil Psychiatrique » pour étudier les problèmes d'organisation de la psychiatrie, F. TOSQUELLES était rapporteur à ce conseil, chargé d'une structure originale, le COMARQUE, entité sociologique et géographique ; mode de structuration originale inspirée du psychiatre allemand BARTZ. Le Comarque entretient des relations suivies avec l'ensemble des instances sociales, culturelles et économiques de la région : la psychiatrie comme l'ensemble des structures sociales est ouvertes sur la vie réelle.

[184] AYME Jean. Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle. Actualités de la Psychothérapie Institutionnelle, Vigneux, Matrices, 1985.

c) TOSQUELLES et la pratique

Création d'une psychiatrie communautaire

Il s'agit donc de créer une psychiatrie communautaire dans laquelle le soin s'entend comme la création de relations nouvelles : F. TOSQUELLES reprend l'idée d'HERMANN SIMON selon laquelle il faut considérer la collectivité comme malade et déterminer par quel processus les établissements psychiatriques aggravent l'état des malades mentaux en les privant d'initiative et de responsabilité. Il s'agit là d'une prise de conscience soutenue par la force de l'expérience que la sémiologie psychiatrique dépend de son observateur et de l'environnement culturel. Cette sémiologie est en effet adressée, elle prend place de communication et implique de la part du médecin de se dégager d'une place d'entomologiste en plaçant le patient dans une trajectoire psychodynamique. Cette thématique sera reprise par OURY et débouchera sur le concept de Pathoplastie dont nous reparlerons.

Infirmiers, collaborateurs à part entière

Démocratisation du savoir, libération de la parole

L'équipe infirmière cesse d'être « des gardiens » pour devenirs des collaborateurs à part entière avec le médecin, participant à une observation et une pensée cliniques reconnues, interrogées, demandées par le médecin comme pierre angulaire du soin. Il s'agira alors de considérer cette équipe soignante comme « une cheville ouvrière de la thérapie » ayant le devoir éthique de s'interroger en permanence sur sa pratique, ses résistances et sa clinique.

La démocratisation de l'expression de la pensée est ainsi une désaliénisation des infirmiers autorisés à créer. Les médecins acceptent de partager leur savoir et de reconnaître celui des autres. « (…) l'érection de l'hôpital en appareil de soins rend nécessaire la neutralisation des effets pathogènes de la hiérarchie et de la division des castes. Il convient de substituer au système pyramidal dans lequel le malade se trouve tout en bas, un dispositif horizontal où les multiples réunions permettent à la parole de passer sans « suivre une voie hiérarchique », où la parole libre permet l'émergence de la parole vraie[185], où la dimension humoristique soit considérée comme un élément fondamental de la thérapie[186]. »

---

[185] GUATTARI Félix développera le concept de « transversalité » correspondant à cet avènement relationnel où « l'assujetti devient sujet » dans son ouvrage *Psychanalyse et Transversalité*, Maspero, 1972.

[186] AYME Jean. La Psychothérapie Institutionnelle : Origine, Histoire, Tendances, 1995, pp 25-53. In : Pratiques Institutionnelles et Théorie des Psychoses, Actualité de la Psychothérapie Institutionnelle. Sous la direction de Patrick MARTIN, psychologue, psychanalyste, maître de conférence à l'IPSA, Angers. L'Harmattan, Logiques Sociales, 1995, p 556.

Changer les représentations sociales de la maladie en allant à la rencontre de la Société

Concept de Géopsychiatrie

Au niveau des aliénés vis-à-vis de leur relation avec la société, émerge la volonté de changer les représentations sociales de la maladie mentale. Il y eut tout un travail de contact des patients dans leur milieu, les soignants sortant de l'hôpital pour visiter les malades chez eux, aller discuter avec la famille. « (…) à Saint Alban, situé dans un département de 60 000 habitants, dont TOSQUELLES disait qu'il était « le jardin de l'hôpital », les interventions au domicile des malades à la demande de la famille ou du médecin-traitant était très fréquentes, en même temps que se créaient les premiers dispensaires d'hygiène mentale.[187] » TOSQUELLES évoquera également le travail avec les paysans, les patients travaillant, la famine n'aurait jamais eu lieu à Saint-Alban ; mais aussi avec les instituteurs, les gendarmes, les curés et les médecins traitants, ainsi se développait, s'expérimentait le réseau pendant que la « Société du Gévaudan » parlait et théorisait la psychiatrie. Ainsi, prenait forme cette « géopsychiatrie[188] » dont parlait BONNAFE « c'est-à-dire une psychiatrie qui n'existe qu'en fonction de son insertion dans la géographie humaine, dans le cru ».

La reconnaissance des capacités soignantes du milieu ordinaire

Au niveau des soignants vis-à-vis de la société, Il s'agissait pour eux de s'appuyer sur les capacités soignantes du milieu de vie ordinaire, reprendre confiance en l'aptitude des gens qui font la société, de changer leur regard sur la maladie mentale et être en capacité de l'accueillir. L'esprit de secteur est en marche, il s'agissait de ne pas opposer l'intra et l'extra.

[187] AYME Jean. La Psychothérapie Institutionnelle : Origine, Histoire, Tendances, 1995, pp 25-53. In : Pratiques Institutionnelles et Théorie des Psychoses, Actualité de la Psychothérapie Institutionnelle. Sous la direction de Patrick MARTIN, psychologue, psychanalyste, maître de conférences à l'IPSA, Angers. L'Harmattan, Logiques Sociales, 1995, p 556.

[188] Psychothérapie Institutionnelle. Aspect de la vie quotidienne à l'hôpital psychiatrique. Recherches, N°10, mai 1970.

3. L'activité psychiatrique de publication

a) L'expérientielle s'articule à la théorie : La théorie doit être au service de la praxis.

La position médicale prépondérante, thématique de « la mise en forme » :

BALVET, CHAURAND et TOSQUELLES participèrent à Saint Alban, aux premières effervescences qui allumèrent le mouvement en lançant un appel à leurs confrères lors du Congrès des médecins aliénistes de langue française » à Montpellier en 1942 dans un article nommé « Asile et Hôpital psychiatrique, expérience d'un établissement rural ».

Ils y déclaraient que « l'asile est une matière à quoi donne forme le médecin et qui ne prend signification que par lui… ». Ils y exposaient d'autre part l'exigence de l'unité de l'hôpital psychiatrique réalisable dans ce qu'ils appelaient « l'asile village ».

b) L'organisation du soin est le soin

En 1944 dans les Annales Médico Psychologiques[189], BONNAFE L. et FOUQUET P. publient une note intitulée « Note au sujet de la solidarité des problèmes doctrinaux et des problèmes d'assistance en psychiatrie ». Le problème de l'institution, celui de la fonction concrète du psychiatre dans cette institution, celui de l'organisation thérapeutique des groupes sont dès lors formulés et constituent un triptyque théorique fondamental. « La reconnaissance de cette primauté de l'équipement et de l'organisation constituera la plate forme théorique, la doctrine minimale, sur quoi se fondera la véritable unité de l'assistance psychiatrique ».

En d'autre terme comment l'organisation prend une importance colossale dans l'efficacité thérapeutique. Dans ce travail de BONNAFE, on peut voir, comme préfigurés, les premiers éléments de la politique de secteur.

c) La clinique « d'activités » ou une clinique dynamique

DAUMEZON fait progressivement apparaître dès lors un clivage entre une attitude médicale d'orientation éducative, éthique voire culturaliste, et d'autre part une attitude médicale orientée par des notions analytiques et socio dynamiques, mettant au profit la spontanéité et la créativité des groupes. Il dira plus tard en s'adressant aux psychiatres :

« Quand à la part la plus spécialement psychothérapeutique ou simplement psychologique de notre métier, il convient d'annexer à la vieille clinique – et si j'étais parfaitement sincère, je

[189] Annales Médico Psyhcologiques 1944. N°5.

dirais de substituer à elle, - « une clinique d'activités ». Il ne s'agit plus de rechercher des signes d'aliénation, il s'agit essentiellement d'étudier de façon dynamique, au cours de conduites ayant elles-mêmes un dynamisme curateur, le comportement des sujets confiés à nos soins. »

B. Fleury les Aubrais puis Maison Blanche

1. Activités distractives

L'hôpital de Fleury les Aubrais près d'Orléans sera un des fiefs de Georges DAUMEZON qui y créera dès 1936, une prise en charge des patients s'inspirant des principes de la psychothérapie institutionnelle.

- ~ Il y introduit les activités distractives culturelles et sportives, inspirées du scoutisme, auxquelles participait tout le personnel de l'hôpital y compris technique et administratif ;
- ~ Il mit en place les réunions de pavillons au cours desquelles étaient abordés les conflits, les problèmes rencontrés dans la vie quotidienne du pavillon ;
- ~ Il implique clairement les infirmiers dans les prises en charge des patients, élaborant ainsi une nouvelle stratégie thérapeutique où la formation des personnels soignants apparaît d'une grande importance; il ouvre en 1949 les CEMEA, les Centres d'Entraînement aux méthodes d'Education Active. Les médecins encadrant ces stages sont formés aux techniques thérapeutiques de groupe – la dynamique de groupe – et le psychodrame.

2. Formation du personnel

La situation particulière du personnel infirmier et sa position stratégique dans le soin aux malades mentaux sont reconnues dès 1937 par DAUMEZON. Il révèle alors le rôle majeur tenu par l'équipe infirmière, dont il valorise la "convivance avec les malades". En 1957, Il crée avec Germaine Le GUILLANT, permanente aux CEMEA, des stages de formation spécifiquement destinés aux infirmiers en psychiatrie. Ces stages seront l'occasion de rencontres très enrichissantes entre infirmiers et médecins. C'est ce personnel nombreux et de mieux en mieux formé qui permettra l'organisation des réunions de personnel, autorisera l'envoi régulier de stagiaires en formation, assurera la création et le fonctionnement des clubs, groupes et ateliers. La création de la revue Vie Sociale et Traitement ou VST, qui existe encore actuellement, sera issue de ce mouvement des CEMEA et des groupes de réflexion sur la question de la formation notamment des soignants. .

3. Le groupe de Sèvres et les héritiers

a) La naissance du terme Psychothérapie Institutionnelle

DAUMEZON sera ensuite nommé à Maison Blanche où il y exercera la même influence et sera accompagné de deux internes Philippe PAUMELLE et Philippe KOECHLIN[190] ; c'est avec ce dernier qu'il écrira en 1951 un article dans les Annales Portugaises de Psychiatrie, intitulé *La Psychothérapie Institutionnelle* ainsi naît officiellement le syntagme de « Psychothérapie Institutionnelle ». Dans le même esprit que la société du Gévaudan et que Bastia, DAUMEZON crée le groupe de Sèvres en 1957, qui évoluera pendant 2 ans puis disparaîtra sous l'influence de conflits concernant la théorisation de la sectorisation psychiatrique et la place des infirmiers dans le processus psychothérapeutique. Le groupe cessera en avril 1959, selon Jean AYME, « sa disparition marque un tournant [191]».

b) Le Groupe de Travail sur la Psychothérapie et la sociothérapie Institutionnelle

On entre dans une période de dispersion riche de réalisations mais également de divergences portant sur la primauté du politique et du psychanalytique et leur possible articulation. A la suite sera créé le Groupe de Travail sur la Psychothérapie et la sociothérapie Institutionnelle ou GTPSI, en mai 1960 à Saint-Alban avec Roger GENTIS, Yves RACINE, Claude PONCIN, François TOSQUELLES, Jean OURY, Horace TORRUBIA, Jean COLMIN et Maurice PAILLOT. Le souhait de ce groupe est de renouer avec la révolution psychiatrique, conduisant à un recrutement sur des critères rigoureux d'engagement à la cause selon une idéologie quasi « bolchevique » comme le souligne Jean AYME Il sera dissout en 1965.

c) La Fédération des groupes d'Etude et de Recherche Institutionnelle

Il sera remplacé par la Société de Psychothérapie Institutionnelle ou SPI dont émanera sur l'impulsion de Félix GUATTARI, la Fédération des groupes d'Etude et de Recherche Institutionnelle ou FGERI, regroupant des étudiants, des architectes, des enseignants et divers responsables d'institution, la revue *Recherches* sera créée. La SPI cessera de fonctionner en 1968, à une période où J. AYME qui en était le secrétaire général dira sa fragilité

---

[190] KOECHLIN P. Il écrira sa thèse sur *Etude de la place du travail dans la pratique psychiatrique actuelle*, en 1951, en 1960, il sera directeur de l'hôpital psychiatrique Charcot en Seine et Oise, où il développe la PI telle que DAUMEZON.

[191] AYME Jean. La Psychothérapie Institutionnelle : Origine, Histoire, Tendances, 1995, pp 25-53. In : Pratiques Institutionnelles et Théorie des Psychoses, Actualité de la Psychothérapie Institutionnelle. Sous la direction

organisationnelle, son refus de se positionner en société savante, le retrait affiché par TOSQUELLES considérant sa carrière publique comme terminée, et la sourde oreille faite à l'invitation de LACAN ayant fondé l'Ecole Freudienne, invitant les membres du SPI à instruire la dimension institutionnelle de la psychanalyse.

d) Le groupe de Brignac

Un groupe régional, le groupe de Brignac organisant quand à lui des colloques et des réunions sous la houlette de diverses associations culturelles a été créé par COLMIN et continue de fonctionner au rythme de quatre rencontres par an à La Borde. COLMIN fut un des psychiatres de l'hôpital psychiatrique de Sainte Gemmes Sur Loire près de Angers, dont il contribua à l'ouverture en appliquant les concepts de la PI.

C. La clinique de la Borde à Cour-Cheverny près de Blois[192], dans le Loir et Cher

1) OURY rencontre EY, LACAN, TOSQUELLES, BONNAFE

Il s'agit d'un des hauts lieux de la psychothérapie institutionnelle, créé en 1952 par Jean OURY ayant fait son internat de psychiatrie à Saint Alban et psychanalysé par Lacan. Il y sera rejoint par Félix GUATTARI. Une clinique privée, parmi les cent soixante qui existent en France, dont l'objectif affiché est la lutte contre l'exclusion, la ségrégation, la psychiatrie concentrationnaire, voulant abandonner la vision de l'hôpital unique au profit d'une pluralité d'institutions psychiatriques induisant une circulation par des échanges humains.

En 1947, en 4ème année de médecine, OURY assiste aux conférences hebdomadaires de la rue d'Ulm grâce à MILLON, où s'entretiennent EY, LACAN, TOSQUELLES, BONNAFE. TOSQUELLES proposant deux postes d'internes à Saint Alban, OURY et MILLON sont accueillis en 1947. OURY y reste deux ans puis part à Saumeray en 1949, il en sera médecin-directeur en 1953. OURY rencontrera LACAN et travaillera avec lui pendant près de vingt ans à l'Ecole Freudienne dans l'optique d'un retour à FREUD. Il reste un lecteur riche aux multiples références philosophiques, littéraires, psychanalytiques.

---

[192] MICHAUD Ginette et POLLACK J.-C, psychiatre et psychanalyste et directeur de publication de la revue de schizo-analyse Chimères. *La Borde…un pari nécessaire. De la notion d'institution à la psychothérapie institutionnelle*, Gauthiers-Villars. 1977.

2) La création de La Borde[193]

Alors qu'il dirigeait une autre clinique psychiatrique dans le département, Jean OURY raconte que l'administration de l'établissement, refusant d'effectuer des travaux nécessaires, il décide de partir avec 33 malades, les 7 restants ne pouvant pas marcher ; trouvant des refuges de fortune, OURY[194] et ses malades ont fait l'expérience de l'errance pendant deux semaines, jusqu'à ce qu'ils trouvent un abri dans le vieux château en ruine de La Borde. Travaillant dans des conditions de pénurie de biens matériels en tout genre, OURY et son équipe considérèrent cette période comme un moteur, comme une opportunité de refondation d'une organisation telle les principes de la Psychothérapie Institutionnelle. L'établissement sera, à la demande d'OURY rapidement agréé par la Sécurité Sociale et subventionné par d'autres organismes comme la SCNF, échappant ainsi au statut « d'établissement de luxe » pour patients fortunés. Un agrément de 29 lits lui est accordé. Dans l'année qui suivit, les personnels infirmiers sont renforcés par une équipe de cuisiniers, femmes de ménage, veilleuses de nuit, jardiniers, qui seront alors formés à la PI. Des commissions sont créées, dès sa fondation, elles y accueillent les patients et les soignants, « haut lieu » de soin où se prennent les décisions et où s'organisent la vie communautaire. Les enjeux thérapeutiques au niveau des commissions visent à promouvoir la réinsertion sociale du patient, l'apprentissage de la vie en commun, l'acceptation de l'autre, par des échanges structurants faisant sens dans la quotidienneté.

La Borde connut rapidement une renommée nationale et internationale, comme lieu prototypique de la PI. Ainsi, Félix GUATTARI arrivé jeune, y restera toute sa vie ; de cette clinique, Ferdinand DELIGNY ira dans les Cévennes, créer une structure pour enfants autistes. De La Borde également, Claude JEANGIRARD créera la clinique de la Chesnaie et plus tard René BIDAULT, celle de Freschines.

3) <u>La Borde Aujourd'hui</u>

La capacité d'accueil de La Borde est de 107 lits d'hospitalisation complète et 15 places en hôpital de jour ; elle est réputée comme lieu de culture, donnant notamment des représentations théâtrales dans le répertoire classique, tous les étés, avec patients et soignants. Nicolas Philibert en a fait un film appelé *La moindre de choses*.

---

[193] Histoire de La Borde. Recherches, N°21, mars-avril 1976.

[194] FAVEREAU Eric. Portrait de Jean OURY. Libération, juin 1988, N°27.

4) « La boîte à outils conceptuels » de OURY

Jean OURY dirige toujours la clinique depuis sa fondation, il est reconnu comme l'un des théoriciens de la Psychothérapie Institutionnelle à la suite de TOSQUELLES – donnant toujours des séminaires à Sainte Anne à Paris tous les troisièmes mercredi du mois -, notamment sur des concepts clés comme le Transfert, dont l'interprétation est pour lui, l'un des garants de la désaliénation et de la protection contre la réaliénation. Il revendique toujours une place du médecin comme gestionnaire ayant à sa charge la direction et l'organisation du Collectif. Ce concept constitue également une des dimensions fondamentales développées par OURY. « Le but de la PI est de créer un collectif orienté de telle façon que tout soit mis en œuvre (thérapeutiques biologiques, analytiques, déblaiement des systèmes aliénants socio-économiques, etc.) pour que le psychotique accède à un champ où il puisse se repérer, redélimiter son corps dans une dialectique entre partie et totalité, participer au « corps institutionnel » par une médiation « d'objets transitionnels », lesquels peuvent être l'artifice du Collectif sous le nom de « techniques de médiations » que nous pouvons appelés « objets institutionnels ». Ces « objets institutionnels » sont aussi bien des ateliers, des réunions, des lieux privilégiés, des fonctions, etc. que la participation à des systèmes concrets de gestion et d'organisation. La signification du terme « Psychothérapie Institutionnelle » se fonde sur l'utilisation, l'agencement de ces multiples institutions afin qu'il y ait ce qu'on pourrait nommer « effet psychothérapeutique ».

Partie 2 La Désaliénisation et la Libération « plus jamais ça ».

III. La construction de la psychiatrie communautaire

A. La naissance de la psychiatrie de secteur

1) A partir de 1945, deux courants vont se rencontrer :

Celui résultant de réflexions élaborées par les psychiatres français, ayant survécu avec leurs malades à la guerre et à l'abomination asilaire, cherchant à restructurer « le dedans »de l'hôpital psychiatrique, préfigurant donc la Psychothérapie Institutionnelle dont le terme ne sera rendu officiel qu'en 1952 par DAUMEZON et KOECHLIN, cherchant à se prémunir de la réapparition ou la perpétuation des structures asilaires.

Toutes ces réflexions sont communiquées lors des Journées Psychiatriques Nationales en mars 1945 et janvier 1947, dans le Rapport du Congrès de Psychiatrie et Neurologie de Langue Française sur les thérapies institutionnelles et publiées dans les documents de l'Information Psychiatrique de novembre et décembre 1946, concernant « *le malade mental dans la société* » et « *au-delà de l'asile d'aliénés et de l'hôpital psychiatrique* ».

2) Axes et principes retenus

a) **Deux axes émergent** donc et serviront de fil conducteur

La restructuration du « dedans » de l'hôpital psychiatrique, le soin se dirige vers l'institution selon les principes de la Psychothérapie Institutionnelle ;

L'annonce de la Sectorisation par ce mouvement visant à aller « Au-delà » de l'hôpital vers la société à laquelle est expressément demandée de ré accueillir en son sein ceux qu'elle avait exclus.

« Lucien BONNAFE dans *Essai sur la conception générale l'établissement psychiatrique de cure et de réadaptation* »[195], plaide pour la reconnaissance des statuts des personnes, dans une future loi remplaçant la loi de 1838, par laquelle le patient ne serait plus catégorisé selon son statut « interné » ou « service libre » mais plutôt en fonction de leur mode de sociabilité.

[195] Dans « *Au-delà de l'asile d'aliénés et de l'hôpital psychiatrique* ». L'Information Psychiatrique, N°2, décembre 1946.

b) Les principes retenus

« L'unité postule la continuité des soins donc la nécessité de ne pas considérer le temps hospitalier complètement séparé des autres temps ; c'est la même équipe qui doit prendre en charge les gens d'un endroit à l'autre[196] ».

- ~ L'hôpital psychiatrique est un instrument de soin, il n'est plus le lieu où l'on est soigné ou enfermé mais par lequel on soigne ou on est soigné ;
- ~ Cet instrument s'organise, prend son sens dans le soin grâce à un projet thérapeutique dont l'élan fondateur est « La transformation de la relation », le travail sur et par la relation ;
- ~ Plus qu'un instrument cet hôpital est un organisme vivant au sein d'un environnement avec lequel il interagit ;
- ~ Y sont déployés différents types de relations sur lesquelles il va s'agir de travailler : celles des médecins et de soignants, celles des soignants et des malades, celles de l'hôpital (ses soignant et ses malades et de la société c'est-à-dire les autres institutions) ;
- ~ L'importance de certaines conditions matérielles en particulier la taille globale de l'hôpital et ses différentes unités de soin sont considérées avec attention ;
- ~ Le problème de la répartition des malades en fonction de leur sociabilité et non de leur statut légal est prôné;
- ~ L'aménagement de la vie sociale par « Open Door », l'organisation des Admissions et des activités de travail thérapeutique également ;
- ~ La participation des malades à leur vie grâce à un système démocratique socialisant appelé : Le Cercle.

BONNAFE L. Recherches, n°17 1975. In AYME Jean. La Psychothérapie Institutionnelle : Origine, Histoire, Tendances, 1995, pp 25-53. In : Pratiques Institutionnelles et Théorie des Psychoses, Actualité de la Psychothérapie Institutionnelle. Sous la direction de Patrick MARTIN, psychologue, psychanalyste, maître de conférence à l'IPSA, Angers. L'Harmattan, Logiques Sociales, 1995, p 556.

B. L'âge d'or de 1950 à 1970

1) La législation concernant la sectorisation

Les gouvernements qui vont se succéder, vont reprendre à leur compte la politique du Front Populaire, celle d'une médecine sociale. Lucien BONNAFE qui sera nommé au cabinet du ministère communiste de la santé évoquera le souci constant de créer un service de santé planifié à la disposition de la population. Eugène AUJALEU, Directeur Général de la Santé, avec ses collaborateurs Pierre JEAN et Marie-Rose MAMELET, va faire paraître arrêtés et circulaires, à l'écoute de la nécessité d'améliorer la vie quotidienne des malades en psychiatrie.

a) Identité et dignité

La circulaire du 21 Août 1952 est considéré par DAUMEZON comme un texte fondateur du renouveau qui s'opère dans la psychiatrie hospitalière, visant à faire disparaitre tout ce qui aurait trait à l'univers carcéral, en réintégrant notamment la notion d'identité et de dignité, les malades obtiennent le droit de se vêtir avec leur propres vêtements et de conserver leur alliance et objets personnels ; les locaux devront être aménagés de manière saillante. Des équipements et du personnel supplémentaire furent alloués. Les permissions, les sorties, les séjours thérapeutiques témoignent d'une ouverture progressive de l'hôpital. Les nouveaux hôpitaux sont conçus comme des hôpitaux-villages, petites dimensions, unités de soins autour de lieux d'échanges et de rencontres centraux et valorisés.

b) L'argent et le travail

La circulaire du 4 février 1958 règlemente les problèmes de l'argent et du travail. Le « produit du travail des malades » qui appartenait à l'établissement pour le dédommager du poids social occasionné par leur hospitalisation, appartient dorénavant au malade lui-même. C'est autour de cette question de l'argent que Jean AYME dira que « le maniement de l'argent est un puissant facteur de désaliénation, permettant de distinguer ce qu'on désigne alors par ergothérapie des banales techniques occupationnelles[197]. »

[197] AYME Jean. La Psychothérapie Institutionnelle : Origine, Histoire, Tendances, 1995, pp 25-53. In : Pratiques Institutionnelles et Théorie des Psychoses, Actualité de la Psychothérapie Institutionnelle. Sous la direction de Patrick MARTIN, psychologue, psychanalyste, maître de conférence à l'IPSA, Angers. L'Harmattan, Logiques Sociales, 1995, p 556.

En effet, comme le souligne D. DENIS[198], « elle autorise la création au sein de l'hôpital d'une association qui peut dès lors gérer indépendamment, tout en restant en articulation avec l'établissement, le travail des patients, selon différentes modalités possibles (travail en régie, travail à façon, les activités de loisirs, culturelles…) ».

BONNAFE est chargé de rédiger une note remise à la Commission des Maladies Mentales instituées en 1949 au sein du Conseil Permanent d'Hygiène Sociale, il y réclame la concrétisation officielle dans les textes de la notion de secteur. Il en rappelle les principes essentiels.

c) La Circulaire du 15 mars 1960

Circulaire relative à l'instauration de la politique de secteur est adoptée mais ne sera effective que dans les années 1970-1971. L'accueil des patients à l'hôpital qui n'est plus un asile, s'organise sur la base d'une offre de soin de trois lits pour mille habitants, norme fixée par l'OMS. Le secteur représente une zone géodémographique de 70 000 habitants dont le service de soins dispose de deux cents lits. L'accueil est mixte, comportant un service libre. L'instauration du secteur s'accompagne de la réduction du nombre de lits d'hospitalisation selon le principe de la désinstitutionalisation. Vingt cinq lits sont autorisés au maximum par pavillon. L'indication d'hospitalisation est sous tendue à la nécessité de permettre les liens entre le malade , sa famille et de son milieu social. Il s'agit de prévenir toute forme de ségrégation et d'exclusion sociale.

2) Les résistances opposées à l'instauration de la politique de secteur

L'analyse des mécanismes de résistance pouvant éclairer le décalage de dix ans entre la circulaire de 1960 et la mise en place effective dans les années 1970 retient que :

- Le nombre des psychiatres adhérants à la psychiatrie de secteur est minime. « En d'autres termes explique Georges DAUMEZON, (…) il est difficile de se transformer d'abbé mitré dans son monastère en moine mendiant sur les routes » ;
- Les préoccupations économiques des élus locaux pour lesquels l'hôpital psychiatrique est une source d'emplois, de subventions, de marchés divers importants.
- Les directions hospitalières qui ne veulent pas voir leur rôle amoindri.
- Donc la circulaire mettra une dizaine d'années avant d'être appliquée.

[198] D. DENIS, psychiatre des hôpitaux, chef de service du secteur 2 au CESAME à Sainte Gemmes sur Loire. Le secteur 2 fonctionne selon les principes de la PI.

Il semble que la politique de secteur implique une telle démocratisation des statuts et fonctions, que la société des années 1960 avant mai 68, reconnue pour avoir été rigide n'est pas prête à modifier la configuration des pouvoirs et des privilèges. Il s'agit d'hypothèses.

3) Le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux

En 1945, l'ancienne amicale des aliénistes se transforme en Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux dont Jean AYME sera le président, ce syndicat jouera un grand rôle dans la défense de la politique de secteur. Georges DAUMEZON en sera secrétaire. La revue, *L'information Psychiatrique* naîtra à cette occasion. L'un des membres imminents, le père de la psychiatrie française rendra la création de ce syndicat possible, il s'agit d'Henri EY. A l'origine de sa fondation comme le décrit COUPECHOUX[199] se trouve un groupe de réflexion appelé Batia qui signifie « ensemble » en basque rassemblant la « fine fleur » de la psychiatrie française comme donc Henri EY, Jacques LACAN, Lucien BONNAFE, François TOSQUELLES, Georges DAUMEZON, Julian de AJURRIAGUERRA, Pierre FOUQUET, Louis LE GUILLANT, Paul SIVADON. Ce groupe a notamment permis le travail sur l'analyse de la loi de 1838 et sur une réforme de cette loi ainsi que celle de l'organisation psychiatrique.

C. Trois illustrations d'orientations différentes de la PI : Des expériences de Réhabilitations

En 1952, Georges DAUMEZON, chef de Saint Anne essaiera de son côté d'ouvrir créant les bases de l'actuel service. Il a commencé en alliance avec Paul SIVADON à Ville-Evrard, avec Le GUILLANT à Villejuif, avec GUIGUEN à Vaucluse à fixer des aires de recrutement pour éviter le trop grand éloignement des malades de leur lieu de vie. Cependant, progressivement des médecins tels SIVADON et LE GUILLANT vont prendre des orientations correspondant davantage au courant de la Réhabilitation Psychosociale que de la Psychothérapie Institutionnelle.

Les équipes de médecine psychologique du travail se sont créées en même temps.

En 1947, DOUSSINET crée la première Société Régionale d'hygiène mentale à Clermont Ferrand, puis la Fédération Nationale des Croix-Marine.

---

[199] COUPECHOUX Patrick. Préface de Jean OURY. Un monde de fous. Comment notre société maltraite ses malades mentaux. Editions du Seuil, 2006, p 365.

1. « Les Social-thérapeutes[200] »

Le CTRS de Ville-Evrard, le centre de traitement et de réadaptation sociale, en particulier l'oeuvre de SIVADON[201], « la ferme de Neuilly sur Marne », ayant passé une convention avec la Sécurité Sociale[202] et la Préfecture, qui acceptent de prendre en charge les maladies psychiatriques, obtient des moyens et réorganise son service. Il crée notamment des centres de post cure, de centres de réadaptation professionnelle, d'hôpitaux de jour, en référence donc à une certaine conception du trouble mental. Il fut chargé d'organiser le dispositif psychiatrique de la Mutuelle Générale de l'Education Nationale La Verrière. Sans rejeter la psychanalyse, la vision thérapeutique de SIVADON est l'aménagement de l'appareil de soin, centré sur une position rééducative et réadaptative. Il centrera ses préoccupations théoriques sur l'ergothérapie, les techniques corporelles et l'architecture, auxquelles il attache des fonctions resocialisantes. Selon J. AYME, SIVADON écartera les concepts analytiques et sociologiques, les jugeant trop abstraits, lointains et duels, dans le domaine de la thérapeutique institutionnelle, il s'orientera davantage vers le courant systémique basé sur les théories de la communication et les travaux de l'Ecole de Palo Alto. SIVADON reste inscrit dans la culture d'une psychiatrie communautaire de secteur, tout en restant distant sur la place de la PI comme traitement de l'institution psychiatrique.

François REVERZY[203] crée l'ASEPSI ou Association pour l'Etude et la Promotion des Structures Intermédiaires et la revue *Transition*, tourné vers les modèles italien de BASAGLIA et américain de SZASZ, il préconise la désinstitutionalisation avec des secteurs sans lits d'hospitalisation, des lieux de vie le moins médicalisé possible et réhabilitent les colonies familiales telles celle de Ghel dont nous avons parlé dans l'historique. Ce mouvement, association et revue prendront fin en même temps que la mutation de leur initiateur. Selon D.DENIS, cette position de désinstitutionalisation de REVERZY s'écarte des

---

[200] AYME Jean. La Psychothérapie Institutionnelle : Origine, Histoire, Tendances, 1995, pp 25-53. In : Pratiques Institutionnelles et Théorie des Psychoses, Actualité de la Psychothérapie Institutionnelle. Sous la direction de Patrick MARTIN, psychologue, psychanalyste, maître de conférence à l'IPSA, Angers. L'Harmattan, Logiques Sociales, 1995, p 556.

[201] SIVADON Paul. Une réalisation d'assistance psychiatrique hospitalière, le CRTS de Ville-Evrard, AMP, tII, N°3, octobre 1952, p329-367.

[202] Créée en 1945 par le Général de Gaulles.

[203] REVERZY François présente à Deauville en 1978 au Congrès des Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux, un rapport sur *Les Structures Intermédiaires*.

principes prônés par la PI de telle sorte que l'on peut s'interroger : s'agit-il d'une orientation soutenant le mouvement de la psychiatrie vers la cité mais selon des principes qui se différencient de la PI car souhaitant en annuler la dimension « hospitalière » comme le prône le courant de RPS ?

L'Association Française des Foyers, Appartements et Logements Thérapeutiques et Associatifs ou AFFALTA, créée par Gilles VIDON dans les années 1980, le GERART et l'APPART sont des « techniciens de la réinsertion sociale». La démarche se veut pragmatique et adaptative, l'enjeu est la désinstitutionalisation. Ces nouvelles associations sont très proches de la Société Parisienne d'Aide à la Santé Mentale, gérant notamment une structure de reclassement professionnel, elle est dirigée par B. JOLIVET, également président de la Fédération des Sociétés Croix Marine.

2. « Les psychanalystes sans divan[204] »

L'expérience du XIII ème arrondissement de Paris.

Pour CHANOIT[205], il s'agit de la première véritable expérience réfléchie et organisée de la sectorisation « à la française ». Philippe PAUMELLE écrit une thèse en 1954 sur *Essai de traitement collectif du quartier des agités*. Il appartient à un groupe constitué notamment de DIAKTINE, LEBOVICI et RACAMIER, ce dernier est intéressé par le travail en institution et publiera en 1958 son premier ouvrage Un *psychanalyste sans divan*. Ils porteront une première expérience de secteur à Paris dans le XIII ème arrondissement et ils créeront une association loi 1901, l'Association de Santé Mentale du XIIIème arrondissement. Sont mis en place plusieurs structures pour adultes et pour enfants, services d'urgence, hospitalisation à domicile, atelier thérapeutique, atelier protégé, hospitalisation de jour, de nuit, clubs, foyers de post cures, le système apparaît d'une grande souplesse, cherchant toujours à faire un soin en « sur mesure ». Mais pour CHANOIT, l'essentiel de ce projet réside dans l'esprit même de ce travail illustré par ce propos : « C'est à la fois notre fréquentations des psychotiques et notre orientation analytique qui nous ont tous sensibilisés à l'objectif qui reste encore premier

[204] AYME Jean. La Psychothérapie Institutionnelle : Origine, Histoire, Tendances, 1995, pp 25-53. In : Pratiques Institutionnelles et Théorie des Psychoses, Actualité de la Psychothérapie Institutionnelle. Sous la direction de Patrick MARTIN, psychologue, psychanalyste, maître de conférence à l'IPSA, Angers. L'Harmattan, Logiques Sociales, 1995, p 556. A partir du titre d'un ouvrage collectif de RACAMIER.

[205] CHANOIT P.-F. La Psychothérapie Institutionnelle. PUF. Collection « Que sais- je ?». 1995.

pour nous : placer nos personnes et nos équipes de manière telle qu'une relation thérapeutique puisse s'établir et se maintenir aussi longtemps que nécessaire pour tous les malades d'une aire géographique urbaine de 175 000 habitants. » En fait, ils commencent par des consultations, puis des structures extrahospitalières pour finir par un hôpital.

Selon COUPECHOUX[206], PAUMELLE organisait le travail du médecin de telle façon que celui-ci ne soit jamais seul mais soit « toujours sous le regard de l'un de ces collègues » il explique lui-même cette position en disant « il y a un petit truc pervers auquel je tiens et qui demanderais un débat de fond : si on donne à un médecin tout seul son secteur, il y a danger d'en faire un petit potentat, le médecin chef de secteur devenant alors l'équivalent du médecin chef de l'asile »[207]C'est peut être ce petit truc pervers qui trop souvent par la suite figera les secteurs, conçus alors comme des entités administratives, une simple zone de recrutement de l'hôpital qui va emmener avec lui les murs invisibles de l'asile hors des murs de l'asile. »

L'expérience fut décrite comme ardue, se confrontant à la résistance de la population avoisinante et renforçant l'idée de l'impérative nécessité de travailler la cohérence de l'équipe soignante, de travailler la continuité des soins et déjà de collaborer avec les familles de patients et les institutions sociales. L'équipe de psychiatrie témoigne de l'expérimentation de la place de médiateur social assurant une compréhension de psycho dynamique à socio dynamique.

PAUMELLE va décrire parallèlement plusieurs mécanismes de dysfonctionnement institutionnel nécessitant des « réglages » constants grâce à une vigilance soutenue en équipe :

- La « discordance institutionnelle » : oppositions le plus souvent latentes s'établissant entre deux ou plusieurs éléments de l'institution, se traduisant par l'aggravation des symptômes du malade ;

---

[206] COUPECHOUX Patrick. Préface de Jean OURY. *Un monde de fous. Comment notre société maltraite ses malades mentaux.* Editions du Seuil, 2006, p 365.

[207] Lucien BONNAFE. Recherches, N°17, 1975. In : Pratiques Institutionnelles et Théorie des Psychoses, Actualité de la Psychothérapie Institutionnelle. Sous la direction de Patrick MARTIN, psychologue, psychanalyste, maître de conférences à l'IPSA, Angers. L'Harmattan, Logiques Sociales, 1995, p 556.

- ~ La « projection scissionnelle » : concept tiré de l'école kleinienne, au sujet du mécanisme primitif de scission retrouvé dans la psychose ;
- ~ La « double contrainte » ou « le double- bind » décrit par l'école américaine de BATESON et JACKSON, constituant notamment un des modèles de compréhension de la schizophrénie dans une approche systémique.

D. La Fédération des Croix Marines

Parallèlement au travail d'instauration du secteur de psychiatrie, la PI à cette période articule déjà sa position de psychiatrie publique et communautaire avec le système associatif représenté par les Croix-Marine.

La fédération de Croix Marine, créée en 1952, est un mouvement national d'associations et d'établissements, engagé dans des actions en faveur des personnes souffrant de troubles psychiques, et dont l'action s'appuie sur la mobilisation des ressources communautaires. Force de propositions favorisant les innovations en prévention, soin, réadaptation et réhabilitation, elle est composée de 278 associations et 132 établissements de psychiatrie. Elle édite une revue « Pratiques en Santé mentale ».

« La fédération Nationale des Associations Croix Marine d'Aide à la Santé Mentale » a été créée par DOUSSINET et DELAUNAY au lendemain de la guerre 39-45 comme le rappelle D.DENIS et a été mentionnée dans la circulaire de février 1958 comme « alliée » de la politique sectorielle. Cette position lui a permis d'établir des liens importants avec la PI. DEMAUGEAT et TOSQUELLES ont fondé la fédération à l'échelle internationale. Chaque année la fédération organise des journées au cours des quelles un groupe de travail est animé par OURY.

II. Les points de rupture

A. Le premier : Le communisme et la psychanalyse

En 1947, après le discours de Fulton comme le note COUPECHOUX[208], CHURCHILL définit la notion de Rideau de fer et le discours de JDANOV en Pologne lors de la réunion constitutive du Kominform, entérine le partage du monde en deux blocs. En 1956, le 20ème

[208] COUPECHOUX Patrick. Préface de Jean Oury. *Un monde de fous. Comment notre société maltraite ses malades mentaux.*Editions du Seuil. 2006. p365.

Congrès du Parti Communiste au cours a lieu. Nikita KHROUCHTCHEV y dénonce les crimes staliniens. Le communisme condamne la psychanalyse violemment[209]. Il la considère comme un agent corrupteur portant une cause individualiste et irrationnelle, allant jusqu'à la comparer à l'idéologie nazie. De nombreux psychiatres sont alors dans une situation impossible. « Cette séparation aura de lourde conséquence sur la psychiatrie française »[210]. Un coup d'arrêt a lieu et suspend la politique sectorielle.

B. Le second : La position de l'hôpital versus l'institution

1. Deux groupes s'opposent :

DAUMEZON, TOSQUELLES, OURY veulent subvertir l'institution asilaire pour en faire un véritable instrument de soins, désireux de guérir dans la même démarche les institutions et les malades qu'elles accueillent. Une deuxième génération de résistants maintient le cap de l'essentiel de la pensée de la psychiatrie institutionnelle enrichie de la psychiatrie sectorielle.

RACAMIER, LEBOVICI, DIATKINE veulent créer un ailleurs dégagé des facteurs d'aliénations des structures héritées du passé.

En tout cas le point commun est de chercher à comprendre et soigner la maladie mentale au lieu de l'isoler et de la neutraliser.

2. L'opposition LE GUILLANT et TOSQUELLES

En 1951 lors des Journées De Bonneval, une empoignade a lieu entre TOSQUELLES et LEGUILLANT[211]. Portant en germe le conflit entre la psychothérapie institutionnelle et la réhabilitation psychosociale. LE GUILLANT pense que l'hôpital ne devrait pas « singer » les institutions et TOSQUELLES l'accuse de faire l'impasse sur le rejet des patients par la société dont l'hôpital constitue le seul refuge possible notamment pour les patients psychotiques. « Ces transformations à l'intérieur du dispositif matériel de l'asile nous éloigne des vrais problèmes psychiatriques que sont l'étude des situations pathogènes qui aliènent les hommes, leur mode d'action et leur transformation. L'hôpital n'est ni un village, ni une usine et il n'a que faire de singer leurs institutions. Le malade doit certes participer à des groupes, mais à des groupes humains réels auxquels il appartenait et continue d'appartenir. » dira LE GUILLANT.

---

[210] DELION Pierre, Psychiatrie. *Thérapies Institutionnelles*. Encyclopédie Médico Chirurgicale. Editions Scientifiques et Médicales Elsevier, Paris, 37-930-G-10, 2001, p 19.

[211] DELION Pierre. Psychiatrie. In : Encyclopédie Médico Chirurgicale.

3. Le troisième : La participation des infirmiers à la psychothérapie

a) La légitimité de l'espace thérapeutique

Pour DIATKINE et PAUMELLE, au groupe de Sèvres, la position thérapeutique des infirmiers n'était pas entendable, ni légitime. Ils considèrent les positions de OURY à ce sujet comme démagogiques. Contrairement à OURY, selon eux, la psychothérapie fut-elle analytique ne peut se dérouler qu'en relation duelle. Ils ne reconnaissent pas la vie quotidienne comme un espace thérapeutique. Plus tard, après une expérience institutionnelle conséquente, RACAMIER reviendra sur cette position en disant : « c'est l'institution toute entière, c'est-à-dire l'ensemble organisé de l'équipe traitante et des malades en un ou plusieurs dispositifs indifférenciés, c'est cet ensemble même qui doit être constamment étudié, analysé, orienté, voire même soigné. » Cependant, il reste sur la position suivante que la cure psychanalytique ne peut être dispensée que par un psychanalyste, les infirmiers dispensent quand à eux des soins institutionnels s'adressant au Moi du malade et non à son inconscient.
Au-delà, Jean AYME pense que l'appartenance des membres du XIIIème arrondissement à la Société Psychanalytique de Paris, pourrait expliquer leur position distante vis-à-vis des théories lacaniennes, ne leur donnant pas ainsi d'outils conceptuels pour penser dans le même temps la psychanalyse et l'institution concernant le traitement de la psychose.

b) Le danger inhérent à la position des soignants

René DIATKINE évoquera comme le dit Jean AYME[212] que « La compréhension des contenus inconscients, des pulsions, des conflits risque d'être infiniment plus éprouvante qu'utile et peut conduire à trois résultats :une érotisation plus ou moins poussée du personnel prédisposé, une réaction dépressive encore plus fâcheuse, une dévalorisation des mots et des affects entraînant un rejet aussi dangereux que le rejet nosologique » et d'ajouter « Quelle que soit la valeur thérapeutique d'un service hospitalier, le personnel infirmier, par la nature même de sa position et de sa fonction, est particulièrement éprouvé et son intégrité mentale est toujours attaquée ». Au-delà, c'est de la place accordée à la psychanalyse et aux techniques d'ambiance dont il s'agit et qui font divergence.

---

[212] AYME Jean. La Psychothérapie Institutionnelle : Origine, Histoire, Tendances, 1995, pp 25-53. In : Pratiques Institutionnelles et Théorie des Psychoses, Actualité de la Psychothérapie Institutionnelle. Sous la direction de Patrick MARTIN, psychologue, psychanalyste, maître de conférence à l'IPSA, Angers. L'Harmattan, Logiques Sociales, 1995, p 556.

c) En conclusion : La Psychothérapie Institutionnelle aujourd'hui

1. La PI et ses proches[213]

L'équipe du XIIIème arrondissement

Cette équipe de renom avec PAUMELLE, DIAKTINE, LEBOVICI, BEQUART, AZOULAY, BALIER a été rejointe par WOODBURY, depuis la Chestnut Lodge, clinique psychanalytique aux USA dont nous avons déjà parlé en abordant l'influence de STACK SULLIVAN. L'exemple de l'unité du soir crée par DIAKTINE[214] est selon DELION une nouvelle voie que peut prendre les thérapeutiques institutionnelles.

Jacques HOCHMANN 1984 et Marcel SASSOLAS 1997

HOCHMANN a mis en place un projet de secteur permettant l'accueil des enfants et des adolescents en souffrance psychopathologique, il a parié sur les capacités des soignants à prendre en charge ses enfants dans la cité, même pour ceux atteints de pathologie autistique grave. Les travaux de HOCHMANN insistent sur la nécessité de se déprendre des processus « autistisant »en s'appuyant sur la créativité « que seule l'institution mentale de chacun peut produire » ; SASSOLAS travaillant au sein de la même association accompagnent les adultes psychotiques.

Roger MISES et ses élèves 1980.

Pédopsychiatre ayant acquis une renommée par son engagement dans la mise en place des secteurs infantojuvéniles. Il a travaillé à la fondation Vallée, au départ de BOURNEVILLE son fondateur, il réalise une mutation de ce lieu de soin de asilaire à une structure ouverte. Il promeut les échanges pédagogiques et éducatifs dans le tissu des médiations psychothérapeutiques et valorise la place des soignants dans ce processus.

La Tavistock Clinic

Située à Londres, cette Ecole mondialement connue forme des psychanalystes kleiniens. Elle a développé beaucoup de travaux sur la psychose et l'autisme. BION a fait partie de la

---

[213] La Borde à Cour Cheverny (OURY), le CRIC à Caen, l'APMI à Marseilles, La Criée à Reims, l'ASCM à Angers, l'AREPP, Saint Martin du Vignogoul à Montpellier, Esper au Sellier, Camille Blaizot à Caen, Cluny à Bellangreville, Reus, Barcelone, Huesca, Rome, Mendrizzio, Setubal, Sarrebück (HOFFMANN), Sarreguemines (ROTH), Tours, Landerneau, Pontarlier, Bressuire, Rodez, Dax, Bondy, Paris (DROGOUL), Villejuif, Rennes, Saint-Alban, Saint Simon à Toulouse, Maubeuge…

[214] DIAKTINE, AVRAM 1982.

Tavistock Clinic en travaillant sur les groupes et Esther BICK, sur la méthode d'observation directe des bébés.

2. La PI et les rencontres

L'international Symposium for the Psychotherapia of Schizophrenia and others psychosis. Association fondée par BENDETTI and CO en vue de promouvoir la psychothérapie des personnes schizophrènes, autistes et autres psychoses.

Le SOFOR Sud Ouest Formation Recherches, il s'agit d'un organisme de recherche crée il y 20 ans par Francis et Christiane JEANSON, Nicole RUMEAU et Michel MINARD, le parti pris est clairement tourné vers une psychiatrie dans la cité.

La fédération Nationale des Associations Croix Marine

Née au lendemain de la seconde guerre mondiale, elle est devenue une alliée de la PI.

La fédération Internationale des Croix Marine a été crée par F. TOSQUELLES et M. DEMANGEAT, afin de fortifier les liens avec les pays disposant de structures d'aide à la santé mentale notamment dans les pays en voie de développement. Elle organise chaque année un congrès où un groupe est traditionnellement animé par OURY.

L'Association Culturelle Angevine

A Angers, l'Association Culturelle du Secteur 2 du Dr HENRY, l'actuel service du Dr D .DENIS a organisé de nombreuses rencontres et conférences et sorti un journal *Institutions : revue de psychothérapie institutionnelle*, largement utilisé dans notre travail de thèse. Aujourd'hui, les Associations Culturelles sont groupées en Fédération Nationale Inter-Associations Culturelles (FIAC) qui organise des réunions mensuelles de travail (DELION, ROULOT), Salle Magnan à Sainte Anne, à Paris, au cours desquelles sont étudiées les monographies de services et discutées les difficultés que l'équipe soignante rencontre dans le soin. Cette fédération organise des journées annuelles sur des thèmes à travailler, la première eut lieu à Le Mans dans la Sarthe ; elle publie la revue *Institutions* bimensuelle dont le rédacteur en chef est Franck DROGOUL, depuis 12 ans, sur les thèmes abordées lors des journées annuelles comme le transfert, les clubs thérapeutiques, le travail, l'argent, la politique, Viktor von Weizsäcker, les potentialités soignantes, François Tosquelles, le transculturel, la sémiotique, Szondi et Schotte, les frontières en psychiatrie, les passages….

Quelques Associations Culturelles organisent d'autres congrès importants dans le cadre de la formation continue et du soutien psychique des soignants notamment à Angers, l'ACSM (ALAPETITE, DELION, PETIT) :

- ~ Psychose et vie quotidienne (DELION 1998),
- ~ L'Autisme et la psychose à travers les âges (DELION 2000a),
- ~ Comprendre la psychose (DELION 2001a),
- ~ Corps Psychose et Institutions (DELION 2001a),

Conclusion de l'approche historique

Le réseau ou la liberté de l'interdépendance

La Psychothérapie Institutionnelle naît de l'association de points de jonction constituant un véritable tissu conceptuel, permettant le passage de la théorie à la pratique tel qu'il était préfiguré dans le traitement moral. Ainsi, l'Institution se déploie-t-elle de relations et d'influences culturelles diverses faisant convergences. Nous verrons plus loin en traitant de la RPS, l'importance que requiert cette notion de convergences dont la cohérence de pensées dessine et caractérise un système de fonctionnement en réseau qui n'est pas une juxtaposition de notions éparses mais un ensemble étayant sur lequel peuvent se mouvoir les professionnels psychiquement et physiquement sans sombrer avec les patients.

Il se déplie de l'intra à l'extra et vice et versa, passant de la PI à la psychiatrie de Secteur, avec la volonté de décloisonner les espaces, favoriser la circulation d'espaces à un autre en continuité et en fluidité avec discernement. Revendiquant les deux et les articulant constamment par l'équipe, le Collectif ayant « un pied dehors, un pied dedans » symbolisant dans cette volonté de soutenir une unicité de lieu et de temps, la continuité à être du patient.

Au rythme de ce mouvement de va et vient, un chemin de vie se parcourt le plus librement possible.

Point de ralliement

Saint Alban, fief de la résistance contre l'envahisseur allemand, contre l'obscurantisme antisémite, contre la faim, contre le totalitarisme des idées politiques d'après guerre, contre la féodalité du système hospitalier avec les castes des médecins, des infirmiers et des malades sans pont. Les conduites ségrégatives de la société à l'égard des malades mentaux sont condamnées. Elle se constitue comme une enclave recevant les réfugiés « apportant le monde » à elle, elle est le lieu d'une effervescence intellectuelle intense qui pousse le déploiement de l'institution de l'intérieur de l'hôpital vers l'extérieur. Cette effervescence de

la Résistance débouchera sur la puissance de l'engagement politique pour la mise en place de la politique de Secteur à la Libération. De nouveau depuis la loi de 1838 qui limitait l'internement abusif des patients, et organisait les modalités d'entrée et de sortie de l'asile, la circulaire du 15 mars 1960 et celles qui l'ont précédée témoignent d'un espace politique de négociations entre la Société et la Psychiatrie. Elle soutient le soin dans la Cité, s'appuyant sur les ressources communautaires, elle revendique la désaliénation sociale comme consubstantielle à la desaliénation psychopathologique. Il faut agir sur les deux en même temps, le soin perd son sens comme nous l'avons dit si l'une est privilégiée au détriment de l'autre.

Point de jonction

La Psychothérapie Institutionnelle s'est développée à Saint Alban grâce à TOSQUELLES essentiellement, qui apparaît comme un point de synthèse entre les influences présentées en première partie, en amont de la PI et l'évolution vers la création de la psychiatrie de secteur comme outil intégrateur de la logique de soin portée par la PI. Il est porteur de concepts « monde » allemand, espagnol, hongrois, arabe et s'autorise ce dont les psychiatres français très opposés aux allemands se privent dans le contexte politique. Riches de ces courants, le travail de théorisation dans les groupes successifs constitués de manière hétéroclite dans une démocratisation du savoir, a permis une synthèse conférant à la PI un opérateur logique, terme de OURY pour « opérer », c'est-à-dire dispensé un soin psychothérapeutique institutionnel. A une époque où les fascismes émergent l'ouverture d'esprit de TOSQUELLES, sa culture pluridimensionnelle s'inscrivent dans un CONTRE COURANT.

Le point mythologique et traumatique en tant que ce qui fonde

Au début déjà il y a TISSOT à Saint Alban, c'est déjà de la résistance face au système médical et au traitement barbare des patients qui est dénoncé. La constitution de ce lieu est ANTI MEDICALE, elle revendique le soin de telle sorte qu'après PUSSIN, il accueille les premiers infirmiers. Il y a aussi le grand père de BONNAFE, aliéniste récalcitrant à l'aliénisme, critiquant de manière marquante pour le jeune BONNAFE qui traîne déjà ses guêtres au milieu des malades, au milieu des objets qu'ils ont fabriqués, le système en vigueur. Pourrait-on dire qu'avant TOSQUELLES et avant la guerre, le terreau révolutionnaire était déjà là ? BALVET s'oppose aux psychiatries pendant la guerre dénonçant les conditions des

malades et rappelant dans son discours la différence entre les malades de la médecine et ceux qui sont des personnes.

BALVET et TOSQUELLES apparaissent comme une histoire de sauvetage réciproque, l'un pétainiste des premières heures, consterné de l'étendue de son erreur, traumatisé par le spectacle de son hôpital, le second interné dans un camp pour ses idées politiques. Il nous semble qu'il s'agit là pour BALVET, qui initie le mouvement de la PI en partie, un refus de la compromission. Il nous semble que ce point est capital et fait capiton sur le fait que travailler selon les principes de la PI nécessite un engagement de sa personne humainement au-delà du « professionnel » car c'est une pratique de vigilance qui nécessite l'initiation à une théorie laquelle s'élabore autour d'un point humaniste et hautement politique transcendant le soin même : l'aliénation.

Ce qui sous tend la naissance de la PI m'apparait être un mythe fondateur extrêmement puissant transmis dans la fidélité aux fondateurs dont la parole fait lien. Ainsi, les personnes qui se reconnaissent dans ce mouvement semblent y souder, à notre sens, un sentiment d'appartenance et d'adhésion aux valeurs fortes initiales de Résistance et de Survie dans un principe d'engagement proche d'une fraternité partagée pouvant aller peut être au-delà de la sphère professionnelle. Effectivement le décloisonnement des espaces pouvant induire son corollaire de la confusion des espaces, cette pratique a aussi ses risques.

Nous insistons sur ce point car il s'oppose à la RPS en ce sens que cet engagement en fortement critiquée par cette dernière. Nous en reparlerons.

Dans la partie suivante nous allons effectivement approfondir ses concepts de la PI.

La psychothérapie institutionnelle

Partie 2 Les concepts

Introduction

La psychothérapie institutionnelle ou comment répondre et dialectiser les deux niveaux de la souffrance du malade : la souffrance psychique et la souffrance sociale.
Le soin psychiatrique est une « maïeutique [215] » dira CHANOIT [216], il se réfère à CHAZAUD[217] qui dans son ouvrage introduisant les thérapies institutionnelles s'est appliqué à rechercher le concept central, celui sur lequel tout le monde s'accordait à savoir :
Il s'agit de placer le malade au centre du système de soin, d'assurer le « respect de l'identité et la singularité de l'être souffrant, incompris, isolé et marginalisé, qui a en lui les germes de solutions qu'il est susceptible d'adopter. » Cette solution, étant la guérison, elle dépasse le symptôme et peut en pas être la disparition du symptôme mais ce que le patient en supportera ou non, la guérison lui appartient et dont il s'agit de ne pas le déposséder.

I. Les préalables introductifs et Définition de la PI

A. La rencontre avec le sujet et la reconnaissance de sa singularité.

1) Première définition globale

Un problème crucial comme le souligne Pierre DELION[218]est « d'insister sur les pratiques concrètes qui mettent le sujet, bien qu'il soit malade mental, au centre de « sa guérison » : il ne s'agit plus de l'objet que la science psychiatrique a créé puis isolé (…) mais d'un sujet que

---

[215] MAIEUTIQUE. Grec maieutikê, art de faire accoucher. Dans la philosophie socratique, art de faire découvrir à l'interlocuteur par une série de questions, les vérités qu'il a en lui.

[216] CHANOIT P.-F. *La Psychothérapie Institutionnelle*. PUF, Que sais je ? 1995.

[217] CHAZAUD J. *Introduction à la thérapie Institutionnelle*. Toulouse, Privat, 1979.

[218] DELION P. Pédopsychiatre, professeur à la faculté de Médecine de Lille 2 et chef de service de Pédopsychiatrie au CHRU de Lille. *Soigner la personne psychotique. Concepts, pratiques et perspectives de la Psychothérapie Institutionnelle*., Paris Dunod, 2005, p 205.

FREUD et son invention de la psychanalyse nous ont permis de rencontrer (…). » Cette reconnaissance du sujet oblige les soignants à articuler leurs pratiques et la théorie, dans un ajustement continuel dont l'objet est clairement pragmatique, centré sur les préoccupations de la personne malade dans sa vie au quotidien, en d'autres termes l'aider à soutenir sa vie tous les jours. Cette considération pour le sujet au centre de la PI, exige une vision globale de ce sujet en lien avec un environnement, cet élément implique trois choses dans la façon de penser le soin psychothérapeutique :

- ~ Le sujet ne peut pas être accueilli dans le soin sur des critères psychopathologiques, en d'autre terme être réduit à son symptôme, la PI défend l'unité de lieu et de temps comme garantie de l'abolition d'une tendance ségrégative du soin qui développerait une psychiatrie symptomatique hyperspécialisée; une approche globale accueillante impliquant une approche généralisée qui ne sélectionne pas, qui fait « asile » quoi qu'il arrive. Il n'y a pas d'examen d'entrée qui trie un symptôme, il n'y a d'examen qu'en « temps de voir » pour rencontrer ;
- ~ Le soin doit s'inscrire dans la durée de la maladie donc dans l'engagement et dans le pragmatisme. Il semble tout à fait essentiel pour Pierre DELION de souligner l'importance de ne pas « reléguer » au médico social ou au social, « la chronicité » si elle se définit par « ce qui reste quand l'urgence est passée », cette urgence considérée à ce moment là comme la seule relevant du sanitaire ;
- ~ Pour lui, l'articulation du sanitaire avec les partenaires qui accompagnent le patient au sens large et qui en constitue l'environnement social, est une des avancées permises par les thérapies institutionnelles, elle doit se faire dans l'idée d'enrichir, de complémentarité et non de hiérarchiser. Effectivement, il semble questionnant de conférer à d'aucun une existence sociale selon les critères d'une maladie dont il serait atteint ou porteur et que le soin se résume à un tri sur une plate forme qui dirige finalement sur la dialectique bien connue du XVIIIème siècle curable-incurable. Le « médico-social » en forçant le trait pourrait se retrouver en position « d'asile » avec une nouvelle forme d'aliénisme.
- ~ Ce qui soigne, c'est la réhabilitation du malade dans sa subjectivité, dans l'authenticité ; La vie psychique de l'humain ne peut naître que de la rencontre avec un autre, ce qui soigne c'est la restauration ou la création de la possibilité d'exister aux yeux d'un Autre qui sera représenté par le Collectif, aucun soignant ne pouvant supporter seul cet Autre. Ou autrement dit, « Ce qui produit du soin, c'est l'institution

d'espaces où il y a une rencontre possible entre les soignants qui mettent à disposition ce qu'ils sont, pas seulement leurs compétences et leurs connaissances, mais ce qu'ils sont à l'épreuve de la rencontre de l'autre ».

Ainsi posés les points-clés, approchons davantage de ce qu'est la PI en dépliant les concepts et en approfondissant la structure de ce système :

2) Psychothérapie Institutionnelle (PI), une articulation

« (…) nous donnons le nom de psychothérapie à une technique médicale particulière dont le prototype est la relation analytique.[219] »

La psychothérapie institutionnelle se réclame d'une articulation indispensable entre la dimension psychothérapeutique, comme action de soin, s'adressant à des malades, ayant comme point d'impact le psychisme humain en souffrance ; et la dimension institutionnelle, comme acte visant à fonder, à établir, à porter le ou les processus par lequel ou lesquels cette fonction thérapeutique va s'organiser. « L'institution est aussi la chose instituée, c'est-à-dire le résultat fixé de l'action entreprise. »[220]

a) Redonner du sens aux symptômes

En premier point : La psychothérapie « a pour but de redonner du sens aux symptômes entendus comme signe de la souffrance psychique humaine en les resituant dans l'histoire d'un sujet (…) [221]», ce travail psychique tel qu'il est ainsi décrit fait référence à FREUD, la PI s'en est saisi et n'a cessé au travers de recherches[222] de tenter d'adapter le cadre de cette psychothérapie à la spécificité psychopathologique de la psychose notamment au travers de son mode transférentiel original. « L'Institution ou les Institutions représentent des éléments essentiels de ce cadre ». Le symptôme est une porte d'entrée pour écouter une souffrance, il ne résume pas le sujet ; l'enjeu du soin en PI est de passer de cette simplification catégorielle du symptôme à son sens phénoménologique ou psychanalytique, réhabilitant le malade dans

---

[219] OURY Jean. Psychiatrie et Psychothérapie Institutionnelle. Champ Social Editions, collections « Psychothérapie Institutionnelle, juin 2001, p 300.

[220] CHANOIT P.-F. La Psychothérapie Institutionnelle. PUF, Collection : « Que sais-je ? » 1995.

[221] DELION P. Soigner la personne psychotique. Concepts, pratiques et perspectives de la Psychothérapie Institutionnelle. Dunod, Paris, 2005, p 205.

[222] De Federn à Mélanie Klein en passant par Jacques Lacan, Gisela Pankow, Salomon Resnik, Frieda Fromm Reichmann, Gaetano Benedetti.

sa subjectivité. « C'est la fonction d'accueil des signes de la souffrance psychique »[223]. C'est sur cette dialectique de la standardisation du symptôme, objet de science et de sa désaliénisation par sa subjectivation – ce qui le relie au sujet de soin – que se fonde le principe de singularité absolue du sujet, pour lequel la PI a l'ambition d'un projet de soin sur mesure, construit avec lui. En d'autres termes, il s'agit de « remettre au patient c'est-à-dire en sa possession, ce qui lui appartient en propre « son symptôme », c'est là, la désaliénation.

b) La notion d'établissement et d'institution

En second point : Ainsi, à ce stade introductif, il est fondamental de nous attacher à distinguer, comme l'a fait TOSQUELLES[224] la notion d'Etablissement, structure figée, point d'ancrage, cadre légal et réglementaire destiné à répondre aux exigences sociétales, à préserver son fonctionnement, c'est le prêt-à-porter, les conditions de possibilités, le champ des possibles, la loi. Mais c'est inopérant en soi pour rencontrer le patient et s'adapter à lui pour espérer une rencontre ; et la notion d'Institution à proprement parler quand à elle, s'inscrit dans le mouvement de la mise en œuvre, ou « la manière dont les hommes chargés de l'accomplissement de ces objectifs se débrouillent avec leur réalisation »[225]. Sur cette base, alors qu'à l'époque de l'asile, l'Etablissement et l'Institution étaient confondus – seule la fonction contenante coercitive était valorisée par la Société, l'avènement de la psychiatrie de Secteur consubstantiel à celui de la PI a permis de déplacer le soin psychothérapeutique, pouvant dorénavant s'ancrer dans et par l'Etablissement - qui n'a plus besoin d'être emmuré pour être repéré - et pouvant être porté par le mouvement de l'Institution dans le lieu, « non établissable » de la rencontre, selon une trame réticulaire, se déployant au sein même de la société comme le dit F. TOSQUELLES : « l'institution se sont des liens qui créent un lieu. Du tissage. »[226].

---

[223] DELION P. Soigner la personne psychotique. Concepts, pratiques et perspectives de la Psychothérapie Institutionnelle. Dunod, Paris, 2005, p 205.

[224] TOSQUELLES F. Education et Psychothérapie Institutionnelle, Mantes, Hiatus, 1984.

[225] DELION P. Soigner la personne psychotique. Concepts, pratiques et perspectives de la Psychothérapie Institutionnelle. Dunod, Paris, 2005, p 205.

[226] OURY Jean. Psychiatrie et Psychothérapie Institutionnelle. Champ Social Editions, collections « Psychothérapie Institutionnelle, juin 2001, p 300.

c) Le principe psychothérapeutique

Le principe thérapeutique de la psychothérapie n'est plus aliéné ni aliénable à un lieu ou à un temps – comme dans la cure-type analytique -, en s'instituant dans un principe de proximité et de continuité, elle se fluidifie et se laisse surprendre par l'imprévu, l'insu, celui du transfert. Le transfert se redéploie à l'échelle d'un collectif dont le principe d'organisation et de fonctionnement est l' Institution. L'espace-temps de la maladie psychiatrique est alors distordu, désaliéné et conditionné d'emblée par la singularité du sujet de soin qu'est la personne soignée, manifestée dans et par sa trajectoire au sein du tissage institutionnel.

Mais revenons un instant sur la question de la temporalité de la psychothérapie ; cette question soulevée à ce niveau est en lien avec la chronicité de la maladie, avec laquelle ces patients sont aux prises ; le soin est mis à l'épreuve dans la durée et c'est en elle, dans l'engagement qu'elle suscite, que se reconnaît la PI, en tant que psychothérapie même, dans la tradition freudienne ; en d'autre terme qui ne serait pas psychothérapie si cette épreuve de la durée n'était pas engagée.

d) DELEUZE et MICHAUD, approfondissement de la notion d'institution

Pour approfondir cette question de l'Institution et de son sens dans la PI, il est intéressant de se référer à G. DELEUZE : « les institutions sont des systèmes organisés de moyens destinés à satisfaire des tendances médiations entre l'individu et la société »[227] ; ou

à Ginette MICHAUD[228], pour elle : « la fonction essentielle de l'institution est d'être un système de médiation permettant l'échange interhumain à plusieurs niveaux. », elle complète en disant : « L'institution est une structure élaborée par la collectivité tendant à maintenir son existence, en assurant le fonctionnement d'un échange social de quelque nature qu'il soit. », A partir de là, elle articule cette définition à la justification de l'adaptation du cadre institutionnel par la psychiatrie, si elle se veut psychothérapeutique : « Le groupe psychiatrique devra donc en premier lieu intégrer cet homme non intégrable, et ceci, non en lui présentant un cadre tout fait dans lequel il doive se perdre, mais au contraire en modifiant les cadres antérieurs, à la mesure de sa personne. » ; en effet, « C'est précisément pour régler cet échange entre la demande (LACAN) du sujet et la réponse que lui apporte le groupe que

---

[227] DELION P. Thérapies institutionnelles. EMC – Psychiatrie ; 2001, 37 – 930 – G10.

[228] MICHAUD Ginette. La Borde…un pari nécessaire. De la notion d'institution à la psychothérapie institutionnelle. Paris, Gauthiers-Villard, Interférences. 1977.

va se placer l'institution. » ou autrement dit par Pierre DELION[229] « l'institution est le chaînon manquant entre le sujet et les autres ».

En troisième point, il s'agit de s'interroger sur l'articulation entre les deux notions préalables : la Psychothérapie ou l'Accueil du Sujet et son Symptôme et l'Institution ou l'opérateur de la Rencontre, comme Réanimateur de la fonction psychique.

B. « L'Objet Institutionnel[230] » ou le champ opératoire :

1. Espace de jachère et d'asepsie :

« Il faut tenir compte de l'espace, du temps et du trajet », ce qui se passe au-delà du « colloque singulier » de la séance de psychothérapie, c'est ça la psychothérapie institutionnelle, c'est là l'objet institutionnel, ce quelque chose autour et « entour ».

a. La Jachère

Cet objet supposé spécifique de l'Institution comme le souligne Jean OURY, quelque chose d'analogue dans sa formulation de l'objet « a » de LACAN ; c'est la création d'une jachère, un espace où la rencontre peut poindre dans la surprise et la singularité. La rencontre ne se commande pas, ne se maîtrise pas, mais la PI consiste justement à en créer les conditions. En créant cet « espace de jachère » en s'imprégnant, en façonnant à partir « cette terra incognita » qu'est la maladie mentale voire la folie, en se trouvant là, dans une ambiance, la PI rend possible la rencontre. Ces conditions favorables peuvent s'entendre comme étant une terre au repos, un terreau nutritionnel, une matrice donc d'où peut émerger du vivant, de l'authentique, en prenant le temps, en cultivant un rapport au temps « patient », en attente c'est-à-dire « tendu vers », donc préparé à la rencontre.

b. L'asepsie

Comme, selon l'image éloquente de TOSQUELLES, l'asepsie est la condition de la chirurgie, elle est cette mise en condition qui déterminera qu'il s'agit d'un espace où peut se pratiquer une intervention chirurgicale dans des conditions environnementales propices qui complètent de manière irréductible la compétence technique du chirurgien, qui ne peut se suffire ni s'autoriser de lui-même sans ces préalables, - ces pré-textes, pour ce qui concerne la

---

[229] DELION P. Soigner la personne psychotique. Concepts, pratiques et perspectives de la Psychothérapie Institutionnelle. Dunod, Paris, 2005, p 205.

[230] OURY Jean. Les concepts fondamentaux, p 55-92. In : sous la direction de Patrick MARTIN, psychologue, psychanalyste, maître de conférences à l'IPSA, Angers. Pratiques Institutionnelles et Théorie de Psychoses, Actualité de la Psychothérapie Institutionnelle. Paris, L'Harmattan, collection : « Logiques Sociales », p 556.

psychiatrie -. Cette dimension de l'asepsie ne doit pas simplement être prise au sens « propre » pour la chirurgie, elle souligne aussi au sens « figuré » outre la question de la préparation de l'espace pour qu'il soit thérapeutique, plus avant la question du nettoyage – déblayage de ce qui encombre, empêche -, de ce qu'OURY appelle « l'infatuation institutionnelle[231] », qui aurait à voir avec : rendre possible « un discours qui ne soit pas du Semblant » en référence au séminaire de LACAN sur *le Semblant*. Derrière « les fantasmagories, les idéologies, les simulacres (…) on n'est vraiment pas grand-chose. » Un aspect du travail en Institution serait au fond d'identifier ce qui fait ce creuset d'habitudes entre autres, éloignées « de ce qu'on veut y faire » afin de s'en débarrasser pour être psychothérapeutique. L'asepsie amène une idée de minimalisme, de dépouillement, d'humilité qui étiologiquement n'est pas très éloignée de l'image agricole – humus, le sol - de la jachère pour approcher l'idée de l'essentialité qui semble être en question dans la maladie mentale. Elle interroge aussi le fait que « ce qui doit être nettoyé » est invisible à la perception commune et qui va nécessiter une acuité spécifique, analytique, une compétence technique professionnelle dont nous reparlerons dans l'analyse institutionnelle.

c. En quoi consiste l'opération ? Extraire du sens de « ce qui se passe, se manifeste »

« Ce qu'on doit faire, c'est **essayer** de donner du sens. C'est la moindre des choses, là où il y a des « insensés » ! Mais on ne peut pas produire directement du sens, c'est un non sens. (Ça n'existe pas, ça s'exprime ; mais à quel niveau ?) Il faut changer d'espace logique. C'est en effet le sens qui fait exister ce qui l'exprime[232]. »

2. Les outils et les concepts à extraire le sens ou « opérateurs logiques d'extraction »

L'outil est le moyen, le concept est la technique d'utilisation de l'outil.

a. « Du tas de gens au Collectif »

Il s'agit d'un gisement dont on pourrait « extraire quelque chose de là où on est » en trouvant « des opérateurs logiques d'extraction », peut-être ce pourrait être des concepts. Jean OURY repère alors trois axes dialectiques qui se rejoindraient en un point : l'axe soignant-soigné,

[231] Ibid

[232] OURY Jean. Les concepts fondamentaux, p 55-92. In : sous la direction de Patrick MARTIN, psychologue, psychanalyste, maître de conférences à l'IPSA, Angers. Pratiques Institutionnelles et Théorie de Psychoses, Actualité de la Psychothérapie Institutionnelle. Paris, L'Harmattan, collection : « Logiques Sociales », p 556.

payant-payé et consommateur-producteur. Il s'agit alors d'une position « d'attente patiente et vigilante » qui échappe au « faire »et à la « tâche évaluée », une sorte de – nous y revenons - « mise en jachère » au sens de WINNICOTT pour être et sentir un espace-temps où des rencontres peuvent surgir, tissant une trame réticulaire de connexions. L'enjeu est donc créer soi-même un lieu propice à la rencontre, un lieu accueillant « ça », « ce qui peut se passer », « ce qu'on espère qui se passe », ce qu'on croit être, justement, - juste ce qu'il faut de-thérapeutique.

A partir de ce même « lieu » pour tous, qu'est-ce qui est extractible ? La rencontre est-elle alors un concept, un outil dans une « boîte à outils conceptuels » ? Elle implique de se demander « qu'est ce qui se passe ? » et d'interroger justement le passage, le mouvement. Elle est un évènement, un surgissement, un point d'arrêt, de connexion, motivé par un intérêt, un désir pour un Autre, un Différent qui se distingue – extraire, venant du latin ex-tractum, action de faire sortir de. - dans un espace où il a été possible de circuler. Cette « distinctivité » c'est-à-dire cette opportunité que se détache la singularité sur une toile de fond globale rappelle les théories de la psychologie de la forme et du processus de Gestalten. Les concepts permettent la lecture de cette « distinctivité », de l'appréhender, la com-prendre dans un con-texte c'est-à-dire ce qui tisse le texte.

b. Le réseau ou le phénomène de la mise en relation

La connexion, correspondant au synthétique, la disjonction, comme « corrélative aux ramifications dans le monde » et la conjonction, comme processus de coordination, viennent formuler un champ conceptuel du phénomène de mise en relation permettant une modélisation psychopathologique grammatical:

- ~ Selon un processus pathologique du « et », ou une pathologie de la « conjonction de coordination » ;
- ~ Selon une pathologie de « l'avec », préposition adverbiale placée avant l'Autre, introduisant fondamentalement la différence ; « Pour être « avec », avec un autre, cet autre doit justement être différent de soi-même ».

II. Les concepts de la Psychothérapie Institutionnelle

Des concepts fondamentaux semblent prendre une place particulièrement importante dans ce que Jean OURY appelle « La boîte à outils conceptuels » de la psychothérapie institutionnelle.

A. La double aliénation mentale et sociale

C'est à ces deux niveaux que la psychiatrie doit répondre de manière irréductible l'une à l'autre. L'analyse de l'aliénation sociale est la base de toute analyse institutionnelle.

1. L'aliénation psychopathologique fait référence à l'aliénation du sujet « dans la lignée de FREUD et LACAN, principalement par son entrée dans l'ordre du langage et de la problématique du désir, alors que l'aliénation sociale se réfère à HEGEL et MARX par son entrée dans l'ordre social ». Il ne s'agit pas là d'une juxtaposition de concepts mais d'une interpénétration, d'une interdépendance dialectique de ces notions. On ne peut pas penser l'une sans l'autre. « (…) La psychiatrie se doit de répondre des deux niveaux de la souffrance psychique et sociale. » On peut se référer à l'aphorisme de TOSQUELLES sur les deux jambes sociale et psychanalytique sur lesquelles repose et se met en mouvement la PI.
L'aliénation du sujet soumis à l'ordre du langage et la Loi du désir.
C'est en abordant l'espace psychique du délirant[233]comme un espace logique n'obéissant pas au principe du tiers exclu, ce que PIERCE appelle « la logique du général », c'est-à-dire une logique de l'indéfini, où il n'y a « ni ceci, ni cela » qu'il semble possible à LACAN d'énoncer la question d'une position appelée « aliénation ».

a) **L'ordre du langage**

Il nous contraint, nous ne le découvrons pas, nous ne l'inventons pas, nous débarquons par la naissance, brutalement, dans une langue parlée depuis des siècles avant nous, notre rapport est de l'ordre de la nécessité de son assimilation. Ce dans quoi nous serions jetés à la naissance, cette structure du langage qui nous devance, serait pour LACAN de l'ordre du Grand Autre, c'est-à-dire « un trésor de signifiants, dont il nous faut supposer la consistance et l'incomplétude[234] ».

---

[233] ROULOT Danielle, médecin psychiatre ayant exercée à La Borde. Approche psychanalytique des psychoses en milieu institutionnel, p 71-92. In : sous la direction de Patrick MARTIN, psychologue, psychanalyste, maître de conférences à l'IPSA, Angers. Pratiques Institutionnelles et Théorie de Psychoses, Actualité de la Psychothérapie Institutionnelle. Paris, L'Harmattan, collection : « Logiques Sociales », p 556.

[234]Ibid

b) L'ordre du désir

Ce point incomplétude archétypal – la fonction -1 de OURY, le point extrême de l'absolu singularité, « un point aréflexif, hors identification », serait assimilable à un ensemble vide, comme partie de ce « trésor de signifiants », conférant une consistance interne au système symbolique, c'est-à-dire à l'ordonnancement des signifiants, soutenant d'une même trame les trois domaines : celui du corps - au sens de la Gestalt -, celui de la réalité psychique - vécue comme une - et celui de la réalité extérieure. Dans la psychose, le manque de cette « incomplétude » détruit la consistance commune de ces trois espaces.

Selon les phénoménologues, la psychose se caractériserait par « une possibilité d'être » qui serait pathologique dans le sens où elle s'émanciperait des autres possibilités d'être dans le contexte du vivant, sous une forme autonomisée alors pathologique car dé-liée.

c) La possibilisation et la transpassibilité

Pour le psychotique, l'effectuation d'une des possibilités annihilerait toutes les autres, il s'en suit selon WITTGENSTEIN cité par Danièle ROULOT, une perte de la « capacité », c'est-à-dire de la possibilité de contenir et se contenir ; l'actualisation dans un tel contexte condamne tout futur et tout conditionnel, à ce titre, aliène gravement le sujet dans sa capacité à être et devenir. Il s'agit de ce qui peut être appelé « une dé possibilisation » c'est-à-dire ce que MALDINEY nomme « la perte de la transpassibilité », à savoir la perte de l'accueil de l'évènement par une disposition psychique de réceptivité, il en résulte une imperméabilité à l'imprévu, à la surprise dans un laminage affectif, un hermétisme à l'échange, marquant une déconnection au vivant. L'aliénation psychopathologie ainsi décrite deviendrait iatrogène quand par un projet de soin « manufacturé », livré « clé en mains » en fonction d'un calibrage évaluatif du patient serait négligée « la transpassibilité ». Donner une réponse toute faite à une question qui n'est pas posée, « une réponse à qui on n'a rien demandé[235] ».

2. L'Aliénation sociale

Pour MARX, l'asservissement de l'homme par l'homme est la cause de cette aliénation, les idéologies, le langage servant à occulter dans un monde d'apparence la réalité de cette

---

[235] ROULOT Danielle, médecin psychiatre ayant exercée à La Borde. Approche psychanalytique des psychoses en milieu institutionnel, p 71-92. In : sous la direction de Patrick MARTIN, psychologue, psychanalyste, maître de conférences à l'IPSA, Angers. Pratiques Institutionnelles et Théorie de Psychoses, Actualité de la Psychothérapie Institutionnelle. Paris, L'Harmattan, collection : « Logiques Sociales », p 556.

exploitation. Il situe la problématique dans les rapports de production qui ont valoriser la division du travail et l'appropriation individuelle des moyens de production collectifs, de telle sorte que le produit de l'activité s'est séparé de son producteur, dont il ne peut plus bénéficier de « la substance humaine » qu'il y a investi. Ce produit devient donc « étranger », « autre », il ne vient pas de soi et se réduit à une valeur de marchandise capitaliste, c'est-à-dire une idole dont l'argent résumerait la valeur.

B. Psychose comme pathologie du Lien

1. L'échelle individuelle : la singularité du transfert ou le principe thérapeutique princeps.

a) Transfert et contre transfert

Le transfert désigne : « un type spécifique de relation d'objet qui se caractérise par le fait que le sujet éprouve envers l'analyste des sentiments qu'il a éprouvés envers une figure significative du passé, généralement un membre de sa famille ou une personne en position d'autorité. ». « Processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établie avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique (…) sous la forme de répétition de prototypes infantiles vécue avec un sentiment d'actualité marqué[236] »

Le contre transfert est la « somme totale des déformations qui affectent la perception et les réactions de l'analyste envers son patient. Ces déformations consistent en ce que l'analyste répond à son patient comme si celui-ci constituait un imago primitif et se comporte dans la situation analytique en fonction de ses propres besoins, souhaits, fantasmes inconscients d'ordinaires infantiles » selon G. DEVEREUX (2003).

b) FREUD et Le transfert dans la thérapeutique des patients psychotiques

« Entre les mains du médecins, le transfert devient le plus puissant des instruments thérapeutiques et il joue un rôle dans la dynamique du processus de guérison ».[237]En 1904, dans *De la psychothérapie*, Freud écrit : « la cure psychanalytique ne s'adresse pas aux malades souffrant de psychoses ». Dans *La technique psychanalytique*, FREUD écrit « il ne serait pas impossible que ces contre-indications cessassent d'exister si l'on modifiait la

[236] LAPLANCHE et PONTALIS. *Vocabulaire de la psychanalyse*. PUF, Paris, 1990.

méthode de façon adéquate et qu'ainsi puisse être constituée une psychothérapie des psychoses. » Lacan, dans *D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose* en 1966, écrit « Dans la cure des psychotiques, il faut se former à une conception nouvelle de la manœuvre du transfert. »

c) Le contre transfert.

C'est dans une lettre de Freud en 1908 que S. FERENCZI mentionne « j'ai beaucoup trop tendance à considérer les affaires des malades comme les miennes[238] ». Puis FREUD écrira dans un article de 1910 « notre attention s'est portée sur le « contre transfert » qui s'établit chez le médecin par suite de l'influence qu'exerce le patient sur les sentiments inconscients de son analyste. Nous sommes prêts d'exiger que le médecin reconnaisse et maîtrise en lui ce contre transfert… » (FROTE, BOUCHARD 1993). A cette époque le contre transfert est considéré comme un obstacle aux progrès de la thérapie créée par les imperfections psychiques inhérentes à l'analyste.

Puis dans un second temps, FERENCZI s'efforcera de démontrer que l'implication émotionnelle de l'analyste, pouvait être mise au service de la compréhension du patient : dès 1919, il tente de rétablir l'inévitable subjectivité du thérapeute et insiste sur la nécessité de maîtriser le contre transfert (un contrôle suffisant mais non excessif) « par une oscillation perpétuelle entre « sentir avec », « auto observation et activité de jugement ». (FROTE, BOUCHARD 1993). Pour FLIESS, DEUTSCH et REIK, le contre transfert devient une étape nécessaire et positive du processus thérapeutique : la compréhension du patient semble devoir d'abord passer par une compréhension intérieure.

d) La faillibilité du thérapeute

A cette époque, sont dénoncées la faillibilité du thérapeute et la stérilité du cadre analytique (BALINT 1939), la situation analytique n'est plus considérée comme un processus unilatéral mais est envisagé comme « le résultat d'une interaction entre le transfert du patient et le contre transfert de l'analyste, compliquée encore par les réactions libérées en chacun par le transfert que l'autre fait sur lui ». (FROTE, BOUCHARD 1993). Dans les années 50, Paula HEIMANN formule un renversement épistémologique : « le contre transfert de l'analyste est un instrument de recherche à l'intérieur de l'inconscient du patient ; il n'est pas seulement une parcelle de la relation analytique, il est la création du patient, il fait partie de sa personnalité ». (FROTE, BOUCHARD 1993).

La maturation, la formalisation de la réflexion sur la psychothérapie chez les patients psychotiques a permis d'élaborer les typologies, de les préciser dans le fonctionnement des équipes de soin, matrice de soin.

2. Le transfert chez la personne psychotique : le transfert dissocié d'OURY.

A partir des apports de LACAN, KLEIN, RESNIK, PANKOW [239], ROSENFELD, BENEDETTI, mais aussi de TOSQUELLES et sa notion de « transfert multiréférentiel », OURY va analyser cette question du transfert et de sa nécessaire adaptation à la personne psychotique. Il va développer la notion de « transfert dissocié ».

Selon G. PANKOW[240], le terme de dissociation caractérise la schizophrénie en ce sens qu'elle indique qu'il s'agit de « la destruction de l'image du corps telle que les parties perdent leur lien avec le tout pour réapparaître dans le monde extérieur. C'est cette absence de lien entre le dedans et le dehors qui caractérise la schizophrénie, il n'y a pas de chaînes d'associations permettant de retrouver le lien entre les débris de tels mondes détruits », OURY formulera cette observation en disant que le schizophrène n'est pas un « mal né » mais un « mal noué » [241]. C'est dans la caractéristique de cette construction d'un rapport au monde préobjectal, que le transfert du sujet psychotique ne semble pas possible sur une personne seule. C'est donc à partir de ce constat que la PI va imaginer que pour le psychotique, l'Institution existe comme « un objet de transfert ». « C'est ce désir de guérir, ce transfert institutionnel et cette identification primaire des psychotiques aux appareils de soins, qui sont dorénavant objets de l'analyse[242]. »

« La personne psychotique dissociée (…) ne peut transférer sur un seul psychanalyste comme cela se passe dans la cure type. Cela nous amène tout naturellement à prendre en compte l'institution comme tenant lieu d'objet de transfert (…) : en effet, dans l'établissement et avec

---

[240] PANKOW Gisela. L'Homme et sa Psychose. Paris, Aubier, 1969.

[241] OURY Jean. Les concepts fondamentaux, p 55-92. In : sous la direction de Patrick MARTIN, psychologue, psychanalyste, maître de conférences à l'IPSA, Angers. Pratiques Institutionnelles et Théorie de Psychoses, Actualité de la Psychothérapie Institutionnelle. Paris, L'Harmattan, collection : « Logiques Sociales », p 556.

[242] RAPPART P. La folie et l'Etat. Toulouse, Privat, 1994.

l'équipe soignante qui l'accueille, la personne psychotique peut instituer d'une façon partielle, des investissements de divers ordres sur des personnes, des choses, des espaces[243] ».

Ce transfert dissocié doit s'entendre dans le cadre de relations conceptualisées par les Kleiniens par l'identification projective pathologique qui appuie la dimension préobjectale du type de mise en relation du psychotique et la dimension défensive de la maladie psychotique décrite par WINNICOTT contre des angoisses disséquantes primitives.

C. Les concepts clés analytiques

Psychose comme pathologie de l'enveloppe psychique, de la fonction contenante

1. Le phénomène d'identification projective pathologique, les éléments Béta, la fonction Alpha : développement de l'appareil à penser les pensées.

Ce concept a été élaboré par M. KLEIN et W.R. BION ; il se base sur le postulat selon lequel, à l'origine il existe une pensée mais dépourvue « d'appareil à penser », une sorte de « pensée-acte » dont les produits font retour sur elle-même détruisant la capacité du sujet à faire de liens, à associer ; sans pouvoir signifier, ni représenter, elle éclate, éparpille et morcelle l'appareil psychique ; BION nomme ces produits les éléments « Béta » ou « l'impensant ». Ces « protopensées » sont des sentiments de persécution, de dépression, de culpabilité et des éléments hallucinatoires liés au sentiment d'une catastrophe imminente d'une mort physique. Ces impressions, ces « vivances » éprouvées par le nourrisson sont projetées par « identification projective » sur l'autre à savoir la personne « qui materne ».

2. La fonction « Alpha »

Elle est une fonction de « détoxication » de ces éléments « Béta » projetés, portée par l'environnement psychique maternel et visant à donner une forme « pensable » à ces fragments pulsionnels et ces angoisses primordiales, en leur conférant un contenant et une modification du contenu. Cette fonction permet donc une symbolisation primaire – notamment sous forme d'activité onirique -, le nourrisson se servant de l'appareil psychique de sa mère pour « se penser » et « se façonner un appareil à penser ». Elle constitue une « barrière de contact » protégeant, - par une membrane psychique semi perméable, en

[243] DELION P. Soigner la personne psychotique. Concepts, pratiques et perspectives de la Psychothérapie Institutionnelle. Dunod, Paris, 2005, p 205.

introduisant une dialectique divisant les phénomènes mentaux en endormi/éveillé, conscient/inconscient et passé/futur -, le psychisme, des impacts traumatiques de la réalité et la réalité, d'une perception trop déformée voire transformée par des phénomènes internes. Le refoulement Œdipien en serait un cas particulier, une sorte de fonction alpha autonomisée du sujet lui-même, émancipée de l'appareil psychique maternel. Cette membrane permet ainsi à la fois de permettre au sujet d'être dans l'échange tout en se protégeant. Cet appareil à penser est indispensable à la « santé » psychique d'un individu, c'est à dire à un fonctionnement « économique et écologique » en déchargeant le psychisme d'excès de stimuli, en construisant, par un processus de sublimation une pensée associée, des représentations à partir de fragments chaotiques.

3. De la dépendance fondamentale et des échanges primordiaux

A la naissance, le nourrisson est confronté à des perceptions violentes, urgentes, vitales comme la faim, pulsion de survie, le confrontant d'emblée à l'angoisse fondamentale de la destruction physique et de la dépendance absolue à un autre maternel dont il doit mobiliser le désir de le voir vivre. Ainsi, les Objets caractérisant le besoin sont-ils « mauvais » car ne se possèdent pas, il faut aller vers un autre pour les « avoir » et les prendre par incorporation. Il s'agit d'une première modalité d'échange à l'autre inscrit dans la nécessité et la dépendance. C'est de ce manque ontologique que procède la production par le nourrisson de protopensées violentes dont il se libérera par identification projective, car projetant non seulement de pulsions mais également d'une partie « du soi » ressentie comme dangereuse ou menacée, à l'intérieur de ce « soi » sur un autre. La rencontre avec le sein réel permet au nourrisson de faire, dans la réalité, l'expérience de « réalisation », par le retour d'éléments « Béta » « alphaïsés ». Le jeu de l'échange est en place et en mouvement, par authentification de leur réalité d'exister et d'avoir lieu par impact, impression dans le corps, se faisant « adresse » du sujet qui advient ainsi à lui-même. Lorsqu'il n'y a pas de rencontre possible entre la « préconception du mauvais sein » et le sein réel (Objet Réel), la préconception se combine à la frustration, à cet endroit de « non complétude », de « non recouvrement » naît la possibilité de penser et de désirer. La tolérance à la frustration, la capacité de l'endurer est un processus de formation à la capacité de penser. En effet, la supporter consiste à la transformer en éléments Alpha c'est-à-dire de pensées qui peuvent représenter le « non-sein », l'absence, d'abord en l'hallucinant puis en le rêvant, en l'imaginant pour différer, patienter et attendre en confiance la possibilité de rencontre.

La psychose est considéré comme pathologie de la confusion des registres de l'Imaginaire, du Symbolique et du Réel et une fusion de l'espace entre le Mot et la Chose, entre le Moi et le Je ou « le manque de manque »

4. LACAN : défaillance du système symbolique

La forclusion du Nom du Père

LACAN théorise comme nous l'avons abordé dans la partie historique, la Forclusion du Nom de Père comme, pour rappel, la faillite de la fonction symbolique induisant celle de l'accès au langage. Cette faillite est due à l'enfermement de la métaphore du Nom du Père, signifiant maître, faisant tenir le « JE » du sujet, procédant à la séparation-individuation de l'unité mère-enfant.

Le Stade du Miroir est une épreuve de castration

Elle consiste en la rencontre pour le sujet de son image et de celle de sa mère. Il rencontre donc du Moi et du non Moi. D'abord jubilatoire, cette expérience est rapidement éprouvante. En effet, elle confronte le sujet au vécu de sa division que l'on pourrait illustrer par l'impossibilité fondamentale de faire coïncider le Moi et le Je. Le Nom qui lui est attribué face à cette image du miroir le décolle de l'image à laquelle du fait de l'absence de profondeur du plan il ne peut adresser son vécu.

La question du manque

L'enfant s'institue dans le premier mouvement de ses échanges relationnels, l'objet du désir de la mère, le phallus, c'est-à-dire ce qu'il croit qu'elle le désire. Etant dans l'illusion de combler le manque de la mère, il est dans l'illusion de combler le sien. Cette stratégie vise à éviter l'effondrement psychique dont il se sait menacé. La mère est manquante en ce sens qu'elle est soumise à la Loi, elle a consenti à s'inscrire dans cette Loi ; Le fait que la mère, dans son désir n'est pas complètement occupée par son enfant, qu'il ne la comble pas, le décale, lui, d'une position d'Enfant-Phallus, identifié au Phallus Imaginaire – l'illusion fondatrice de l'enfant selon WINNICOTT -, celui qui comble totalement, qui se suffit à lui-même, sans autre. Ainsi, l'enfant va dit-il percevoir, au rythme des rêveries de la mère qu'il existe un autre pour cette mère, - le père – alors l'autre de l'enfant s'expérimente comme l'autre de la mère. Cet autre, pour l'enfant est celui qui détient alors le Phallus en lui, auquel il ne peut plus s'identifier, le chemin « se barre » à cet endroit.

La métaphore que LACAN va utiliser pour parler su désir de la mère est le Nom du Père. Ce Nom désigne ce que l'enfant n'a pas qui est la propriété de cet autre, qui est aussi ce qui se

vectorise vers l'autre, nommable par le désir de la mère. Parce qu'il est désiré par la mère, le père prend Nom. Ce Phallus Imaginaire par ce travail de métaphorisation – un Nom vient à la place du Désir -, le Nom du Père prend sa place, s'y substitue et le déloge vers le Refoulé par lequel il obtient un statut de Signifiant. L'enfant par cette opération castratrice symbolique se reconnaît sexué et se soumet à la Loi du passage d'Etre le phallus de la mère à Avoir ou Recevoir le pénis dans un espace où le corps de la mère est interdit par le père.

Parce que le père se présentera à l'enfant comme également soumis à la Loi donc manquant, « barré », soumis à la « castration symbolique », au fond mortel que l'enfant pourra se reconnaître dans une filiation.

D. **de la pathologie psychotique au sujet psychotique**

1. Gisela PANKOW : Sans dedans ni dehors

Nous avons déjà abordé une conception de la pathologie schizophrénique par la dissociation telle que l'envisage G. PANKOW, dans laquelle les parties perdent le lien avec le tout du corps, par défaut de modalités associatives et se projettent, réapparaissent dans le monde extérieur pour le sujet comme du non-lui. Il n'y a pas de lien dedans-dehors, il n'y a pas de dialectique possible ce qui place le sujet en de ça du rapport objectal.

2. Mais qu'est-ce que ce défaut de modalités associatives ?

Lorsque la barrière alpha est détruite ou insuffisamment développée, les éléments Alpha se transforment en éléments Béta, formant des « Objets Bizarres » car associés alors à des vestiges, des bribes des instances psychiques du sujet, constituant la réalité de la psychose faite d'un espace ni endormi ni éveillé, ni conscient ni inconscient, sans rêve et halluciné. Lorsque la frustration c'est-à-dire l'achoppement de la rencontre, est trop intense, répétitive, dépassant les capacités de la fonction Alpha, le sujet, ne pouvant la supporter, pour survivre doit y soustraire sa personnalité en expulsant les éléments Béta par tentatives d'identification projective, les Objets Bizarres persistent, ayant une continuité dans la persécution. Il en résulte un désinvestissement de la réalité extérieure insupportable, qui est alors déniée et un surinvestissement narcissique.

L'espace des éléments Béta est chaotique et agglutiné, il n'y existe pas de dialectique, donc pas d'espace d'échanges possibles entre un point défini comme différent et dissocié d'un autre pour pouvoir l'associer. Cette dimension introduit l'idée qu'il n'y a alors pas d'intentionnalité possible pour adresser quelque chose d'une demande ou d'un intérêt « vers », c'est un monde sans adresse, c'est un « nulle part » dans lequel le mouvement ne peut être que « errance ». Selon BION, cet « écran béta » caractériserait le lien psychotique. Au niveau du langage,

LACAN parle d'holophrase pour représenter, chez le psychotique, cette perception aliénante par laquelle l'espace et du temps sont collabés au sein même du langage, le S1, signifiant maître, étant collé au S2, représentant de la chaîne de signifiants, la pensée s'agglutine, ne peut plus s'associer et ne peut plus « penser ».

3. L'apparition de la psychose quand le père veut prendre place

Pour le sujet psychotique, LACAN dans *Ecrits* explique « c'est dans un accident dans le registre du signifiant, à savoir la forclusion du Nom du Père à la place de l'autre étant l'échec de la métaphore paternelle, que nous désignons le défaut qui donne à la psychose sa condition essentielle avec la structure qui la sépare de la névrose. » Le Nom du Père ne s'inscrit pas, il est « hors » de l'armature signifiante du sujet. Pour LACAN, la psychose apparaîtrait lorsqu'un père apparaît c'est-à-dire veut prendre la place du tiers, pour un sujet lui-même coincé dans une relation duelle avec quelqu'un, pour lequel cette position équivaut à un vide parce que forclose. La psychose – délire, hallucination - se déclenche quand ce qui est forclos est convoqué et ne peut surgir que de l'extérieur puisque forclos et non refoulé. Ainsi le sujet reste-t-il coincé en position de Phallus Imaginaire de la mère qui n'est pas imaginaire pour lui mais réel et peut entre en résonnance avec le fantasme de la mère d'avoir fait un bébé toute seule, d'être à elle-seule la loi, sa loi qui dénie la réalité de son enfant, le maintenant dans son espace imaginaire où il est sans défaut, où il comble le désir de sa propre perfection et ainsi la fait jouir. L'ordre n'est pas en place, celui qui établit une « distinctivité » entre l'Imaginaire, le Symbolique et le Réel, induisant une « con-fusion », nous permettant un lien avec le défaut de la « barrière Alpha » de BION. D'autre part, toute demande est rendue impossible, entraînant de ce fait une absence de parole ; pour qu'il y ait demande, il faut se reconnaître manquant et qu'on imagine et espère l'autre posséder ce qu'on demande. Enfin, en tant qu'objet de jouissance de la mère, il se perçoit comme un corps sans contenant puisque n'ayant pas accédé à l'identité spéculaire par laquelle l'image fait buter et renvoie des limites, des finitudes, trace des enveloppes.

Pour interroger comme le fait LACAN la curabilité de la psychose, il en interroge la réversibilité sans y répondre. IL avance cependant que le système du signifiant est un système en tout ou rien, en ce sens, il y a ou pas de signifiant du Nom du Père, au nom d'une logique de structure cependant il peut advenir le « je », la réalisation de la présence de l'Autre, quelque chose en creux qui permet l'expression du désir, peut-être par la création de système prothétique, de compensation Néo-Paternelle.

E. L'espace transitionnel selon WINNITCOTT

1. Une aire d'expérience vers un espace de potentiel

Il serait une aire intermédiaire d'existence, où s'éprouve hors contradiction ce que PIERCE appelle la logique du vague ou de l'indétermination partielle la possibilité d'être « avec et sans », de maintenir séparés et reliés l'une à l'autre réalité intérieure et extérieure, dans la conjonction-disjonction que nous avons abordée avec OURY dans la question de l'objet institutionnel. Il se déploie entre le subjectif et l'objectivement perçu, un « prélude à l'espace potentiel [244]». Cette promesse de « possibilité » est celle du poinçon de LACAN dans la formule du fantasme entre le sujet de l'inconscient et l'objet « a », c'est-à-dire du point de capiton entre les registres. Une « aire d'expérience » au sens où « c'est parce qu'il y a une expérience qu'il y a un individu » et non l'inverse. La transformation possible de l'espace transitionnel en espace potentiel résiderait dans la « communication par la mère d'un sentiment de sécurité qui donne au bébé un sentiment de confiance dans le facteur de l'environnement » ; en d'autres termes, que le point de vide dont nous parlions plus haut soit assez souplement agencé dans « le trésor de signifiants » du Grand Autre pour que le sujet qui advient ainsi en fasse un « Zusage » c'est-à-dire une zone de « fiance » et de « questionnance », une zone de créativité où le sens émerge comme espace sacré de la singularité ; Danièle ROULOT dit que « la fiance confiante possibilise l'élargissement de l'espace transitionnel en espace de potentiel (…) ».

2. La capacité, la contenance et l'effondrement

Cette zone dont nous parlons est en fait, dans son lien au langage, celle de l'irrémédiable rupture entre « la chose et le mot » pour paraphraser FOUCAULT. Ni le mot ni la chose ne « veulent » dire quelque chose dans le sens d'une intentionnalité à « dire quelque chose ». « Le sens du monde dit WITTGENSTEIN doit se trouver en dehors du monde. Dans le monde, toutes choses sont comme elles sont, et se produisent comme elles se produisent : il n'y a pas de valeur ; et s'il y en avait une, elle serait sans valeur. »

---

[244] ROULOT Danielle, médecin psychiatre ayant exercée à La Borde. Approche psychanalytique des psychoses en milieu institutionnel, p 71-92. In : sous la direction de Patrick MARTIN, psychologue, psychanalyste, maître de conférences à l'IPSA, Angers. Pratiques Institutionnelles et Théorie de Psychoses, Actualité de la Psychothérapie Institutionnelle. Paris, L'Harmattan, collection : « Logiques Sociales », p 556.

Le terme de « capacité », comme nous l'avons, vu prend sa consistance ici, à cet endroit, étymologiquement « qui peut contenir » et « se contenir » peut être, acquise par le processus de « se rendre capable de contenir » c'est-à-dire d'apprivoiser dans cet espace transitionnel la capacité de reconnaître puis d'accepter la réalité sans être confronté dramatiquement à « the fear of breakdow » de WINNICOTT c'est-à-dire la terreur de l'effondrement.

3. Le psychotique dans le lieu d'hospitalisation, dans l'institution

La personne psychotique est donc aux prises avec un registre pulsionnel violent, et son rapport avec cet autre étrange qui n'existe pas est dans la projection d'éléments de ce registre se déposant aux hasards de manière centrifuges dans l'autre qui se trouve là, échappant ainsi à rester en lui-même, c'est l'identification projective pathologique ; ce sont donc les autres qui l'entourent qui reçoivent violemment ces fragments épars « insensés ». Ces forces centrifuges à l'œuvre dans la psychose « font de la projection partout » et peuvent amener donc à éparpiller celui qui les reçoit, à les angoisser - cela rencontrerait en nous quelque chose de notre monde infantile - et donne le sentiment d'avoir envie de se rassembler. Il faut alors, pour les soignants, faire constamment cet effort de recentrement, que le psychotique ne parvient pas à faire, pour que ce qui a toujours tendance à s'éparpiller reste ensemble comme le dit Pierre DELION. C'est la problématique du transfert dans la psychose comme nous l'avons abordée et de son corollaire le contre-transfert manifesté par cette angoisse, constituant une véritable fonction de repérage. D'une certaine façon, le fantasme du psychotique est d'isoler chacun, l'amené à mourir seul dans son coin, l'asile réaliserait ce fantasme dans une forme qui succomberait au clivage induit par la déferlante de projections pathologiques telle décrite dans l'expérience de STANTON et SCHARTZ. La fonction de « rassemblement des fragments Béta est la constellation transférentielle permettant la reconstitution d'une approche en cohérence du patient. Il y a selon F. TOSQUELLES, une progression géométrique, depuis la psychothérapie à deux, à celle du groupe, à celle de l'institution.

4. Le concept de constellation transférentielle

F. TOSQUELLES appelle constellation transférentielle, une entité groupale caractérisée par un ensemble d'éléments ayant comme point commun d'avoir reçu de manière hétérogène ces investissements projetés et dissociés du sujet psychotique, décrits ci-dessus ou éléments Béta. Tout l'enjeu de la dimension psychothérapeutique de l'outil institutionnel s'illustre à ce niveau l'articulation entre l'individu et le groupe. En effet, le rassemblement de cette

constellation aura pour but de rassembler ces fragments et de les « psychiser » à l'instar de la fonction Alpha de BION. Selon P. DELION, « il ne s'agit pas de réunir un groupe qui prend en charge tel patient pour parler de ce qui se déroule aux niveaux conscients et objectifs, bien plutôt de réunir ce qui a pu ou peut être l'objet d'investissement partiel du sujet en question, que ce soit les soignants qu'il apprécie mais aussi ceux qui le persécutent, de façon à approcher les différents niveaux qui constituent la réalité psychique projetée du patient sur son entourage. »

A partir de ce travail d'élaboration et de perlaboration décrit par FREUD, la dimension institutionnelle de la relation se tisse précédant le travail suivant de contractualisation nécessaire à l'inscription dans le champ symbolique du social, en ce sens que le lien social se contractualise.

3. Le champ transférentiel, liberté de circulation, décloisement spatial et hiérarchique

Au-delà de la notion de constellation, RESNIK[245] élargit les caractéristiques de ce transfert à la notion de « champs transférentiels » nous ramenant la question du cadre analytique dans lequel se situe la PI. En effet, si la PI imagine que le sujet psychotique peut investir son entourage au sein de ce champ transférentiel et que ces investissements prennent une valeur signifiante, alors le patient doit pouvoir circuler librement dans ce champ. Cette dimension rejoint alors le fonctionnement de l'établissement, dans sa façon de faire entrer (accueil, capacité à tisser du lien), de faire circuler (fluidité des échanges et de rencontres) et de faire sortir (capacité à se séparer, à modifier les liens). Ainsi cette dimension du transfert est consubstantielle à celle de liberté de circulation, impliquant la nécessité d'abolition des clivages spatiaux (passages entre les espaces) d'une part, celle des clivages hiérarchiques (distinctivité[246] des relations tissées par des personnels hétéroclites) d'autre part, redonnant à la parole de chacun, du patient et des professionnels une égalité d'être.

L'hétérogénéité des espaces, des groupes, des activités thérapeutiques, des temps interstitiels est d'une importance colossale dans la démultiplication des possibilités pour le sujets de rencontrer l'autre, occasions de « transferts » ; cette liberté de circulation n'est pas une simple circulation physique elle implique le psychisme, qui tâche de tracer un chemin propre selon une trajectoire pulsionnelle absolument singulière sur la tablature institutionnelle (OURY). La

[245] RESNIK S. Temps des glaciations. Ramonville Saint Algne, Erès, 1999.

[246] Concept de OURY

fermeture des services de psychiatrie contraigne souvent cette volonté plus facile à dire qu'à faire comme le dit DELION de libre circulation, pervertissant le principe même de liberté en plaçant le patient en position infantilisante de demander « sa liberté d'aller et venir » , la seule issue alors vivable pour obtenir gain de cause est de se conformer à l'objet docile de la science médicale (DAUMEZON/GOFFMAN) qui fait ce qu'on attend de lui. In fine autour de cette question de la liberté de circuler, il s'agit de faire au mieux pour favoriser par la création d'une ambiance propice l'apprivoisement « du plus meurtri et du plus fragile » chez le patient pour le rencontrer et faire connaissance.

F. Le rapport temps-espace, l'avènement de la subjectivité par le perception de la délimitation du corps

1. Concept de transitionnalité.

a. Le premier point de définition

Pour aborder ce concept, Il s'agit de compléter la première approche sur l'espace transitionnel de WINNICOTT par la notion de l'image du corps, la présence/absence et la dialectique spatio temporelle de la constitution des représentations. Nous avons approché ci-dessus la dimension de la délimitation et de son problème chez le psychotique en comprenant que son image du corps [247]ne fait pas l'unanimité dans sa représentation psychique. Que cette image du corps soit morcelée, confuse, démantelée, négativée, forclose, projetée, il résulte l'absence de construction narcissique stable. Pour OURY, « le problème de la délimitation semble être le problème clé de la psychothérapie des psychoses. Tant qu'on n'a pas obtenu une délimitation du corps, on ne peut engager une thérapeutique qui fasse intervenir la notion d'historicité du sujet. On aboutit là, à une sorte de nœud entre la notion de temps et celle d'espace. On en a une approche conceptuelle par la limite du corps ».

En effet, l'accession à une subjectivation pour le sujet en devenir qu'est le petit d'Homme nécessite l'expérience de séquences vécues dans la présence et l'absence de l'autre. La notion de présence ne pouvant prendre sens que par l'expérience de l'absence, d'où la phrase de FREUD « l'objet naît dans la haine ». Autrement dit, l'autre ne commence à prendre forme que dans le vécu de la douleur, imprimée dans le corps, de son absence. Ainsi face à la forme de l'autre, celle de soi s'élabore sur les dimensions consubstantielles de l'espace et du temps.

[247] SCHILDER P. *L'image du corps*. Paris, Gallimard, 1980. et DOLTO F. L'image inconsciente du corps. Paris, Le Seuil, 1984.

Un espace se crée entre soi et l'objet en ce sens que sa présence/absence est autonome, distincte de la volonté du sujet, ce hiatus fait séparation, coupure dans une relation qui n'est plus fusionnelle mais peut circuler de l'un à l'autre.

b. Le second point de définition

Le second, nécessite que nous nous intéressions à ce qui se passe pour le sujet en l'absence de l'objet vécu douloureusement. C'est grâce à un processus d'abord d'hallucination puis de représentation psychique de l'objet que ce petit d'Homme va faire perdurer l'image de cet autre et créer ce que PIAGET appelle « l'objet permanent » celui qui ne manquera jamais, du fait de sa symbolisation par sa représentation. A partir de cette permanence acquise de l'objet, base de la construction narcissique, la possibilité de jeu, entre un signifiant et un signifié, un mot et une chose, va faire jour. L'espace transitionnel est le lieu de cette articulation possible, de passage de l'un à l'autre, entre le réel de la présence et l'imaginaire de l'absence. Il s'agit de se frayer un passage vers l'autre qui socialement ne peut être autorisé que le champ du symbolique. Entre le réel de la présence et l'imaginaire de l'absence, il y aurait ce qui nomme la chose, le symbolique. « Le psychotique ne peut se situer au niveau transitionnel, faire comme si ou faire semblant, soit qu'il se situe en deçà du transitionnel, incapable d'entrer dans le rôle à jouer, soit qu'il se situe au-delà du transitionnel, se confondant totalement avec le rôle joué. »[248] C'est bien dans ces présences/absences, entre le dit et le dire du discours que Lacan situe le champ symbolique, tramé des chaînes de signifiants.

Pour le psychotique, la répétition des séquences présences/absences ne peut pas être jouée (jeu du For Da), ne peut donc pas être dépassée sa dimension traumatique, en en récupérant une maîtrise partielle par abstraction, pour le rendre supportable. Le moi et son vécu ne peuvent plus s'isoler, s'échapper du traumatisme. Les symptômes obsessionnels, stéréotypiques, automatiques viennent répéter dans le but jamais atteint de donner sens, c'est-à-dire d'intérioriser une représentation. L'aliénation s'inscrit alors dans ce défaut d'intériorisation et d'appropriation pour le psychotique de sa propre temporalité, dans lequel mouvement et durée devrait prendre sens et non être réduit à une activité cadencée obsédante. « Réintégrer le temps perdu dispersé dans le corps dissocié permet l'assomption du temps retrouvé[249] ».

---

[248] DELION, DENIS, HENRY. Les aspects thérapeutiques du temps dans la psychose. Information Psychiatrique, numéro spécial, 163-180, 1982.

[249] DELION P. [249] Soigner la personne psychotique. Concepts, pratiques et perspectives de la Psychothérapie Institutionnelle. Dunod, Paris, 2005, p 205.

« Aboutir à la retempolarisation de l'espace projeté, c'est du côté du soignant utiliser l'alternance plus que la répétition qui peut souvent n'être que négative, sclérosante et mortifère. »[250] Le piège de l'aliénation est là, l'écho qui se fait par la pulsion de mort entre « ces forces entropiques du patient » et la recherche d'établissement dans l'Institution même au risque de se confondre.

« Du point de vue psychanalytique, il s'agit de parvenir « avec le temps » au passage d'une relation narcissique d'objet, à une relation non narcissique, ou bien de pouvoir comprendre et partager, dépassant ainsi le double transfert narcissique ou cercles de réciprocités empathiques, par le biais d'un échange de projections et d'introjections d'objets « migrateurs » qui peuvent abandonner leurs ports pour s'en venir vers d'autres et laisser ainsi leurs traces dans le champs « historique » de notre mémoire culturelle commune et distincte à la fois[251] ». Pour RACAMIER[252] « ce qui manque au psychotique est donc non pas la capacité de constituer un transfert, mais la capacité d'en éprouver la vraie nature, de le focaliser de le juger, de se distancier et de le prendre en main. » Ainsi, ce serait au niveau du processus qui confère le sens que le transfert achoppe dans son essence pour le psychotique, au niveau du retour de « sa représentation », de « son introjection » donc « du statut des interprétations possibles » que le problème se pose. Aucun lien associatif ne peut relier la multitude de référentiels à laquelle s'adresse le transfert du psychotique[253], le but du soin est de créer ce lien dans la constellation transférentielle, de greffer une représentation, une interprétation concédées au patient pour lui servir d'axe pour déclencher un processus de symbolisation[254].

2. Elaboration et Perlaboration

Le fondement de ce travail psychothérapeutique au sein de l'institution sera alors l'élaboration et l'interprétation dans un espace « du dire ». La fonction d'élaboration en interrogeant le transfert, interroge comme nous l'avons vu son corollaire le contre transfert dit « institutionnel » selon F. TOSQUELLES et par là même analyse la structure institutionnelle,

---

[250] DELION P. Ibid.

[252] RACAMIER P.-C, DIATKINE R., LEBOVICI S., PAUMELLE P.. Le Psychanalyste sans divan. Paris, Payot, collection « Science de l'Homme », 1ère édition : 1970, 1983.

[253] Référence au transfert multiréférentiel de Tosquelles.

cadre dans lequel le soin prend forme; l'interprétation « donne la clé du passage d'un espace dans l'autre » selon P. DELION. Il s'agit de créer une diachronie qui permet de sortir de la répétition pour s'inscrire dans l'alternance, le mouvement présence/absence, la temporalité. « Le transfert n'échappe à la situation de répétition que s'il est interprété. »[255]

a. Conférer une intentionnalité

C'est l'intervention de l'autre qui tente de com-prendre donc tente de donner du sens, de conférer une intentionnalité, qui convoque le sujet de l'autre et donne au signifié une valeur signifiante. Cette action interprétative de la constellation transférentielle pourra être utilisée par le patient psychotique comme le prêt d'un appareil psychique[256] dont la fonction réflexive mise à l'œuvre lui permettra par le jeu des identifications projectives rassemblées de se saisir d'une représentation unifiée de ce qu'il a adressé.

b. Un espace prothétique de repossibilisation

Autrement dit au risque de la répétition, Il s'agira au fond de créer un espace prothétique de « repossibilisation », un « tenant-lieu d'espace potentiel » à l'échelle de l'institution et de reconstituer un espace psychique interne par un travail sur les enveloppes via le corps c'est-à-dire « un trésor de signifiants » et le dégagement d'un « point vide » qui manque pour induire un processus d'élaboration. C'est l'association irréductible de ces deux dimensions qui caractérise la Psychothérapie Institutionnelle : « l'erreur la plus grave, dit TOSQUELLES, consisterait à établir (…) une psychothérapie additionnelle, non intégrée à la vie de l'hôpital (…) la cohésion du sens du monde vécu concrètement est indispensable à la reconquête de la cohésion intérieure. »

G. L'organisation de la stratégie thérapeutique

1. La notion d'incomplétude ou plutôt de « décomplétude »

Il s'agit d'une stratégie de prise en charge du patient dans la théorisation de la stratégie de prise ne charge pour le patient psychiatrique.

---

[255] DELION P. *Soigner la personne psychotique. Concepts, pratiques et perspectives de la Psychothérapie Institutionnelle*. Dunod, Paris, 2005, p 205.

a. Les rapports complémentaires

Reportons nous à la notion de « rapports complémentaires » décrits par F. TOSQUELLES[257]à partir d'une notion introduite par DUPREEL[258] pour lequel la dimension du travail en équipe, exige de chacun des professionnels, un questionnement constant sur sa façon de s'articuler avec les autres sous peine de voir se mettre en place des processus iatrogéniques inhérents au transfert à savoir le renforcement de mécanismes de défense tel que le clivage. « (…) ce qui régit les rapports institués entre différentes personnes qui concourent à la réalisation d'une même tâche (…). Le psychiatre n'a d'efficacité dans un service de psychiatrie que parce que la proposition de soin qu'il fait est relayée par des infirmiers, des psychologues, etc., mais avec la particularité que les actions s'articulent d'une façon logique pour celui qui doit se le représenter. »[259]

L'expérience de STANTON et SCHWARTZ[260] est très instructive, elle a mis en évidence les effets clivants du transfert dissocié sur le groupe de soignants, en en proposant une compréhension et une méthode de résolution.

b. La notion de décomplétude

La notion de « décomplétude » introduite par OURY insiste sur l'importance - en vue de protéger l'institution du glissement vers un fonctionnement figé donc totalitaire, aliénant – de considérer qu'il s'agit d'instituer et non d'établir des ensembles ouverts sur l'extérieur, qui du fait de cette souplesse sont applicables comme opérateur de soin à la psychiatrie de secteur, c'est-à-dire à la psychiatrie hors des murs de l'établissement. Ces ensembles ouverts dont les actions différenciées mais complémentaires concourent à un but commun autour du patient, doivent fonctionner à « géométrie variable » et sur « ce qui suffit » dans le même concept que « la mère suffisamment bonne » de WINNICOTT.

OURY par cette notion fondamentale aborde indirectement la question de l'autonomie, en effet, dans ce « juste ce qu'il suffit », ce qui est à comprendre est qu'il s'agit de répondre aux

---

[257] TOSQUELLES 1982. In : DELION P. Soigner la personne psychotique. Concepts, pratiques et perspectives de la Psychothérapie Institutionnelle. Dunod, Paris, 2005, p 205.

[258] DUPREEL E. Sociologue belge. *Traité de sociologie générale*.

[259] DELION P. Soigner la personne psychotique. Concepts, pratiques et perspectives de la Psychothérapie Institutionnelle. Dunod, Paris, 2005, p 205.

[260] RACAMIER. Expérience ayant eu lieu dans une clinique psychiatrique psychanalytique à Chesnut Lodge aux USA (F. FROMM-REICHMANN). A élargir avec l'ouvrage de HS SULLIVAN La Schizophrénie un processus humain 1998.

besoins « mais sans étouffer le temps nécessaire pendant lequel il construit psychiquement la représentation du besoin qu'il adresse, afin de pouvoir y répondre un jour lui-même. »
« De même chez le patient cette proposition s'appuie t elle sur sa partie saine, anticipant sur sa future autonomie et ses potentialités pour y parvenir. »

2. La valorisation de l'engagement pour une continuité des soins comme soubassement à la continuité d'exister

La maladie psychotique est chronique, elle renvoie à la durée et à l'engagement que nous avons abordé au début. Il s'agit de tenir comme « pare excitations collectif[261] » et se battre à deux niveaux qui ne doivent pas être confondus : la chronicité en tant qu'elle renvoie à un processus psychopathologique inhérente à la maladie psychotique elle-même et « la sédimentation » dont parle BONNAFE [262]inhérent à un processus d'aliénation sociale.
« La PI, par le setting qu'elle propose, assure une continuité des soins qui supplée à la continuité d'exister qui fait précisément défaut chez la personne psychotique et l'empêche de développer un transfert de type névrotique ».[263]« (…) la notion de « continuité des soins » n'est que la condition de possibilité de la prise en compte dans le travail psychothérapeutique de celle du transfert. » « Cette responsabilité de la responsabilité d'autrui »[264]et « une fonction phorique périnnisante ».

III. De la Théorie à la Praxis

A. Le collectif[265]

Selon OURY, il doit être une organisation d'ensemble pouvant tenir compte « d'un vecteur de singularité » .Il serait « une machine à abstraire qui élabore la loi du groupe [266] », une

[261] DELION P. Soigner la personne psychotique. Concepts, pratiques et perspectives de la Psychothérapie Institutionnelle. Dunod, Paris, 2005, p 205.

[263] DELION P. Soigner la personne psychotique. Concepts, pratiques et perspectives de la Psychothérapie Institution nelle. Dunod, Paris, 2005, p 205.

[264] LEVINAS E. Ethique et Infini. Fayard.1981.

[265] OURY Jean. Séminaire de Saint Anne. *Le Collectif*. 1986.

[266] DELION P. Soigner la personne psychotique. Concepts, pratiques et perspectives de la Psychothérapie Institutionnelle. Dunod, Paris, 2005, p 205.

institution créée par les inconscients des soignants en train d'accueillir les uns à côté des autres le transfert particulier du sujet psychotique. Il s'agit de poser là les modalités de fonctionnement de l'équipe de soin et sa survie en milieu hostile, telles que nous l'avons déjà abordées précédemment. Il s'agit d'une reprise de la notion de « polyphonie » de TOSQUELLES[267], faisant référence à l'harmonisation de lignes mélodiques variées pour en faire une partition cohérente et plaisante. Le rôle du collectif selon OURY se déploie dans divers champs fonctionnels :

~ La fonction de prise en charge et d'accompagnement dans la durée du transfert, il s'agit de la fonction dite phorique, métaphorique et sémaphorique ;

1. La fonction phorique :

C'est en quelque sorte les tréteaux, image donnée par P. DELION, que l'on installe pour accueillir les patients apportant « des signes ». En se livrant à une analyse de ces signes par interprétation et perlaboration - permis par la mise à disposition type fonction Alpha du psychisme des soignants -, prend naissance **leur fonction métaphorique**. Après le temps passé auprès et avec le patient montrant « ses signes », peut s'ouvrir à un discours qui dit alors ce qu'a été éprouvé par « ce » soignant dans sa rencontre avec « ce » patient et « ses signes »: le soignant devient porteur de signes, signes accueillis et non plus rejetés. La fonction phorique contribue à poser un cadre, un projet ultérieur, pour l'instant modeste, dont le sens peut échapper dans l'instant mais avec la conviction qu'il existe et qu'il apparaîtra en prenant la mesure du temps dans ce qui se passe. Ce concept[268] est tiré du Roi des Aulnes de M. TOURNIER, il concerne tout ce qui met ou laisse l'homme en situation de dépendance, tel qu'il a une besoin incontournable de l'autre pour être porté soit physiquement comme le bébé soit psychiquement ; cette fonction consiste à la création d'un espace psychique en l'autre-soignant pour accueillir ce que l'autre-patient y dépose et que en cela le non lieu devienne une adresse, un évènement.

La fonction sémaphorique

Quand le soignant devient le porteur de signes de ce patient là, il **devient la fonction sémaphorique,** du grec, « je porte des signes ». Les signes vont être décortiqués, analysés sur un plan psychopathologique avec les concepts analytiques exposés ci dessus, ce qui selon P.

---

[267] TOSQUELLES F. « Note sur la sémiologie des groupes » Bulletin technique du personnel soignant de l'hôpital psychiatrique de Saint Alban, fasc. B. 1962, 36-58. Dernier ouvrage de TOSQUELLES en 2003.

[268] DELION P. Un appareil collectif à penser les non pensées. Santé Mentale, dossier : La passion du secteur, N°59, juin 2001, p 53

DELION, nécessite non seulement des connaissances psychopathologiques mais aussi une intelligence psychoaffective. Le partage avec les autres n'est pas uniquement intellectuel, il s'enracine également dans l'affectif, il s'agit du contre transfert, qu'on pourrait tout aussi bien appeler comme le propose Salomon RESNIK, le double transfert. Selon BALAT[269], l'espace sémaphorique permet « d'engrammer des signes-indices de l'angoisse et de la défense contre l'angoisse », apparaissant dans le transfert- contre transfert ; il s'agit d'une feuille d'assertion, objet malléable, « substance d'interposition à travers laquelle les impressions sont transmises aux sens ». Cette feuille sémaphorique sert de base à la représentation laquelle permettra progressivement de se décoller de l'objet de la dépendance sans lequel l'objet dont il s'agit est une angoisse d'anéantissement.

2. **La fonction métaphorique**, c'est une fonction de partage. Le partage permet le portage réciproque de la singularité, se distinguant de solitude.

3. **La fonction phatique**, entre l'accueil, contact et trait unique identificatoire (trait unaire[270]) ;

« Le trait unaire de Lacan, ce trait qui dans la rencontre avec l'autre, nous le rend familier parce qu'il nous rappelle nos objets infantiles. Il s'agit de se distancier de la fonction et du rôle pour se centrer sur la fonction, c'est-à-dire obtempérer, en se mettant en lieu et place de là où il nous met, lui, pour qu'il puisse s'appuyer sur cet investissement, pour sortir de sa souffrance.

Il s'agit de faire s'articuler établissement et institution. Il faut le statut et le rôle pour mettre en place une fonction sans se perdre. Le rôle et la fonction ne se disjoignent pas, elles doivent s'articuler non sans souplesse.

4. **La fonction diacritique**, séparatrice des registres constitutifs de la réalité quotidienne selon les ordres symbolique, réel et imaginaire, au plus près du « semblant »[271].

---

[269] BALAT M. Le Musement du Scribe. Edition L'Harmattan, Paris, 2000.

[270] LACAN J. Trait Unaire. 1961-1962.

B. La Fonction d'Accueil

1. Citation de OURY

« Comment accueillir des gens qui, justement, ne demandent pas à être accueillis[272]. »

« Le prototype de la situation traumatisante pour OURY, c'est d'être sans recours, dans un état de dépendance vitale absolue, celle vécue lors des premiers moments de la vie humaine. Mais cette dimension ne devient effective que dans l'inscription qui la marque a posteriori, cette reprise a posteriori d'un évènement est un mécanisme de base de la fonction signifiante ou l'Après Coup du traumatisme. Les occasions traumatisantes sont nombreuses. Des demandes multiples émergentes qui doivent être traitées institutionnellement. De ne pas en tenir compte peut déclencher des cascades de décompensations qui aboutissent à transformer l'ensemble en un système plus ou moins organisé des peurs (...) avec son corollaire, la cristallisation des systèmes coercitifs (...). C'est dans cette perspective qu'une des fonctions de l'accueil peut être précisée. En effet, la structure elle-même peut être investie de telle sorte qu'elle joue ce rôle d'accueil[273]. Il est donc nécessaire de préciser le mécanisme de dépendance qui est en jeu dans les réactions catastrophiques. Etre dépendant de l'autre signifie ne pas avoir assumé la double coupure : l'une qui est le décollement du placenta de la mère, l'autre, plus « institutionnelle », qui est la coupure du cordon ombilical. On peut dire que cet « entre- deux coupures »constitue l'objet transitionnel[274]. Nous avons souvent pensé que la psychothérapie institutionnelle avait pour tâche, entre autres, de constituer des objets de ce type. En effet, le lieu des objets transitionnels est le lieu du surmoi et, comme le disait Mélanie KLEIN, le lieu des mauvais objets extériorisés ; c'est le lieu également de la culture(...)

Dès qu'apparaît une dimension phallique, elle s'imaginarise en forme de leader, de chef, de rôle, de statut qui ont une valeur marchande : cet investissement économique accentue la lutte contre la mise en acte de la fonction phallique de réversion. (...) Malheureusement une sorte d'organisation collective empêche ce système de réversion symbolique : la fonction phallique n'est pas assumée, ni la castration. Il y a maintien d'un surmoi extériorisé institutionnel, donc d'une structure oppressive et aliénante, antithérapeutique, donc absurde pour un centre à vocation thérapeutique. (...)

---

[272] OURY J. La moindre des choses. Propos recueillis par Olivier APPRILL, revue Chimères, N°31.

[273] GUATTARI Félix. « La Transversalité » dans la Revue de la Psychothérapie Institutionnelle, n°1.

[274] OURY emprunte cette notion de « l'entre-deux coupures » à LACAN à partir du concept de WINNICOTT.

L'important est de créer des occasions. Il faut des relais. Des rencontres multiples, partielles où la parole est transportée et fait vivre des souvenirs d'autres rencontres plus ou moins oubliées, pour arriver à créer à certains moments des reconnaissances personnelles. Ceci se rapproche des structures de complémentarité.
Elle se base, entre autres, sur la pratique analytique des rapports de complémentarité.(…)
Ces réunions peuvent arriver à construire, à la longue, une sorte de cohésion symbolique, même si apparemment, elles sont vécues par la majorité des participants comme assez informes et quasi inutiles. »

2La prescription médicale de soins

Posée lors de l'accueil du patient va définir l'espace de circulation du patient, qui va constituer « le champ transférentiel » ; il s'agira alors pour les soignants d'être attentifs « aux trajectoires pulsionnelles » de ce patient. « (…) des espaces différenciés, non réductibles l'un à l'autre, de sorte que la « ligne d'erre »[275]du patient sur la « tablature institutionnelle », sa trajectoire transférentielle soit signifiante. Les espaces ainsi différenciés peuvent alors par cette différence permettre d'accéder au choix, donc au langage aux « espaces du dire », leur élection pouvant alors prendre consistance, sens, mais ils ne doivent pas être clivés mais permettre des passages, des articulations les uns par rapport aux autres « dans le cadre de rapports complémentaires », entraînant une circulation possible donc un changement possible, une alternance d'états différenciés.
Cette stratégie thérapeutique implique donc de programmer à travers la définition des espaces de circulation le cadre thérapeutique c'est-à-dire celui du champ transférentiel, l'aléatoire c'est-à-dire celui du transfert, celui de la rencontre.

3. La vie quotidienne ou la « Vivance » selon DAUMEZON

La vie quotidienne n'est faite que de petits détails qui passent souvent inaperçus mais qui ont une valeur déterminante fondamentale. …) d'en saisir la portée (de cette ambiance) nous donne un moyen d'agir sur la pathoplastie. C'est comme le dit D.DENIS « dans la conception de OURY, elle signifie ce qui dans la pathologie du patient ne relève pas à proprement parler de sa psychopathologie personnelle mais qui relève des effets pathogènes de son

[275] DELIGNY F. *Ce gamin-là*. Film réalisé dans son lieu d'accueil des enfants autistes dans les Cévennes en 1972.

environnement. Celui-ci va « modeler » la pathologie pour l'alourdir de symptômes liés au dysfonctionnements de cet environnement humain, d'où l'instant de l'analyse institutionnelle pour déceler ces effets iatrogènes de milieu. »

~ **Le Club Thérapeutique**

Il s'agit d'une structure associative rendue possible par la circulaire du 4 février 1958, elle s'appuie sur la nécessité de l'intervention d'une association dans le travail thérapeutique, évitant que l'argent gagné par les patients lors des activités ergo thérapeutiques notamment reviennent à l'hôpital ; Il s'agit d'un dispositif organisateur et créateur des institutions de la vie quotidienne et facilitateur des rapports sociaux dans le lieu où il est mis en place.

1. Histoire

« le développement des véritables Clubs est relativement récent et semble résulter de convergence de plusieurs courants : remise en question des fondements de la psychopathologie par l'avènement du Freudisme ; doctrine de la thérapeutique active de Hermann SIMON à Gütersloh après la première guerre mondiale ; développement des thérapies de groupe aux Etats Unis à partir de 1930 ; les activités extra hospitalières s'inspirant de K. LEWIN à la Tavistock Clinic en Angleterre et aboutissant pendant la seconde guerre mondiale à des applications à la thérapeutique hospitalière ; l'impulsion donnée par BIERER à la constitution des clubs socio-thérapeutiques ; l'occupationnal therapy ; le développement des méthodes actives dans le domaine de la pédagogie proposé par MA KARENKO, MONTESSORI l'Ecole de Hambourg, Le mouvement FREINET ; les mouvements de scoutismes et les Auberges de jeunesse (…) les clubs thérapeutiques apparaissent dans cette perspective de remaniement structural de la société globale. Par la remise en question du style de vie intérieure des hôpitaux, ils ouvrent ceux-ci au monde environnant. Paradoxalement, ils deviennent des foyers de culture, refondant la vie collective sur une tradition authentique ; le phénomène de la folie retrouvant sa dignité par sa fonction de remise en cause permanente de nos règles de vie[276]. » Dans son texte de 1959, pour le rapport introductif aux journées annuelles de la Fédération Nationale des Sociétés Croix Marine à Paris, OURY reprend en détail l'historique et la conceptualisation des Clubs Thérapeutiques[277].

[276] OURY Jean. Histoire et Conceptualisation des Clubs Thérapeutiques. Le rapport introductif aux journées annuelles de la Fédération Nationale des Associations Croix-Marine, 1959.

2. De nombreux clubs vont être réalisés :

DAUMEZON à Fleury lès Aubrais, SIVADON et FOLLIN à Ville Evrard, LE GUILLANT à Villejuif, EY à Bonneval, BALVET et REQUET à Lyon, UEBERSCHLAG à Lannemezan, FANON à Blida, TOSQUELLES à Saint Alban et OURY à La Borde.

D'autres formes de cet opérateur « club » ont pu être expérimentés comme une classe coopérative (LAFFITTE 1985), une association culturelle (CHEMLA 1994), un journal (DELION 1997b).

On retrouve ces expériences dans différents types d'établissements comme les classes de plus en plus spécialisées, les instituts médico-éducatifs, les services de pédopsychiatrie, l'expérience de Eve-Marie ROTH en 1994, psychiatre en UMD à Sarreguemines, sur les traces de RAPPARD.

3. Faciliter l'accueil et instaurer une tablature institutionnelle

Bidault insistait dans sa thèse sur l'importance de la « non séparation entre la direction médicale et la direction administrative ». C'est à partir de la fonction d'accueil nécessaire pour qu'elle tienne ses promesses d'hospitalité au-delà de l'entrée, que la notion de club thérapeutique a été inventée par TOSQUELLES puis OURY. Autrement dit elle doit concerner tous les moments de la vie du patients.

CHANOIT[278]résume la création des clubs thérapeutiques comme tel : « Créer une prothèse sociale, adaptée au malade mental, lieu de rencontre facilitant les échanges sur un mode démocratique, lieu d'existence historialisé, être un instrument de la thérapeutique psychiatrique, approfondissement de l'observation clinique des malades en situation, mais aussi, groupe de pression vis-à-vis de l'hôpital, lieu de formation du personnel soignant, par sa mise en situation dans des rencontres déhiérarchisées, articulation des relations soignants-soignés autour des situations de réalité, ouverture sur l'extérieur facilitée par l'adhésion à une fédération de Clubs appelée Les Associations Croix Marine. »

Il s'agit d'une structure associative officialisée par la circulaire du 4 février 1958. Elle s'appuie sur l'intérêt de créer une association loi 1901 dans l'organisation du travail thérapeutique, évitant que l'argent gagné dans les ateliers thérapeutiques ne soit la propriété l'hôpital et non de ceux qui ont travaillé. Cet outil permet ainsi une autonomisation de la position tutelle de l'hôpital

[278] CHANOIT. La Psychothérapie Institutionnelle. 1995. PUF. « Que sais-je ? »

4. Un exemple d'organisation

Chaque Club est constitué d'un ensemble de personnel soignant et de patients selon une association Loi 1901. Le comité de secteur est une structure d'articulation des clubs, il est paritaire et est composé de moitié par les patients (2 de chaque club) et pour moitié de soignants dont le médecin chef, le surveillant chef, les autres personnels étant désignés par leurs pairs. Les objectifs immédiats de ces clubs sont de gérer les activités sociothérapeutiques : de pouvoir organiser la vie quotidienne du service en assumant la responsabilité des achats et des dépenses de chaque atelier comme la cafétéria, les ateliers créatifs, les ateliers de production (ergothérapie), en proposant des sorties de l'hôpital pour des activités culturelles (cinéma, conférences, visites…) ou des séjours thérapeutiques, en organisant des fêtes, des soirée culturelles, des repas améliorés….Ils veulent favoriser la réinsertion sociale et l'entraide. La règle fondamentale de fonctionnement dont sont garants les soignants : « écouter chacun » et « il y a place pour chacun ».

L'intérêt est de placer, comme le rappelle D. DENIS, le patient psychotique dans un monde ? rapport symbolique, où les échanges par la parole sont privilégiés par les réunions notamment, à côté des échanges affectifs et des échanges d'argent en tant que Tiers symbolique régissant des échanges économiques. Il souligne que les autres types d'échanges comme le troc ou autre »monnaie d'échanges » qui ont souvent cours à l'hôpital, l'ont également dans des lieux « hors la loi » comme la rue ou la prison. »

5. La tablature Institutionnelle

Les objectifs sous jacents sont de disposer d'une tablature institutionnelle d'espaces et de temps diversifiés possiblement utilisables par le patient, même à son insu, comme expression d'une trajectoire personnelle. Ces lieux et activités dans lesquels l'argent est « gagné » viennent autorisés les activités qui en « dépensent ».

6. Les moments « ensemble »

Une assemblée générale de tous les membres du collectif a lieu chaque semaine, un bureau est élu parmi les patients ; puis ce bureau élit son président, son secrétaire, son trésorier. Des réunions ont lieu où sont présents patients et personnel soignant afin d'envisager les problèmes à débattre et la prise de décisions, des votes sont organisés pour orienter les décisions budgétaires.

Une réunion hebdomadaire a lieu pour « accueillir » les patients entrants dans le service, autour d'un repas où leur sont expliquées les modalités de fonctionnement du service, de leurs

présenter les patients ayant une fonction représentative au sein du club, comme recours possible en cas de difficultés, les soignants se repèrent comme « conseillers techniques ».
Au moment de l'avènement de la politique de secteur, le dispositif-club a été élargi en « clubs de secteur » et « clubs extrahospitaliers ». En parallèle, s'est développé un travail intense de lien avec les autres associations de quartier.

Les réunions

La réunion du matin, dite abusivement « de programmation », où précisément il ne s'agit pas de programmer, propose une grille d'activités possibles pour la journée. Le membre de l'équipe qui anime la réunion inscrit le patient. Cette réunion illustre la difficulté et la vigilance nécessaire pour se dégager d'imposer au patient « qu'il soit ce que le soignant veut qu'il soit en lui imposant une activité ». Cependant, le désir naît du désir de l'autre, ainsi le désir du soignant qui s'exprime ouvre aussi pour le patient dont le désir est en perdition la possibilité d'être reconnu comme en capacité de quelque chose.

Ces organisations **permettent de vivifier l'ambiance** dans laquelle se passent les soins, de responsabiliser les patients quand à leur activité luttant ainsi dans le fait même contre le processus d'aliénation et d'introduire de la différence entre les lieux et les temps, en pondérant le vécu dans la rythmicité. Il y a là une véritable dialectique entre l'accueil, le club thérapeutique et la fonction phorique. Elle met également en évidence de façon synchronique les allers et les non allers dans la trajectoire du patient, les RDV manqués étant aussi importants que les RDV honorés en référence au « travail du négatif » de GREEN 1983.

Au total :

Les clubs ont été créés pour humaniser l'hôpital, ils se sont ensuite développés hors des murs de l'hôpital ; ils assument au sens large une fonction Tiers dans la relation entre les différents acteurs, ils élaborent la loi du groupe et du fonctionnement des institutions selon D. DENIS[279], ce tiers est essentiel au traitement de la psychose.
Ce sont des structures plurielles et changeantes, nécessitant un véritable travail de mise en forme. L'équipe de soin ne se caractérise pas en elle-même, elle draine avec elle les patients mais également un réseau complexe fait « d'enseignants, notaires, avoués, notables locaux, des membres du clergé ou de la gendarmerie, ou des administrateurs parachutés de l'Etat, des amis divers des malades, et évidemment des membres de la famille parmi lesquels ne règne

[279] D.DENIS Psychiatre des hôpitaux, chef de service du secteur 2 au CESAME, Centre de Santé Mentale à Sainte Gemmes sur Loire, entretiens de juin juillet 2009.

pas toujours un accord parfait »[280]Au-delà du Club J. OURY parle de fonction Club, pour souligner les implications thérapeutiques dans leur complexité de cette organisation en synthétisant : la production d'effets de circulation d'objets, d'argent, d'affects, de signifiants ; branché sur l'organisation de l'établissement, il travaille l'ambiance et met en mouvement le désir inconscient de chacun, articule la fonction d'accueil, allège les positions hiérarchiques statutaires et favorise la hiérarchie subjectale, en dehors du statut « soignant », « soignés », en « jouant pour de vrai » à décider, à faire ensemble, échanger, parler, bref à se débrouiller de soi et de l'autre pour aller quelque part.

- **Le travail en équipe ou quand à la parole de chacun est à égalité d'être pour se dire**

1. **La question du système hiérarchique ou abolition d'une coercition qui « cloue de bec »**

C'est en référence à la fonction diacritique que les notions d'établissements, d'institutions, de rôles, de fonctions et de statuts se sont décollées en vue de faire émerger un niveau de relations basées sur des valeurs subjectives. La dimension de « hiérarchie subjectale » en lien avec la possibilité, la facilitation donnée à l'expression de la parole témoignant des possibilités d'initiatives et de créativité offertes par le système et sa hiérarchie. Pour que les promesses d'une rencontre possible entre le patient et les professionnels, il est indispensable que ceux-ci soient également désaliénés et reconnus par la hiérarchie comme sujet de soin auquel il va donner une teinte singulière par ce qu'il est au-delà de sa compétence. Il s'agit de la « plus value » de la rencontre, celle qui au-delà du besoin satisfait, donne « le désir de vivre ». Il faut que les initiatives soient possibles puisqu'elles sont thérapeutiques et viennent témoigner de la liberté de la rencontre. Ce passage d'une hiérarchie statutaire à une hiérarchie fonctionnelle ou subjectale, a conduit F. GUATTARI à développer le concept de transversalité.

2. **Le concept de tranversalité**

Selon F.GUATTARI[281], il s'agit du: « mode relationnel où l'assujetti devient sujet ». De ce concept, découle la nécessité de transformer l'établissement hospitalier en neutralisant les effets pathogènes de la hiérarchie entre soignants et entre soignants – soignés. L'enjeu de

[280] TOSQUELLES François. De la personne au groupe. A propos des équipes soignantes. Collection « Des Travaux et des Jours. Edition Erès. P 260. 1995.

[281] GUATTARI Félix. Psychanalyse et transversalité : essai d'analyse institutionnelle. Paris, Maspéro, 1972.

créer des institutions démocratiques est de « substituer une logique du multiple, du différent intégrable à celle de la hiérarchie militaire lorsqu'elle dit : je ne veux voir qu'une tête, lorsqu'elle institue l'équivalence de chaque soignant, devenu interchangeable et mis hors de position d'assumer, d'entendre et d'analyser les effets du transfert[282] ».

3. découverte du fonctionnement démocratique du groupe.

a. Analyse Institutionnelle de l'entourage immédiat du malade dans le cadre de la thérapie institutionnelle[283]

« (…) le mode de relation qui existe entre le groupe des malades et le groupe des infirmiers se transmet tel quel entre le groupe des infirmiers et le groupe des malades. (…) Si le médecin développe vis-à-vis de l'infirmier des rapports de désaliénation –liberté d'expression, respect de l'Autre, relation de sympathie, remise constante sur le plan de la réalité, etc. – l'infirmier sera amené à développer les mêmes relations vis-à-vis du malade. Le groupe des infirmiers apparaît alors comme un système de médiation entre l'instance médicale et le malade. »

b. La valorisation de l'initiative

« La responsabilisation de soignants ne peut se réaliser qu'en permettant l'instauration d'une autonomie progressive du fonctionnement groupal. »

« La définition de la structure démocratique donnée par Kurt Lewin se retrouve ainsi énoncée : directivité au niveau des procédures et non directivité au niveau des contenus. »

« Cette structure permet la réappropriation personnelle, la désaliénation par la redécouverte de ce que Moreno appelle la spontanéité créatrice. »

La liberté de parole dans le Collectif est le corollaire de la liberté de circulation des patients sur la tablature institutionnelle.

4. L'analyse institutionnelle

Cet outil sert à soigner le milieu et ses systèmes d'aliénations (constellations transférentielles, rapports hiérarchiques, clivages, phénomènes de groupes, etc.), en fait à soigner l'aliénation sociale.

a. Le principe de SCHWARTZ et STANTON

[282] ALLIONE C. 1995

[283] OURY Jean. *Psychiatrie et Psychothérapie Institutionnelle*. P39.

Les clivages à l'œuvre dans l'institution, Sur le base du principe de Stanton , sociologue et de Schwartz, psychiatre[284] ou comment l'équipe peut rester thérapeutique et résister aux impacts des projections psychotiques sans éclater également et se trouver submergée par la pulsion de mort à l'œuvre dans le principe de déliaison. Quand une équipe va bien, ce qui est projeté comme dissocié revient au patient, associé. Et inversement. Quand le patient va mal, il est possible de s'interroger sur la santé de l'équipe et son état de dissociation réciproquement.

Il existe maintes possibilités de clivages : Clivage de type statutaire : Entre les équipes de jour, de nuit, d'intra, d'extra, entre psychiatres, psychologues ; entre éducateurs et infirmiers, entre infirmiers DE et infirmiers PSY ; Clivages inter subjectaux : Toi et moi, eux et nous, moi-moi-moi… ; Les clivages intra subjectaux : Entre les différentes instances psychiques.

b. La pathoplastie

La pathoplastie est le principe qui sous tend la iatrogénie correspondant à la capacité du patient pour s'adapter à l'Institution de développer d'autres symptômes n'ayant pas de lien avec sa pathologie.

c. La fétichisation

La fétichisation de certains outils en lieu et place des questionnements qui avaient précédé la formalisation de ces concepts. Le Fétiche est l'objet élu chargé de recouvrer la place du manque chez la mère dont nous avons longuement parlé dans la métaphore du Nom du Père selon la conceptualisation de LACAN. Ainsi un objet fétiche institutionnel viendrait cacher et donner l'illusion de maîtrise des soignants, c'est en fait le déni de la décomplétude dont parle OURY en lien la qualité première du soin d'être « suffisamment bon ».

d. Les Réunions

Par définition, la réunion constitue le lieu et le temps où le Collectif s'éprouve dans son vécu tel une Equipe ou non ; elles sont un espace indispensable pour « décoller » ce qui est du contre transfert, de notre position subjectale et préserver la position thérapeutique nécessaire. La dimension des constellations pathologiques soit paranoïaque, soit hystérique est à analyser. BION[285] découvre l'existence de trois groupes « d'hypothèses de travail » qu'il appelle « hypothèses de bases : la dépendance, le couplage et l'attaque-fuite. » Plus le groupe pourra repérer par quelle hypothèse de base il est travaillé et plus il fera avancé son hypothèse de

[284] RACAMIER P.-C, DIATKINE R., LEBOVICI S., PAUMELLE P.. Le Psychanalyste sans divan. Paris, Payot, collection « Science de l'Homme », 1ère édition : 1970, 1983.

travail. Il apparaît donc essentiel en travaillant sur l'inconscient du groupe et son fonctionnement de déplacer les résistances inhérentes au psychopathologique.

Les réunions de déploient en réseau qui font repère dans la tablature institutionnelle comme point d'ancrage pour les soignants pris dans le soin dans la circulation. OURY considère la réunion comme un concept qui organise le collectif.[286] ROTHBERG insiste sur les trois niveaux fonctionnels de la réunion : Echanges d'informations, Partages de décisions et Echanges affectifs. Le filet de réunions sert à construire l'activité du service (décisions sont prises démocratiquement après un temps de réflexion et élaboration); en tant qu'espaces de discussion clinique et espaces de transmission et échanges d'informations. En fait, elle incarne la mise en place par le partage de la parole qui circule les connexions de type « et », « ou » et « avec » tissant ainsi un réseau qui n'est autre que cette entité psychique collective « Objet Institutionnel » et fonction Alpha.

5. La place des soignants

a. Participation à l'action psychothérapeutique

Le fameux débat dans le cadre du groupe de Sèvres : « La participation des infirmiers à la psychothérapie », débat au cours du quel René DIAKTINE proposait aux infirmiers un rôle d'aide à la vie quotidienne, sorte d'ambassadeur de la réalité (RACAMIER), tandis que Jean OURY insistait sur la position de participation à part entière à la psychothérapie institutionnelle. En effet, DIAKTINE considérait comme des « contre attitudes » les réactions affectives vécues par les infirmiers, le contre transfert ne pouvant s'entendre que dans le cadre de la cure analytique orthodoxe. OURY soutenait le terme de TOSQUELLES de « contre-transfert institutionnel » pour indiquer que la réflexion sur le transfert, la constellation transférentielle devait impérativement se faire eu égard aux « sujets » que sont les patients et les soignants plutôt qu'en référence aux statuts, stériles dans son rapport à la rencontre.

b. La « sous-jacence »

L'infirmier est avant tout celui qui participe et maîtrise l'ambiance, c'est-à-dire à ce système institué, réseau d'échanges imaginaires, symboliques et réels dont la maîtrise est à acquérir par le médecin pour qu'il puisse l'orienter dans une perspective de désaliénation et de psychothérapie. Il est bon d'insister sur le fait que les équipes sont traversées, travaillées en permanence dans« la sous jacence »[287], c'est-à-dire par ce que BION[288]a proposé d'appeler *les*

---

[286] OURY Jean. *Psychiatrie et Psychothérapie Institutionnelle*. P39

basic asumptions ou « hypothèses de base ». « La fonction Balint est donc le résultat d'un travail fait sur la relation entre un soignant, un pédagogue, un travailleur social et son « client »[289] sans que celui qui propose la fonction Balint n'ait à rencontrer le client.

c. **La disponibilité et la vigilance**.

La disponibilité se situe aussi bien sur le plan individuel que sur le plan de la « groupalité ». Elle se manifeste aussi bien dans le domaine inter subjectif, que dans le domaine strictement spatial, architectural. C'est la qualité qui se saisit de l'évènement, de ce qui surgit, de l'insolite dont il faut avoir la maîtrise de « l'entour » pour en éviter la dimension traumatique dans le sens où le développe OURY.

La vigilance quand à elle, s'obtient dans le groupe par un système très précis de multiples réunions qui induisent une attention, étymologiquement « un tendre vers », justement en direction de ce patient psychotique pour lequel nous avons vu qu'il y avait un achoppement de l'intentionnalité, de la possibilisation, de la transpassibilité. L'acquisition de ces différents aspects culturels du groupe des soignants exige une direction médicale constante ; d'où la constitution d'une équipe thérapeutique dont la maîtrise assure une technique de l'ambiance, cette ambiance étant cet entour psychoaffectif, donnant une tonalité, une couleur à l'espace en fonction du degré de ces qualités en alternance en creux par la disponibilité et la vigilance comme une sentinelle, c'est ce travail qui est le thérapeutique.

6. Formation des soignants

La formation des soignants comme moyen de tissage d'une culture commune pour faire Collectif et de Résistance face à la Pulsion de Mort

De manière concrète dans l'histoire de la PI, deux organismes vont voir le jour :

~ **Les CEMEA**

En 1952 , Germaine LEGUILLANT et Georges DAUMEZON créent les CEMEA, les centres d'éducation aux méthodes actives ; les infirmiers psychiatriques y sont accueillis en formation sous forme de stages afin de se familiariser avec les techniques de soin en groupes, les

amenant à réfléchir à leurs pratiques et à les modifier progressivement en profondeur. Ils existent toujours.

~ **Les Associations Culturelles**

Elles ont vu le jour dans la nécessité éprouvée par les soignants de se retrouver pour échanger, élaborer, perlaborer leurs expériences. Le premier mouvement est né à Saint Alban où TOSQUELLES avait proposé à la lecture les deux ouvrages clés qu'il avait ramenés d'Espagne, le texte d'Hermann SIMON sur les *Thérapeutiques Actives* et la Thèse de Jacques LACAN sur une nouvelle approche de la paranoïa. Il s'agissait de créer cette « boîte à outils conceptuels » dont parle OURY, base réflexive qui servirait de référentiel à la PI. C'est-à-dire s'interroger ensemble sur : « Qu'est qu'on fait là ? Pourquoi on est là ? Comment peut-on penser, avec quoi ; quels sont les outils de notre pensée ?[290] », finalement le trivial de notre condition marquée du quotidien dont il s'agit d'extraire de la surprise, de l'émerveillement. La fédération Inter association culturelle a été créée effectuant notamment un travail de formation continue important au quotidien.

7. Au-delà….et en conclusion nous laissons la parole à OURY

a. La lecture

« Mais à l'arrière-fond de ce murmure ou de ces cris une structure langagière est manifeste. C'est elle qui pose la question et la retourne en réponse « qu'est ce qu'on fait là ? »Il y a forcément un sens à tout ça. Nous sommes de plein-pied dans la sémantique. (…) un style de vie collective se matérialise dans des réseaux inconscients. (…) C'est cette épaisseur de langage que nous pouvons appeler « contexte », au sens linguistique de ce terme. Il est ce dans quoi nous vivons ; réseau de sens, « trésor de signifiants ». Il est ce qui se manifeste là d'un grand Autre.

(…)

C'est ainsi que des lieux privilégiés se dessinent : plages sur lesquelles des séquences vont s'inscrire, « autre scène » sur laquelle va se jouer de façon fulgurante un acte de révélation d'un sens. Cette saisie d'une signification, toute ramassée en une sorte d'éclair, d'un instant de voir, à une structure syntagmatique. Ce syntagme[291] est un fantasme qui émerge, incarné dans un espace précis qui semble prédisposer à de telles cristallisations. C'est un phénomène banal mais précieux, s'il est ressaisi dans le contexte actuel du Collectif. (…) ce qui est

[290] OURY Jean. Psychiatrie et Psychothérapie Institutionnelle. Traces chez Payot. P 326. 1976.

[291] Groupe d'éléments formant une unité dans une organisation hiérarchisée.

accueilli (par l'institution) est un fantasme. Chaque individu arrive avec son lot de fantasmes (…)
L'interprétation ne peut se faire que du lieu de l'Autre. Cet Autre est ce qui permet de tenir dans le réel, sans sombrer dans une dimension mystique et dangereuse d'une présence révélée. Il est donc nécessaire que dans une dialectique très spécifique du Collectif, quelques personnes puissent tenir cette place. (…)
C'est aussi un des buts de la psychothérapie institutionnelle.

Les réunions apparaissent comme des carrefours, non pas forcément champs de signification, mais bien plus pièces constituantes d'un appareil sémantique.
(…) ce qui nous intéresse, c'est de suivre à la trace le sujet. Or celui-ci ne se manifeste pas dans son immanence, il ne peut être que repéré. Et ce repérage est ce qui se manifeste comme système du désir.
Rappelons les trois modalités du pouvoir, du savoir et du vouloir, chacune recouvrant respectivement (…) l'articulation sujet-objet pour la première, l'opposition destinateur-destinataire pour la seconde et pour la troisième, « les circonstances articulées en adjuvant-opposant ». Les prédicats de base étaient le désir, la communication et la participation, l'analyse prédicative d'un message montre que les actants ne sont connus que par l'intermédiaire des Fonctions et des Qualificateurs, spécifiées par les notions de modalité et aspect.

b. Le lecteur

« (…) c'est qu'elle (PI) a à traiter avec des gens qui sont en panne dans leur désir et que ce qui est à réparer se trouve dans cette région qui n'a pas statut d'existence : l'Inconscient, mais qui justement surdétermine les actions les plus diverses.

La Réhabilitation Psychosociale

Partie 1 Histoire

Introduction

Cette citation du manifeste de RPS élaboré par le Comité de RPS français nous est apparue précieuse et particulièrement claire dans sa façon de synthétiser les éléments clés, pour qui veut aborder la RPS dans sa complexité et tenter de s'y repérer.

« La réhabilitation est le concept structurant qui est aujourd'hui le plus porteur de progrès, c'est-à-dire d'espoir pour les patients. Bien entendu, la réhabilitation n'est pas un concept unique, homogène, elle regroupe beaucoup de courants divers, traitant d'aspects qui se situent souvent sur des plans différents. (…) Mais ces courants (…) vont tous dans le même sens »[292] : celui de l'insertion, de la citoyenneté, de la qualité de vie, de la dignité, de la réalisation personnelle, de la lutte contre la fatalité, l'abandon, la relégation dont sont victimes les personnes souffrant de troubles psychiques, et qui subissent (…), les préjugés, la défiance, la passivité de la société qui ne les reconnaît pas comme ses membres, et parfois même le scepticisme ou le découragement de ceux dont c'est la mission de leur porter assistance. »

« (…) il est nécessaire que les choses bougent, que chacun se mobilise, professionnels sans doute, pour mettre en œuvre ces méthodes, mais aussi la société pour changer son regard et faire un meilleur accueil, les familles pour soutenir et accompagner, et aussi les malades eux mêmes, qui doivent (…) prendre au sérieux leur « devoir de patient », un devoir de franchise et de loyauté, envers ceux qui, dans un cadre garanti par la déontologie soignante, investiront leur savoir et leur temps pour que les réalités s'améliorent. »

I) Historique de Réhabilitation Psychosociale (RPS)

Nous vous proposons d'aborder l'histoire de la RPS en adoptant deux approches : celle de la RPS en France, plus précisément des expériences de réhabilitation au sens large que nous pourrions considérer comme précurseurs et celle des Etats Unis.

A) En France

1) L'esprit de réhabilitation et la promotion d'une psychiatrie sociale

[292] D. Leguay et le comité français pour la Réhabilitation Psychosociale. Proposition pour un « Manifeste » de réh@b.

a) FERRUS et FALRET

Comme nous l'avons vu, FERRUS et FALRET au XIXème siècle, ont prôné une attitude pragmatique visant clairement à faire sortir de l'asile les patients et à les réintégrer socialement. FALRET, comme PINEL, défend le traitement collectif et la « consolation » par l'atmosphère de l'asile et de l'isolement. Très soucieux des conditions de vie des aliénés, il se fait précurseur notamment, de la psychiatrie sociale. Il développe une société de patronage dans ce sens. « Après avoir remarqué les difficultés de réinsertion des malades, en particulier des femmes aliénées, tenues à l'écart par leur famille, sans abri, sans travail, et leur tendance bien compréhensible à sombrer dans l'immoralité, il a créé une structure intermédiaire, à la fois asile et lieu d'intégration sociale, établissement charitable et lieu de soins. Les convalescentes sont confiées à des « patrons et patronnesses » qui leur servent d' « introducteurs dans la société », rétablissant les liens défaillants avec la famille, « moralisent » les mères, protègent les enfants. »

Un exemple de pragmatisme est également donné par Guillaume FERRUS. Convaincu de la nécessité de faire travailler les malades, il ouvre, près du Val de Grâce, « la ferme de Sainte Anne » où les activités vont de l'élevage au nettoyage. Il participera au côté de FALRET à une commission pour l'élaboration de la loi de 1838.

b) HERMANN SIMON

Bien que allemand et non français, nous citons de nouveau pour mémoire et pour souligner le caractère essentiel de ses travaux, HERMANN SIMON. « (Il) met en valeur la nécessité de soigner l'institution pour qu'elle devienne soignante et l'importance des thérapies actives à visée réadaptative sur le modèle de la médecine somatique »[293]. C'est cette dernière proposition qui est retenue par la RPS et qui la différencie de la PI laquelle retient la première.

c) L'expérience de LE GUILLANT

En 1940, Le GUILLANT, à l'hôpital psychiatrique de La Charité sur Loire vit une expérience qu'il relate dans un article, de 1946, dans la revue L'Hygiène Mentale, intitulé *Une expérience de réadaptation sociale instituée par les évènements de guerre.* Lors des bombardements de 1940, les malades de l'hôpital de la Charité sur Loire, dont Le Dr LE GUILLANT L. était alors le médecin-chef, sont évacués et livrés à eux-mêmes. Il fit une enquête pour retrouver les malades disparus. Il constata que 30 % furent recueillis par leur famille ou des tiers, auprès desquels ils ne posaient aucun problème de comportement. Ils

[293] G. VIDON, F. PETITJEAN, B.BONNET-VIDON. Thérapeutiques Institutionnelles. EMC, psychiatrie, 37930 G10, 10-1989.

s'étaient réadaptés à des activités rurales et agricoles. Un autre tiers revint à l'hôpital soit spontanément soit réadmis par voie d'autorité, ils étaient alors incapables de se réadapter à la vie courante ou présentaient toujours des troubles du comportement incompatibles avec une vie sociale. Le dernier tiers disparut.

Après cette expérience, certains psychiatres s'interrogèrent alors sur le bien fondé de l'hospitalisation de certains malades. Ils intervinrent auprès des familles pour les encourager à reprendre « leur malade », ils multiplièrent les sorties d'essai pour échapper aux mesures administratives lourdes et lentes que nécessitait la levée les placements. Pour les patients dépendants, se posait une question grave, celle d'une meilleure chance de survie dans ou en dehors de l'hôpital psychiatrique en cette période où la disette sévissait partout. L'asile perdait clairement sa dimension hospitalière qui justifiait socialement depuis tant d'années l'internement et son corollaire, la privation de liberté. La famine signa donc la faillite de l'asile, la dénonciation de l'aliénation et l'impératif d'une réforme qui entra en résonance avec la Libération.

2) Les premières expériences de réhabilitation ou « Les Social-thérapeutes[294] »

Pour rappel, voici les expériences dont nous avons parlées précédemment qu'il nous a semblé intéressant d'inscrire dans le courant de la RPS dans la mesure où nous avons évoqué qu'elles s'écartaient de l'esprit de la Psychothérapie Institutionnelle (PI) pour davantage correspondre à celui de la RPS.

a) Le Centre de Traitement et de Réadaptation Sociale de Ville-Evrard

Il s'agit de l'œuvre de SIVADON[295], « la ferme de Neuilly sur Marne ». Après avoir dénoncé les conditions d'hospitalisation et de soin inacceptables des patients en psychiatrie, - soulignant un taux d'occupation des lits de 200 %, un médecin et un interne pour 500 patients -, il est le premier à passer une convention avec la Sécurité Sociale[296] et la Préfecture, qui acceptent de prendre en charge les maladies psychiatriques. Il obtient des moyens et

---

[294] AYME Jean. La Psychothérapie Institutionnelle : Origine, Histoire, Tendances, 1995, pp 25-53. In : Pratiques Institutionnelles et Théorie des Psychoses, Actualité de la Psychothérapie Institutionnelle. Sous la direction de Patrick MARTIN, psychologue, psychanalyste, maître de conférences à l'IPSA, Angers. L'Harmattan, Logiques Sociales, 1995, p 556.

[295] SIVADON Paul. Une réalisation d'assistance psychiatrique hospitalière, le CRTS de Ville-Evrard. AMP, tome II, N°3, octobre 1952, p329-367.

[296] Créée en 1945 par le Général de Gaulles.

réorganise son service. Il crée notamment des centres de post cure, des centres de réadaptation professionnelle, d'hôpitaux de jour. Son dispositif eut une telle renommée qu'il fut chargé d'organiser le dispositif psychiatrique de la Mutuelle Générale de l'Education Nationale La Verrière.

Sa conception des troubles mentaux fait appel au concept d'adaptabilité de l'individu, l'étiologie abordée de manière circulaire, corrélée à des dimensions bio psycho sociale et non linéaire. Sans rejeter la psychanalyse, la vision thérapeutique de SIVADON est l'aménagement de l'appareil de soin, centré sur une position rééducative et ré adaptative. « La maladie mentale est la conséquence avant d'être la cause d'un trouble dans les rapports individu-milieu. (…) La maladie est constituée par une régression, mais sa cause nous paraît résider dans l'incapacité pour l'individu d'établir un mode satisfaisant d'adaptation au milieu. Cette incapacité est liée à l'écart entre les exigences du milieu et les aptitudes fonctionnelles du sujet (...) ». Selon J. AYME, SIVADON écartera les concepts analytiques et sociologiques, les jugeant trop abstraits, lointains et duels, dans le domaine de la thérapeutique institutionnelle, il s'orientera davantage vers le courant systémique basé sur les théories de la communication et les travaux de l'Ecole de Palo Alto.

Il met en place des techniques de réadaptation permettant selon son expérience de récupérer à chaque fois pour le patient un niveau d'adaptation suffisant pour rétablir des liens avec le milieu. Il centre ses préoccupations théoriques sur l'ergothérapie, les techniques corporelles et l'architecture, auxquelles il attache des fonctions resocialisantes.

b) Association pour l'Etude et la Promotion des Structures Intermédiaires

François REVERZY[297] crée l'ASEPSI ou Association pour l'Etude et la Promotion des Structures Intermédiaires et la revue *Transition*, tourné vers les modèles italien de BASAGLIA et américain de SZASZ, il préconise la désinstitutionalisation avec des secteurs sans lits d'hospitalisation, des lieux de vie le moins médicalisés possible et il réhabilite les colonies familiales telle la communauté de Geel. Ce mouvement, association et revue prend fin en même temps que la mutation de leur initiateur.

[297] REVERZY François présente à Deauville en 1978 au Congrès des Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux, un rapport sur *Les Structures Intermédiaires*.

c) AFFALTA, le GERART et l'APPART

L'Association Française des Foyers, Appartements et Logements Thérapeutiques et Associatifs ou AFFALTA, créée par Gilles VIDON dans les années 1980, le GERART et l'APPART sont des « techniciens de la réinsertion sociale». La démarche se veut pragmatique et adaptative, la thérapeutique n'intervenant que « de surcroît ». Il s'agit de proposer l'hébergement thérapeutique comme une alternative à l'hospitalisation c'est-à-dire désinstitutionaliser. Faire disparaître les structures d'hospitalisation complète permettrait de minimiser le risque iatrogénique de l'hôpital psychiatrique, source de chronicisation et d'excès de dépenses. Ces nouvelles associations sont très proches de la Société Parisienne d'Aide à la Santé Mentale, gérant notamment une structure de reclassement professionnel, dirigée par B. JOLIVET, également président de la Fédération des Sociétés Croix- Marine.

3) L'opposition LE GUILLANT et TOSQUELLES

Il s'agit d'un rappel de cet évènement considéré comme le moment charnière symbolique de conflit entre, ce qui sera le courant de RPS, dont les idées de LE GUILLANT sont proches et de la PI dont TOSQUELLES est un représentant.

En 1951 lors des Journées De Bonneval, une empoignade a lieu entre TOSQUELLES et LEGUILLANT[298]. LE GUILLANT pense que l'hôpital ne devrait pas singer les institutions et TOSQUELLES l'accuse de faire l'impasse sur le rejet des patients par la société dont l'hôpital constitue le seul refuge possible notamment pour les patients psychotiques. « Ces transformations à l'intérieur du dispositif matériel de l'asile nous éloignent des vrais problèmes psychiatriques que sont l'étude des situations pathogènes qui aliènent les hommes, leur mode d'action et leur transformation. L'hôpital n'est ni un village, ni une usine et il n'a que faire de singer leurs institutions. Le malade doit certes participer à des groupes, mais à des groupes humains réels auxquels il appartenait et continue d'appartenir. » Dira LE GUILLANT.

En France, vont cohabiter des concepts ayant trait à la RPS comme ceux de SIVADON, LE GUILLANT et EY et des concepts ayant trait à la PI selon deux courants : celui du XIII ème arrondissement de Paris dont s'inspire les CMHC aux Etats Unis et celui de TOSQUELLES, OURY, BONNAFE à Saint-Alban et La Borde.

---

[298] DELION Pierre, Psychiatrie. Thérapies Institutionnelles. Encyclopédie Médico Chirurgicale. Editions Scientifiques et Médicales Elsevier, Paris, 37-930-G-10, 2001, p 19.

B) Aux Etats Unis[299]

1) XVII et XVIII ème siècles

Comme en Europe, au XVIIème siècle et au XVIIIème siècle, la société américaine « impose » aux familles de « garder leurs malades ». Des petits hôpitaux privés naissent au XVIIIème siècle, fondés sur le principe du traitement moral – environnement reposant, contacts humanistes avec le personnel traitant, des discussions en groupe, une ré éducation moraliste -. TUKE, quaker anglais dont s'est inspiré PINEL, soignait entre vingt et cent malades et évaluait son succès thérapeutique, c'est-à-dire le retour dans le giron familial de 50 à 70 %.. En 1751, le Pensylvania hospital, le premier aux Etats Unis, consacra l'un de ses pavillons aux malades mentaux dont le nombre augmentait du fait de la croissance urbaine. En 1793, WILLIAMBURG créa le premier asile et y institua le traitement moral.

2) Le XIXème siècle

a) Le traitement moral

La première moitié du XIX ème siècle est marquée par le traitement moral institué par LAMB et considéré comme le premier essai de réhabilitation aux USA. « Le traitement moral comportait quelques heures par jour d'activités variées telles que lecture, travail, discussions. »

b) Les prisons et les premiers hôpitaux psychiatriques

Le puritanisme de 1830 à 1840 adopta une position sévère vis-à-vis de l'augmentation du taux de criminalité et de vagabondage. De nombreux malades mentaux auraient été emprisonnés.

Après la Révolution au moment de la prononciation du 10ème amendement qui sépare le gouvernement fédéral du gouvernement des Etats, la situation sociale est telle que la construction d'hôpitaux psychiatriques est entreprise sous la responsabilité des Etats. Ils se trouvent rapidement dans la situation des hôpitaux en France, qui malgré leur volonté de traitement humaniste des patients, l'afflux est considérable et le taux d'occupation ingérable.

c) Augmentation considérable du nombre de patients

En 1880, selon le recensement fédéral sur 50 millions d'américains, 40 000 sont hospitalisés en hôpital psychiatrique et 80 000 dans les hospices de charité. Durant la seconde moitié du XIX, Dorothéa LYNDE DIX tentera de sensibiliser ses contemporains au sort des patients psychiatriques, elle créa de nombreuses institutions qui devinrent des hôpitaux d'état. « Mais

---

[299] GERARD SUNNEN M. D, Department of psychiatry – New York University – Bellevue Hospital Center, New York. Evolution des soins psychiatriques aux USA. Nervure, Tome III, N°4, mai 1990, pp 60-66.

dans le même temps du fait de la révolution industrielle, de l'immigration massive, les hôpitaux psychiatriques d'Etat s'emplirent d'une foule de patients. »

En 1844, paraît le premier numéro du Journal Américain de la Folie. L'alcoolisme des hommes et les séquelles d'accouchement multiples chez les femmes sont les préoccupations majeures. En 1880 l'Association Nationale pour la Protection des Aliénés est créée, en 1890, Le New York State Care Act se penche sur le standard et la qualité des soins.

3) Le XXème siècle et le tournant des années 1950

a) Les psychiatres et quelques tendances

Au début du XX ème siècle, Adolphe MEYER est à l'origine de la psychiatrie moderne. Il rejoint les conceptions portées par PINEL et la pensée des Lumières : le psychiatre doit travailler avec la partie saine du sujet. « L'expansion de la psychologie du Moi, au sein de la psychanalyse est un fait typiquement américain. » et débute donc avec MEYER.

La place des patients est envisagée de manière démocratique. HYDE et SALOMON à Boston mettent en place à l'hôpital psychiatrique « un gouvernement de malades ». SALOMON deviendra président de l'Association de Psychiatrie Américaine en 1958.

b) La participation croissante du gouvernement fédéral

° Community Mental Health Centers

En 1935, le Social Security Act sous tend une collaboration entre les gouvernements d'Etats et Fédéral pour la prise en charge partagée des patients psychiatriques.

En 1946, le « National Mental Health Act » ou NIMH crée l'Institut National de Santé Mentale, le NIMH puis les « Community Mental Health Centers » ou CMHC, structures hétérogènes selon les états, pouvant regrouper des lits d'hospitalisation à temps complet, des hôpitaux de jour, centres de crise, centres de réadaptation. Ils sont en charge également de prévention, d'enseignement et de recherche. Le NIMH est connu pour avoir étudié le modèle du XIIIème arrondissement de Paris[300]. Ce système se voit reprocher le manque de coordination entre les CMHC, les établissements traditionnels publics ou privés.

° Politique de Santé Mentale du gouvernement Kennedy

En 1963, Kennedy fait de la santé mentale une préoccupation politique majeure. Plusieurs principes se dégagent : les patients ont droit à des soins de qualité, ouverts sur la communauté. L'Etat, les collectivités locales et l'administration fédérale engagent des fonds conséquents

[300] M.-A. WOODBURY. La psychiatrie aux Etats-Unis, L'Information Psychiatrique, 1988, vol. 64, 10, 1245-1255.

pour des programmes ambitieux visant à fermer les lits d'hospitalisation de manière drastique et ouvrir parallèlement des CMHC. Cependant sur les deux mille CMHC prévus seulement huit cents verront le jour malgré l'augmentation de la demande de soin.

En 1965, est créée le Medicare et le Medcaid, des assurances pour indigents et défavorisés, dont 50 % des fonds sont d'origine fédérale. Progressivement, ce système de financement s'épuise. Une défection politique à l'encontre de la santé mentale se met en place. On parle alors « de démédicalisation et de transinstitutionnalisation » illustrant le transfert des patients des hôpitaux vers des structures résidentielles chronicisantes. S'y associe le phénomène de « porte tournante » correspondant à la multiplication des hospitalisations de courte durée pour un même patient. Le nombre « d'homeless » augmente parallèlement. On assiste au retour des conceptions « défectologiques » de la psychose[301].

° La Psychiatrie Communautaire et l'avenir des CMHC

Entre 1977 et 1980, CARTER relance la préoccupation politique pour la psychiatrie communautaire, il réoriente des CMHC, il crée de nouveaux systèmes d'Assurance Maladie Fédérale, cible des programmes sociaux. Les années REAGAN sont marquées par des restrictions budgétaires qui de nouveau stoppent l'élan précédemment impulsé.

Actuellement, la psychiatrie communautaire, bien que mise à mal à plusieurs reprises, tente de se maintenir en participant notamment à l'élaboration d'un projet de réforme du système de soin aux Etats-Unis, sur le consensus suivant : « égalité des soins et non discrimination des patients, choix libre du type de prise en charge pour le patient, meilleure articulation des systèmes public et privé, prise en charge unifiée et globale des patients, meilleure maîtrise du coût ». Elle doit cependant faire face au problème de paupérisation dramatique des malades mentaux et à la multiplication des « nursing home ». De plus, « le point d'achoppement (…) est le financement de cette politique de réforme (…). En particulier la psychiatrie communautaire craint fort, devant le risque de « biologisation » de la pratique psychiatrique, que les structures communautaires et les expériences de « case mangement » ne soient pas reconnues. »

[301] A. ANDREOLI. Un regard européen sur la désinstitutionnalisation américaine. L'Information Psychiatrique, 1988, vol 64, 10, 1257-1278.

c) Le tournant des années 1950

Outre la participation croissante du gouvernement fédéral, le tournant des années 50 dans l'histoire de la psychiatrie américaine est marqué par :

° Le Social Breakdown Syndrome

Il est décrit, marqué par le retrait social, la dégénérescence des facultés interpersonnelles et l'incapacité chronique. Parallèlement des expériences de réhabilitation active se montrent efficaces.

° Un mouvement de justice sociale

Il s'active contre les institutions qui subissent des procès de plus en plus nombreux. La qualité des soins est remise en question et pointée du doigt, l'égalité des patients bénéficiant de soins psychiatriques avec ceux bénéficiant de soins somatiques est exigée. « (…) la présence même du secteur psychiatrique dans le milieu de l'hôpital général respecterait les droits des patients à une prise en charge médicale de pointe[302]. » La sensibilité de certains au sort des malades mentaux et à leur condition d'aliénés aurait été vectorisée par celui des minorités et des problèmes raciaux au sein de la société américaine à cette époque.

° Les thérapeutiques

La floraison de la psychanalyse s'est intégrée dans des mouvements de plusieurs approches psychothérapeutiques.La psychopharmacologie permet la modulation de la symptomatologie active, nuisible à l'insertion sociale.

° La drogue et le Sida

Ces fléaux des années 1980 contraignent au double diagnostic, et à la co occurrence de troubles psychiatriques. De plus, les thérapeutiques du SIDA conduisent à la prise en charge de formes chroniques avec des atteintes neuro-psychiatriques fréquentes.

---

[302] GERARD SUNNEN M. D, Department of psychiatry – New York University – Bellevue Hospital Center, New York. Evolution des soins psychiatriques aux USA. Nervure, Tome III, N°4, mai 1990, pp 60-66.

C) L'avènement de la Psychiatrie Communautaire[303]

Introduction

The Community Mental Health Movement a débuté en 1960 initiant véritablement le mouvement de la psychiatrie communautaire. Ce mouvement se caractérise par la désinstitutionalisation massive des patients hors des hôpitaux psychiatriques et par la création de structures alternatives à l'hospitalisation complète. « Favoriser le maintien du malade mental dans son milieu, milieu désignant plusieurs cercles concentriques autour du patient allant de sa famille à l'ensemble de la cité… » est l'objectif majeur sous tendant l'action de ce mouvement.

1) La définition de la psychiatrie communautaire

a) La naissance de la psychiatrie communautaire

Parallèlement en Angleterre, JONES crée en 1953, les termes de « Thérapie de milieu » et de « communauté thérapeutique » que l'on peut rapprocher à ce moment des thérapies institutionnelles en France portées par DAUMEZON et TOSQUELLES.

Aux Etats-Unis, l'essor de la notion de soins collectifs apparaît au sein de la médecine sociale de 1909 à 1938. Elle se développe autour de la question de la tuberculose. Elle créée des stratégies préventives comprenant entre autres des discussions en groupe, des réunions, des conférences. Les mouvements antialcooliques, « Alcooliques Anonymes » par exemple, fondés sur la valeur intégrative de l'appartenance à un groupe, apparaîtront aussi dans l'esprit de ce mouvement hygiéniste.

b) Les Health Maintenance Organisation (HMO)

Elles s'orienteraient vers une prise en charge globale tant somatique que mentale des patients, s'inscrivant dans un système d'économie de la santé. Son but est de rationaliser les coûts par protocolisation de la démarche de soin et de son parcours. Cependant, ces structures, peu expérimentées en matière de santé mentale, méconnaissent les réseaux et le long terme des prises en charge des patients chroniques en psychiatrie. L'appauvrissement de l'offre de soin, son accessibilité et sa continuité menacées se posent vis-à-vis de ces organismes de gestion des soins.

---

[303] M. GOMES, N. REGNAUT, J.-L. ROELANDT : De la psychiatrie communautaire à la psychiatrie citoyenne, In VIDON Gilles. La réhabilitation dans tous ses états. In La Réhabilitation Psychosociale en Psychiatrie. Collectif. Ed. Frison-Roche. 1995.

c) L'avenir

L'avenir de la psychiatrie communautaire s'inscrirait dans une ère de la post désinstitutionalisation et de remédicalisation via les techniques cognitivo comportementales de la maladie mentale. Les malades bénéficieraient d'une meilleure acceptation dans la communauté préoccupée par d'autres sujets comme la violence, la toxicomanie et les conflits ethniques.

2) La désinstitutionalisation

a) Les statistiques[304]

L'hospitalisation accueille 550 000 patients en 1955, les trois quarts des services avaient lieu dans les hôpitaux. La conjoncture de plusieurs facteurs marque un tournant pluridimentionnel de la psychiatrie, puis le nombre de patients est de 140 000 en 1985, de 70 000 en 1991, la diminution de la durée moyenne de séjour est également constatée.

Dans les années 1990, les trois quarts des services sont dans la cité, leur volume ayant quadruplé en vingt ans. Le nombre des patients pris en charge par l'ensemble du système serait le même entre 1955 et les années 1990. Ce phénomène de déplacement des patients d'une institution à une autre s'appelle la trans-institutionnalisation.

b) La définition

Il semblerait que la définition de la désinstitutionalisation de Léona BACHRACH[305]fasse référence à l'échelle internationale en se basant sur trois éléments :

- « L'élimination des institutions traditionnelles pour les soins des malades et l'évacuation progressive de ces lieux par les sujets qui y sont déjà hospitalisés ;
- Le développement simultané d'installations thérapeutiques au sein de la communauté en vue du traitement des individus malades ;
- L'éviction de l'hospitalisation des personnes susceptibles d'être d'éventuels candidats à l'institutionnalisation. »

---

[304] GERARD SUNNEN M. D, Department of psychiatry – New York University – Bellevue Hospital Center, New York. Evolution des soins psychiatriques aux USA. Nervure, Tome III, N°4, mai 1990, pp 60-66.

[305] L.-L. BACHRACH : Deinstitutionnalization : an analytical review and sociological perspective, NIMH Rockville M. d., 1976. In VIDON Gilles. La réhabilitation dans tous ses états. In La Réhabilitation Psychosociale en Psychiatrie. Collectif. Ed. Frison-Roche. 1995.

c) « La deshospitalisation »

° Problème de traduction

Il est important de noter que le terme de « désinstitutionalisation » traduit littéralement de l'anglais est impropre en ce sens qu'il désigne pour les anglo-saxons « l'établissement » et non « l'institution ». Le terme de « dés hospitalisation » semblerait plus adéquat pour rendre compte du phénomène à la française. Ce mouvement, visant donc à déplacer le dispositif de soin sur la communauté,[306] aurait été initié pour certains par une revendication s'érigeant « contre les institutions » notamment contre l'hôpital psychiatrique, « une contestation de l'asile d'aliénés », pour d'autres par une volonté d'ouvrir une « hospitalisation complète améliorée sur des structures thérapeutiques dans la cité ».

Se définissent autour de cette gageure, deux autres notions essentielles défendant à la fois le soin et la lutte contre l'exclusion à considérer sont :

° Structures intermédiaires et alternatives

« Les structures intermédiaires[307] ou transitionnelles comme lieu de passage entre l'intérieur (l'hôpital) et l'extérieur (la cité) » ;

« Les structures alternatives sont par contre d'inspiration non médicale voire anti-médicale et se propose d'intervenir « à la place de ».

d) La réalité et limites de la désinstitutionalisation

° Résistance des hôpitaux psychiatriques

Selon Marianne FARKAS[308], « La destruction des hôpitaux prévue par les enthousiastes de la désinstitutionalisation ne se produisait pas suffisamment, empêchant que les fonds de l'Etat puissent être transférés à la communauté afin de développer les réseaux nécessaires pour les multiples besoins des usagers. Les centres psychiatriques se sont montrés beaucoup plus résistants qu'imaginatifs. »

---

[306] A. ANDREOLI : Un regard européen sur la désinstitutionalisation américaine. L'Information Psychiatrique, 1988, vol 64, 10, 1257-1278.

[307] J. BIEDER : Structures alternatives et structures intermédiaires : complémentarité des institutions ? Nervure, 1994, 7, 67.

[308] FARKAS M. « La réhabilitation aux Etats Unis ; et si on en parlait vraiment ? » in Nervure, tome XVIII, numéro spécial avril 2005. Marianne FARKAS est chercheur au Research and Training Center et directrice du Centre de collaboration pour la réhabilitation psychiatrique de l'Organisation Mondiale de la Santé au sein du Centre de Réhabilitation Psychiatrique de Boston. Elle a participé notamment à la journée de Réh@b du 18 juin 2004.

« Le défi fondamental » serait pour elle « transformer une politique de soi-disant « désinstitutionalisation » en réalité. Au lieu d'un simple transfert d'un lieu à un autre, la désinstitutionalisation signifie (…) la transformation des services, un changement de paradigme de l'hospitalisation et aux perspectives d'intégration des personnes dans la vie normale. »

Les effets institutionnels observés à la suite de la désinstitutionalisation aux Etats Unis furent :

° **Le syndrome de la porte tournante ou Revolving door syndrom**[309] c'est-à-dire une succession rapide d'entrées et de sorties d'hospitalisation pour un même malade. Il s'agissait à cette époque, les références utilisées datant de 1984 notamment, « d'hommes jeunes, célibataires, isolés, vivant dans des conditions misérables, présentant une instabilité résidentielle, aux taux de suicides, d'arrestations et de rechutes records ». Les facteurs sociodémographiques sont incriminés notamment au Québec davantage que les facteurs cliniques, ce syndrome serait le symptôme d'un échec de la resocialisation.

° **La trans institutionnalisation**[310] c'est-à-dire le déplacement et la reconstitution de la collectivité asilaire dans un autre lieu institutionnel. En fait, ce processus concernerait les établissements non psychiatriques accueillant ces patients, lesquels, dès lors, ne pouvant plus bénéficier de soins psychiatriques. D'autre part, la prison est réputée pour accueillir un nombre croissant de patients souffrant de troubles psychiatriques, pour des délits mineurs souvent en lien avec la pauvreté et la précarité de leurs conditions de vie.

° **Une clochardisation**[311] des patients psychiatriques chroniques dits « homeless mentally ill » est d'abord décrite aux Etats Unis. Les malades mentaux représenteraient 30 à 50 % de ces personnes vivant dans la rue, « échappés du maillage, du réseau de soins ». Ces patients seraient surtout en demande de bénéficier « d'un environnement prothétique communautaire ».

° **Des conditions de vie précaires**, une accessibilité aux soins notamment somatiques limitée, ils vivent de manière isolée, dans des logements précaires avec des revenus insuffisants, se nourrissant de manière inadéquate et insuffisante. Leur sentiment d'insécurité est important, du fait d'une exposition au stress plus importante induite par la vie en population générale.

e) La désinstitutionalisation en Europe

---

[309] VIDON G., LEGUAY D., DUBUIS J., HABIB M. Le mouvement de réhabilitation psychosociale. Une opportunité pour la psychiatrie française. L'Information Psychiatrique, 75, 4, 1999, pp 348-356.

[310] Ibid

[311] Ibid

Objectivement initiée aux Etats-Unis par le « Community Mental Health Act », ce mouvement de désinstitutionalisation aurait plus ou moins fortement, selon les pays, influencé l'Europe. Ainsi, l'Italie avec la Loi des 431 en 1968, puis des 180 en 1978 ; la Grande Bretagne avec le « Mental Health Act »et le Canada ont été particulièrement concernés et actifs. La France, quant à elle, a été amenée à cette « deshospitalisation » de manière plus douce, par la mise en place de la Psychiatrie de Secteur en 1960 et sa circulaire du 15 mars. La véritable désinstitutionalisation en France débutera dans les années 1980 avec notamment les Lois de juillet et décembre 1985 et le décret de mars 1986 pour le développement des alternatives à l'hospitalisation complète et le budget global hospitalier c'est-à-dire la garantie d'un budget stable quel que soit le nombre d'hospitalisés à temps plein.

D. Des expériences de réhabilitation

Le mouvement de RPS apparu dans les années 1980 aux Etats Unis s'inscrit donc comme nous venons de l'aborder dans la dynamique de la psychiatrie communautaire apparue en 1960. Dans cette dernière partie, nous nous proposons d'exposer des expériences de réhabilitation aux Etats Unis illustrant de manière pragmatique le sens des principes sous tendant ce mouvement.

1) Le modèle « ClubHouse » créé en 1948[312].

C'est à partir de l'expérience du Club « Fountain House » de New York que le modèle de « Clubhouse » a pu s'élaborer au début des années 40 pour essaimer plus largement (près de trois cents clubs à travers le monde), d'abord dans les années 70, aux USA, ensuite à l'échelle mondiale dans les années 80. En 1993, est créé l'" International Center for Clubhouse Development " situé dans les locaux de Fountain House, en face de « la petite maison à la façade noire ».

a) L'histoire

L'histoire veut que, dans les années 40 donc, les patients psychiatriques élisent les marches de la bibliothèque de New York comme lieu de réunion et y organisent petit à petit des groupes d'entraide et de soutien. Ils sont aidés dans cette tâche par des professionnels qui les accompagnent pour se structurer autour d'un lieu, espace de rencontres et d'activités en cours d'élaboration. C'est dans une maison à la façade noire dans la 47ème rue Ouest avec, dans la cour, une fontaine d'eau que naîtra la " Fountain House " en 1948. Il s'y développera un modèle social de réinsertion des malades mentaux se démarquant radicalement du modèle

[312] Le modèle "Clubhouse" de réhabilitation psychosociale. G. M. Deleu, M. A. Domken / Belgique 2004

essentiellement médical de l'époque. Ce lieu et ce modèle influenceront de façon significative l'élaboration des grands principes de la Réhabilitation Psychosociale, à partir de deux valeurs clés : celle du club et celle du travail.

b) Le concept

° L'adhésion libre

« Le club appartient à ceux qui y participent et qui le font vivre ».

Il s'agit dans ce premier point de décaler le statut de malade psychiatrique à celui de « membre » responsable, puisque libre de s'inscrire ; cette inscription se fait dans une appartenance au groupe-club validée par l'adhésion au système de valeurs et de règles établies et transmises, faisant sens.

° **La valeur travail** est pensée comme un pivot autour duquel l'usager- patient va retrouver une structuration bénéfique de son existence. Les idées sur lesquelles s'appuient cette conception sont : « la foi dans le potentiel de productivité des personnes même lourdement handicapées par la maladie mentale, la conviction que le travail est un besoin et une force d'intégration pour tout être humain ».

° Le programme emplois de transition

Ce programme est une originalité du modèle " clubhouse ". Le club prend des contrats avec des administrations et des entreprises de sa localité pour fournir à ses membres des emplois de transition. Il s'agit d'emploi réel, requérant en général un bas niveau de qualification et nécessitant un minimum de formation et de compétence. Un même emploi temps plein peut être partagé entre deux membres (deux mi-temps). Le membre travaille avec les autres employés. Ces emplois sont rémunérés au tarif normal. Ils sont temporaires (de trois mois à un an) pour permettre à d'autres membres de bénéficier de cette expérience. Chaque nouvel emploi est d'abord testé par un membre du staff. Le staff a accès au lieu de travail pour pouvoir aider un membre qui débute ou qui rencontre des difficultés. Si le membre est absent, un membre du staff le remplace au pied levé pour assurer la continuité du service offert à l'employeur.

c) Le programme du club

Il n'y a pas d'autres activités dans le club que celles nécessaires à son fonctionnement et aux missions qu'il s'est données. Le club est organisé en " unités de travail " gérées par les membres (les patients-usagers) et le staff (les soignants-aidants) : accueil, secrétariat, comptabilité, intendance et repas, entretien des locaux,etc. Les missions et services offerts par le club sont organisés aussi en " unités de travail " et gérés de la même façon. La gestion des emplois de transition, l'aide au logement, le programme d'éducation, les contacts avec les

membres hospitalisés, le programme loisirs, le soutien aux membres qui ont un emploi indépendant déclinent les différents axes concernés.

d) The International Center for Clubhouse Development (ICCD)

The Fountain House à New York compte plus de cinq cents membres. La fréquentation journalière est d'une centaine de personnes. En moyenne, un membre fréquente le club deux fois par semaine. Les autres " clubhouses " à travers le monde sont de dimension plus modeste mais partagent les mêmes principes et valeurs. The International Center for Clubhouse Development (ICCD) a édité les normes à suivre pour adopter ce modèle. Ce centre organise aussi des formations de trois semaines et offre de plus une guidance pour ceux qui souhaitent développer ce modèle dans leur région.

2) Le programme PACT (Programm for Assertive Community Treatment)

Introduction

Parallèlement, STEIN et TEST développaient le modèle de l'Assertive Community Treatment (ACT), dans le monde anglophile. Il s'agit d'un programme ayant été créé aux USA à Madison dans le Wisconsin à partir de 1974 et à Springfield[313] dans le Massachussets où l'hospitalisation se réduit à 68 lits pour 850 000 habitants dont 28 lits pour patients chroniques et 40 pour patients aigus. Il s'agit « d'un programme de soins dans la communauté », qui a donc émané des conséquences du processus de « désinstitutionalisation[314] » ayant renvoyé brutalement dans leur famille, à la rue ou en prison des patients psychiatriques.

a) Les concepts de « portes tournantes » et « non observance thérapeutiques »

Parallèlement, ont été analysés des phénomènes de « porte tournante » définissant le rapport complexe des patients à leur traitement et leur rendez vous, à partir duquel a été élaboré le concept de non observance thérapeutique. Le syndrome de la « porte tournante » comme nous l'avons évoqué correspond à une répétition considérable des hospitalisations de courtes durées des patients psychiatriques ; le défaut d'étayage dans la communauté a été incriminé pour expliquer ce phénomène de « la porte tournant », lequel défaut d'étayage serait en lien avec

---

[313] STEIN et TEST. Madison.

[314] En 1978, la cour de justice décide la réduction drastique du nombre de lits d'hospitalisation complète, ainsi ils passent de 550 en 1978 à 68 en 1995, pour 850 000 habitants.

des ruptures de soins itératives, elles-même en lien avec la non observance thérapeutique et les rechutes pathologiques.

b) Les interventions communautaires

° Une logique économique

Il s'agit du déplacement des compétences par redéploiement des personnels dans la communauté. Les soignants sont aussi « déshospitalisés » et se rendent directement sur le lieu de vie des patients. Du fait que le personnel soignant est coûteux pour la communauté et qu'il n'est pas le seul dépositaire de la relation d'aide, le programme PACT valorise la relation d'aide comme un outil économique adapté entre la demande et l'offre. Cette idée a été soutenue et les personnels recrutés l'ont été pour « des qualités personnelles et des attitudes positives », des formations ont été organisées de façon à construire entre ces personnels d'horizon différents une culture commune ; ainsi à Sprinfield des réunions de formation portant sur la relation d'aide selon ROGERS, les principes de la communication, la connaissance de la maladie mentale, les diagnostics double morbidité, hallucinations et délires comme méta psychologie « savoir écouter à travers », la violence et l'agression, intervention en situations de crise, abus sexuels de l'enfance, quel avenir dans la vie adulte, suicide et désespoir, les questions familiales, médications, premiers soins, réanimation cardiorespiratoire ont permis de fédérer cette équipe.

° L'organisation

Une équipe PACT comporte un administrateur central, liens téléphoniques entre hôpital, psychiatre et infirmière notamment dans un centre de gestion de crise, liens avec un foyer plus encadré.

c) La relation d'aide

Le programme PACT promeut le développement de la relation d'aide dans la prise en charge du patient à son domicile au plus près de son milieu de vie, ainsi, les soignants sont ils mobilisés sur des interventions à domicile qui peuvent avoir lieu plusieurs fois par jour si nécessaire.

L'un des principes posés a été celui de la relation d'aide dans laquelle la prise des médicaments, le ré apprentissage dans l'activité de vie quotidienne, la lutte contre l'isolement social et l'abus d'alcool et drogue furent définis comme prioritaires. Cette relation d'aide fera l'objet d'un développement un peu plus loin.

d) Une efficacité économique

Un psychiatre de Montréal, James FARQUHAR[315] qui créa en 1998 un programme PACT dont il évalua l'économie secondaire de 30 % pour le soin psychiatrique. Au Canada à Brockville, à Ottawa en Ontario estimait une économie de 66 % du coût des soins par patient, par an et une libération de 83 % les lits d'hospitalisation depuis 1991. Sept programmes complets auraient été mis en place au Canada en 1998. Ce coût aurait été analysé par le rapport entre le nombre d'hospitalisations complètes et le nombre de rechutes.

La réflexion économique vis-à-vis du soin s'est centrée sur le coût de l'hospitalisation à temps complet. Un exemple reflète cette image : une personne chez elle n'a pas besoin de changer ses draps tous les jours, les règles d'hygiène et de sécurité hospitalière obligent à des contraintes coûteuses qui n'ont plus cours quand le patient est chez lui.

e) Les logements par étapes

Le programme PACT promeut également la création de foyers de 4 à 5 patients, de familles d'accueil, appartements colocation ou seul, d'accompagnement des patients dans leur propre famille, en envisageant l'autonomisation du patient selon un processus qui, au niveau du logement prend la forme de logements par étapes.

Conclusion

Le mouvement de RPS puise ses concepts, ses valeurs et ses objectifs des précurseurs en France et aux Etats Unis.

La psychiatrie américaine se caractérise par le militantisme associatif des familles et des patients scandalisés par la surpopulation asilaire. Pays fortement concerné par les problématiques d'intégration des minorités sociales, les Etats Unis sont particulièrement sensibles et tôt dans leur histoire à la question de la discrimination. Cette lutte initiée par les usagers se saisit juridiquement de cette thématique pour revendiquer l'égalité des soins et des chances. La qualité de soins et l'accréditation des instituions psychiatriques sont très précocement en 1951 mises en place et surveillées. Le mouvement de ces associations et la volonté économique de l'état se télescopent, entraînant brutalement la déshospitalisation sans réellement articuler des alternatives communautaires.

[315] FARQUHAR J. Rapport septembre 95.

En France, il nous a semblé important de souligner que cette désinstitutionalisation a débuté plus tard et de manière plus douce grâce à l'instauration de la psychiatrie sectorielle, notamment par une « intégration » au domaine de la politique de santé. Cette constatation nous interroge quand à la réalité de l'appartenance de la France à « cette histoire » d'une part et aux liens complexes de la RPS et de PI d'autre part.

II La Réhabilitation Psychosociale et ses concepts

Introduction

La réhabilitation dans son sens anglo-saxon signifie restauration des « habiletés » c'est-à-dire des capacités sociales, dans son sens français comme le souligne D. LEGUAY[316] c'est restaurer une dignité ; elle invite à un concept plus global que celui de la réadaptation visant à préparer l'individu à une vie autonome, au sein de son milieu ordinaire de vie sociale ou professionnelle ou celui de la réinsertion qui se veut l'objectif de cette action.

Partie 1 Définition de la Réhabilitation psychosociale

Elle pourrait se définir d'une manière très générale comme l'ensemble des actions mises en œuvre auprès des personnes souffrant de troubles psychiques au sein d'un processus visant à favoriser leur autonomie et leur indépendance dans la communauté.

A. Plusieurs points de vue

1. Définitions

- « **Pour Anthony et Farkas**[317], il s'agit de l'ensemble des interventions « visant à aider les personnes souffrant de maladies mentales graves », autant que d'actions plus ciblées, par exemple dans le domaine du travail (Anthony et Al, 2004). Ils définissent ainsi la réhabilitation par son déroulement « sommes des actions à développer pour optimiser les capacités persistantes d'un sujet » et par son but « améliorer le

[316] LEGUAY D. Un sens nouveau pour les soins. Santé mentale, N°29, juin 1998, p 19- 25.

[317] FARKAS M. « La réhabilitation aux Etats Unis ; et si on en parlait vraiment ? » in Nervure, tome XVIII, numéro spécial avril 2005. Marianne Farkas est chercheur au Research and Training Center et directrice du Centre de collaboration pour la réhabilitation psychiatrique de l'Organisation Mondiale de la Santé au sein du Centre de Réhabilitation Psychiatrique de Boston. Elle a participé notamment à la journée de Réh@b du 18 juin 2004.

fonctionnement de la personne pour qu'elle puisse remporter des succès et éprouver des satisfactions dans un milieu de son choix et avec le moins d'interventions professionnelles possibles ». »

- « **Pour Liberman** le déroulement de la réhabilitation psychiatrique est fondé à la fois sur le modèle pluridisciplinaire de P. Wood et sur celui de la vulnérabilité au stress, et se structure de l'ensemble des techniques de rééducation applicables aux personnes souffrant « d'incapacités psychiatriques », en particulier en terme de développement des « habiletés sociales » (Liberman, 1991) ».
- **Baillon**[318] considère qu'il s'agit de constituer « un espace intermédiaire entre le thérapeutique et le social » ; Vermeylen J. [319] de « lutter, nous, nos malades et nos institutions, contre la marginalisation, de nous intégrer le mieux possible dans le système social où nous vivons. De développer enfin cet espace intermédiaire où la frontière entre les choses de la vie et celles de la psychiatrie s'estompe, où chacun peut circuler plus librement et trouver sa place de sujet et non d'objet de soins ».
- Tessier et Clément (1992) défendent l'idée de l'aspect illusoire d'une définition stricte et consensuelle de la réhabilitation psychosociale. Pour ces auteurs, reprenant en cela les positions de CNANN, il n'existe pas de théorie exclusive rendant compte de cette technique mais bien cet ensemble de principes qui guident les professionnels dans leurs actions auprès des personnes souffrant de troubles mentaux sévères.
- **Pour B. SARACENO** (in G.VIDON, 1995) elle est un ensemble de pratiques en attente de théorie.

Dans le dispositif de soins, se pose le problème de passage du sanitaire au social qui ne peut se résoudre que dans la recherche de partenaire et de réseau d'insertion issus du social ainsi qu'un travail d'implantation et de responsabilisation du contexte social et politique.

- « **BELLACK** quant à lui, fonde la légitimité de l'approche psychosociale sur l'insuffisance de la pharmacothérapie dans l'évolution à terme des schizophrénies ; il en déduit que les actions de réhabilitation se regroupent en deux grands types de stratégies : l'entraînement aux habiletés sociales et la remédiation cognitive (BELLACK, 2001). »

---

[318] BAILLON (G.) : « Une équipe de secteur au prise avec la réhabilitation », L'Information Psychiatrique, 68, 6, pp. 573-580.

[319] VERMEYLEN J. : "Réflexions sur quelques illusions thérapeutiques et leurs conséquences institutionnelles », L'Information Psychiatrique, 1982, 58, 8, pp.993-1000.

2. Les huit clés de la réhabilitation psychosociale selon FARKAS M.

Il s'agit selon elle de 8 valeurs de base à développer et assurer :

- « La relation d'aide donne la priorité à la personne du sujet plutôt qu'au diagnostic ou à la pathologie mentale dont elle souffre ;
- La réhabilitation, par voie de conséquence, ne s'intéresse pas à réduire les symptômes ou améliorer la compréhension intrapsychique mais essentiellement à améliorer le fonctionnement de la personne dans ses activités quotidiennes ;
- Le soutien à la personne se fait à la demande de celle-ci, au moment où elle le désire, sans quoi il s'agit d'une ingérence mal supportée ;
- La réhabilitation vise à aider la personne en fonction des exigences de son environnement spécifique et du rôle qui lui est imposé ;
- Le rétablissement doit s'opérer selon un processus auquel participe la personne et non à son bénéfice en l'absence de sa contribution active ;
- La personne, dans ce processus, doit garder la possibilité de choisir en toute liberté le lieu où elle veut vivre, apprendre, travailler : la réinsertion sociale est centrale pour la réussite du rétablissement ;
- L'évaluation de la réhabilitation se fait en fonction de l'incidence de ses résultats pour la personne ;
- Le rétablissement peut ne survenir qu'après une longue période à un niveau stationnaire aussi est-il important de mettre en valeur le potentiel de développement de la personne en dépit des difficultés qui peuvent survenir à un moment donné. »

3. Les grands principes de la RPS de CNAAN.[320]

Cette définition, la plus souvent citée, a été proposée par R. CNAAN, professeur à l'Université de Pennsylvanie et responsable de l'unité de recherches sur la politique sociale et la religion. Il est aussi à l'origine de la douzaine de principes de la réhabilitation psychosociale, qui tiennent lieu de fondements de cette pratique.

---

[320] Extrait du séminaire de réhabilitation psychiatrique niveau théorique, " *Généralités sur la réhabilitation psychiatrique* ", septembre 98, Guy M. Deleu, Socrate-Réhabilitation, Belgique.Socrate Réhabilitation est une collection d'un éditeur associatif belge, Socrate Edition Promarex (Charleroi), support du réseau francophone de réhabilitation psychiatrique (www.rehab-infoweb.net).

Le postulat sur lequel repose cette approche est qu' « il existe en chaque individu une motivation à développer maîtrise et compétence dans des domaines de la vie qui vont lui permettre de se sentir indépendant et confiant en lui-même. ». (Cnaan & al. 1988). Il est secondairement admis que cette maîtrise ou ces compétences peuvent être apprises, et que « les individus sont capables d'y avoir recours et de les adapter pour répondre à leurs besoins de base ».

1er PRINCIPE: l'utilisation maximale des capacités humaines (Full Human Capacity)[321]

Un processus de croissance et de changement et chaque individu, même sévèrement handicapé, est capable de croissance et de changement. C'est de la responsabilité des professionnels de développer le niveau d'attentes que les patients ont pour eux-mêmes, de les aider à se percevoir comme capable de progrès et de les soutenir dans ce processus de croissance. Il convient pour cela d'exploiter les forces de la personne, de travailler avec les parties saines de son Moi.

2e PRINCIPE: Doter les personnes d'habiletés (Equipping People with Skills)

C'est la présence ou l'absence d'habiletés (sociales et instrumentales), et non la disparition des symptômes cliniques, qui est le facteur déterminant dans le succès de la réhabilitation. Apprendre ou réapprendre les habiletés élémentaires pour agir dans un environnement social, vivre de façon indépendante, garder un emploi, etc., vont être les objectifs du traitement. Les difficultés sont dès lors appréhendées sous l'angle comportemental, en termes de déficit ou d'excès comportementaux.

3e PRINCIPE: L'auto-détermination (Self-Determination)

---

[321] BACHRACH L.L. : *Psychosocial Rehabilitation and Psychiatry in the Care of Long Term Patients*, American Journal of Psychiatry 149: 11, p.1455-1463, 1992

CNANN R.A. et al. : *Psychosocial Rehabilitation : Toward a Definition*, Psychosocial Rehabilitation Journal, 11: 4, p.61-77, 1988

VIDON G. et al. : *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie*, Édition Frison-Roche, Paris, 1995

Les personnes ont le droit et la capacité de participer à la prise de décisions concernant leur vie. Il ne s'agit pas de faire les choses dans le meilleur intérêt de la personne, mais de lui permettre de prendre ses décisions et d'apprendre au travers des conséquences de ses choix.

L'auto-détermination des personnes devrait concerner également la gestion des programmes de réhabilitation auxquels elles participent. L'auto-détermination implique également que la personne soit pleinement informée sur sa maladie, ses conséquences et sur les possibilités de traitement.

4e PRINCIPE: La normalisation (Normalization)

Il s'agit de permettre aux personnes souffrant de maladie mentale de vivre et de fonctionner dans les mêmes lieux que les autres (logements, loisirs, éducation, travail) ou en tout cas dans les lieux les moins restrictifs possibles. Ce principe s'oppose à la ségrégation. L'objectif idéal de la réhabilitation psychosociale est une vie indépendante dans la communauté avec le minimum de soutien professionnel.

5e PRINCIPE: L'individualisation des besoins et des services (Differential Needs and Care)

Chaque personne a des besoins propres. En conséquence, le processus de réhabilitation doit être individualisé pour ce qui est des services, de leur durée, de leur fréquence, etc. C'est du sur mesure et non pas une action globalisante pour l'ensemble des patients en suivi sur une longue période.

6e PRINCIPE: L'engagement des intervenants (Commitment of Staff)

Engagement personnel des intervenants qui sont soucieux du bien-être de la personne et qui ont foi dans ses capacités de progresser. Les intervenants prennent l'initiative de garder le contact avec les personnes (coup de téléphone, visite à domicile) pour limiter les abandons et montrer qu'ils se soucient d'elles.

7e PRINCIPE: La déprofessionnalisation de la relation d'aide (Deprofessionnalization of Service)

Les intervenants ne doivent pas se cacher derrière une couverture professionnelle. Les barrières artificielles doivent être enlevées. Le côté humain de l'intervenant est crucial dans le processus de réhabilitation. De même les intervenants doivent appréhender la personne

comme un être humain avec toutes ses dimensions plutôt que sous l'angle d'un seul type de service. Une attitude de " neutralité " ne convient pas. L'intervenant répond, de façon positive ou négative, à ce que la personne dit ou fait, même au sujet de problèmes non-thérapeutiques.

8e PRINCIPE: Intervenir précocement (Early Intervention)

Il est essentiel d'intervenir le plus précocement possible dès les premiers signes avant-coureurs de rechute ou de dysfonctionnement. Le but est d'éviter les rechutes et les réhospitalisations et de préserver les acquis en compétences et en liens sociaux (travail, logement, contacts sociaux, …).

9e PRINCIPE: Structurer l'environnement immédiat (Environnemental Approach)

Les interventions doivent viser à structurer l'environnement immédiat de la personne (la famille, réseau social, milieu de vie, de travail, …) pour qu'elle puisse en obtenir un maximum de soutien.

10e PRINCIPE: Changer l'environnement plus large (Changing the Environment)

Une partie des interventions doit viser à changer l'environnement plus large de la personne, c'est-à-dire les attitudes et les modes de fonctionnement d'une société qui peuvent nuire à l'adaptation de personnes souffrant de maladie mentale sévère (informer le public, modifier les services médicaux, les structures d'accueil, …).

11e PRINCIPE: Pas de limite à la participation (No limits on participation)

La réhabilitation psychosociale est un processus continu qui nécessite continuité des soins et du soutien et qui doit être constamment revu en fonction de l'évolution. Il importe de ne pas suspendre les services de réhabilitation en cas d'hospitalisation. S'il n'y a pas de limite de temps, il convient aussi de mettre le moins possible de critères de sélection pour l'entrée dans un programme.

12e PRINCIPE: La valeur du travail (Work-Centered Process)

La réhabilitation psychiatrique soutient la conviction que le travail, et spécialement l'opportunité d'aspirer et de se réaliser dans un emploi rémunéré, est un besoin et une force d'intégration pour tout être humain. Il faut garder une foi dans le potentiel de productivité des

personnes même lourdement handicapées par la maladie mentale. Il s'agit d'envisager un travail intégré dans la réalité sociale, pas forcément un emploi temps plein, mais des emplois souples, diversifiés tout en restant compatibles avec les besoins des employeurs.

13e PRINCIPE: Priorité au social par rapport au médical (Social Rather Than Medical Supremacy)

Il s'agit d'aller au delà du modèle médical traditionnel : maladie, diagnostic, réduction des symptômes par les médicaments, le savoir médical qui sait ce qui est juste pour le patient, etc., pour favoriser une approche globale de la personne centrée sur son autodétermination, sur ses capacités, sur l'apprentissage d'habiletés, sur la mobilisation de son environnement social propre. Dans cette dynamique, tout en restant disponible, le médical doit laisser une place pour d'autres acteurs sociaux.

Ces grands principes de la réhabilitation psychosociale sont pour qui travaille en psychiatrie une invitation à dépasser un modèle médical étroit et à nous ouvrir à un réel partenariat avec le patient, son entourage direct et l'ensemble des ressources professionnelles et non-professionnelles de son environnement[322].

4. Principes et valeurs

La réinsertion prend du temps et implique la participation active de l'intéressé ;
L'espace de réhabilitation pourrait s'entendre comme un espace transitionnel ouvert sur le monde extérieur mais suffisamment protégé pour que la pression sociale y soit réduite ;
La prise en compte des demandes de l'entourage est valorisée comme puissant facteur de stabilité, de prévention des rechutes et de réussite du projet de réhabilitation ;
L'alliance thérapeutique au sens large permet une meilleure cohérence entre le patient, le médecin, l'équipe médicale, les partenaires du réseau et la famille.

---

[322] BACHRACH L.L. : *Psychosocial Rehabilitation and Psychiatry in the Care of Long Term Patients*, American Journal of Psychiatry 149: 11, p.1455-1463, 1992

CNANN R.A. et al. : *Psychosocial Rehabilitation : Toward a Definition*, Psychosocial Rehabilitation Journal, 11: 4, p.61-77, 1988

VIDON G. et al. : *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie*, Édition Frison-Roche, Paris, 1995

5. Les objectifs

« Les grands axes de la Réhabilitation psychosociale par l'OMS en lien avec AMRP en 1996 :

- ~ Réduction des symptômes de la maladie mentale et des éventuels effets secondaires des traitements médicamenteux ;
- ~ Développement des compétences sociales ;
- ~ Travail d'information et de lutte contre la discrimination dont sont victimes les personnes souffrant de troubles mentaux ;
- ~ Organisation des actions autour de la place centrale de l'usager et ;
- ~ Accompagnement des familles et des proches. »

« (…) les actions de réhabilitation peuvent relever de deux dimensions complémentaires, donc, essentielles, à défaut d'être l'une ou l'autre tout à fait suffisantes.

La première dimension consiste à assurer un accès à des soins modernes et de qualité aux patients les plus en difficulté, dont il faut, après évaluation individualisée s'attacher à optimiser les ressources psychiques personnelles. (…), contribuer à leur assurer une insertion sociale, éventuellement protégée, de premier ordre.

La seconde dimension consiste à œuvrer de manière collective,

- ~ à une diminution de la stigmatisation du malade mental,
- ~ à développer des ressources communautaires et
- ~ les dispositifs de soins accessibles.

« La réhabilitation, c'est donc conjointement, un ensemble d'actions de soins à l'intention de la personne souffrant de troubles psychiques, et un ensemble d'actions en direction de la société afin qu'elle soit plus porteuse et plus apte à l'accueillir. »

« Le but de la réhabilitation est de proposer à chacun de ces groupes « familles, usagers, aidants, soignants, décideurs », une tribune, pour exposer ses idées et tenter de les faire partager[323]. »

- ~ Lutte contre l'hospitalisme (isolement, dépendance, adaptation à l'institution) ;
- ~ Désinstitutionalisation ;
- ~ Principe de prévention de la rechute ;
- ~ « (…) la nécessité de revoir les compétences et les missions professionnelles de chacun.

[323] Proposition pour un « Manifeste » de réh@b. D. Leguay et le comité français pour la Réhabilitation Psychosociale.

« La réhabilitation reste à distance d'un projet qui voudrait rendre universel un projet de santé mentale. Chaque culture doit trouver son propre modèle, ses propres réponses en fonction de ses possibilités économiques, et de l'organisation de la société qui la sous-tend.

B. Les concepts majeurs en psychopathologie

1. Le concept de vulnérabilité au stress ou coping

Le stress

« Le stress est une transaction particulière entre un individu et une situation dans laquelle celle-ci est évaluée comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien être[324] » Les évènements de vie n'ont ainsi pas tous le même impact selon les individus. Leur intensité, fréquence ou gravité objectives ne sont pas « stressantes » en soi ; c'est de la perception du vécu qui en résulte dont il s'agit de tenir compte pour un individu dans sa singularité. Un individu ne reste pas passif face aux évènements de vie d'après LAZARUS, il essaie de faire face en mettant en place des stratégies appelées le Coping pour tenter de maîtriser ou tolérer la situation aversive. Ces stratégies peuvent être de nature cognitive, affective, émotionnelle ou comportementale.

Le coping

Le terme coping vient de l'anglais to cope qui signifie « affronter, faire face ». Il serait issu du vieux français « couper, coup » et du latin colpus, colaphus et du grec kolaphos « frapper de façon vive et répétitive en particulier avec la main. Cette étymologie insiste sur le caractère défensif actif et conscient du processus contrairement aux mécanismes de défense au sens psychanaytique. Ainsi, « coping strategy » signifie en français « stratégie de faire face ou stratégie d'ajustement ».

Il s'agit d'un concept récent datant de 1966, élaboré par LAZARUS[325] et LAUNIER, ayant véritablement diffué dans le monde anglosaxon en 1978 et en France dans les années 1990. Selon Marilou BRUCHON-SCHWEITZER[326], ce concept s'appuie sur celui des mécanismes

---

[324] LAZARUS et FOLKMAN. Stress, appraisal and coping. New York, Springer, 1984, p 19. In : BRUCHON-SCHWEITZER M. Professeur de psychologie à l'université Victor Segalen à Bordeaux 2. Le coping et stratégies d'ajustement face au stress. Recherche en soins infirmiers, N°67, décembre 2001, p 68-84.

[325] LAZARUS Richard. Psychological Stress and coping process. 1966.

[326] BRUCHON-SCHWEITZER M. Professeur de psychologie à l'université Victor Segalen à Bordeaux 2. Le coping et stratégies d'ajustement face au stress. Recherche en soins infirmiers, N°67, décembre 2001, p 68-84.

de défense en psychanalyse développé à la fin du XIXème siècle et celui de l'adaptation de la biologie, la psychologie animale et l'éthologie développé dès la moitié du XIXème siècle, en lien avec la théorie de l'évolution de DARWIN. Une stratégie de coping se différencierait d'un mécanisme de défense par son caractère conscient, plus flexible et électif, s'adressant non pas tant à une angoisse en soi qu'à une tentative pour l'individu de rester adapté et cohérent avec la réalité vers laquelle il est alors dirigé. Elle se distingue également des processus d'adaptation mis en évidence chez les espèces vivantes en se dégageant d'une dimension instinctive, automatique, conservatrice et répétitive. C'est l'approche transactionnelle de LAZARUS qui produit une approche singulière du coping en lui donnant le relief d'un dispositif inscrit dans le vécu du sujet et dans son économie affective et psychique.

Selon LAZARUS, Il s'agit de l'« ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes et externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un sujet. » Le terme « effort » est important puisqu'il souligne la possibilité de pouvoir prendre en partie conscience de nos stratégies d'adaptation et de nos comportements individuels destinés à diminuer l'impact du stresseur. « Les stratégies d'adaptation au stress ou Coping ont pour but, soit de réguler, de contrôler la détresse émotionnelle afin de la contenir, soit de gérer le problème à l'origine de cette détresse par la maîtrise de la situation.

Le Coping est une dimension essentielle du développement de la personne, du processus de personnalisation, incluant en outre, les stratégies de défense de l'identité, de positionnement social et de gestion de projet. » Il est processuel, situationnel et dispositionnel.

Le processus de coping comprend une phase d'évaluation primaire – le sujet analyse la situation dans laquelle il se trouve et d'évaluation secondaire – il fait l'inventaire de ses ressources - ; à ce niveau, la stratégie vise soit à modifier la situation, cause du stress, soit à réguler les réponses émotionnelles en jeu. La première est appelée « le coping centré sur le problème » visant à sa résolution, impliquant notamment des stratégies de résolution de conflits et d'affrontement du problème; la seconde est appelée « le coping centré sur les émotions » visant à accroitre, mobiliser les ressources du sujet pour gérer les réponses émotionnelles induites. A partir de ces notions se dégagent deux types de stratégies d'adaptation :

- ~ Les stratégies d'adaptation passives : il s'agit de la fuite, l'évitement, l'irritabilité, le refuge dans l'hyperactivité.
- ~ Au contraire, les stratégies d'adaptation actives, plus positives à long terme, consistent à prendre en compte nos émotions, savoir les écouter, à affronter les conflits

interpersonnels qui entravent notre activité professionnelle par le dialogue et de chercher du soutien social.

Le trait de personnalité « hardiesse » ou endurance

Décrite par S.KOBASA[327] en 1982, la hardiesse serait une composante de la personnalité, protégeant l'individu de l'impact des stresseurs qu'il vit plutôt comme potentiellement enrichissants.

Elle comprend trois caractéristiques :

L'engagement : tendance à s'impliquer pleinement dans toutes les activités entreprises ou situations rencontrées. La personne engagée n'évite pas l'interaction avec l'environnement. Elle exprime de l'intérêt et de l'enthousiasme vis-à-vis du travail et de la vie en général. Elle aime la vie, apprendre à travailler est un plaisir ; elle sait reconnaître les évènements, les objets et les personnes de l'environnement qui sont intéressants et significatifs. Elle a la capacité de demander de l'aide et l'assistance de l'autre lors d'évènements qui nécessitent un réajustement.

La maîtrise ou le contrôle perçu: certitude de pouvoir influencer le cours des évènements par ce qui est imaginé, dit ou fait. La personne qui fait preuve de contrôle a confiance en elle et a la capacité de décider. Elle est capable d'appréciation cognitive des évènements générateurs de stress, qu'elle analyse et interprète. Elle choisit l'action qui permet au mieux de réduire leurs effets néfastes. Elle caractérise la notion d'efficacité personnelle perçue, levier de réhabilitation très important.

Le défi : « le sens du défi se rapporte à la croyance que le changement, plutôt que la stabilité, est normal ». La personne perçoit le changement comme un stimulus important pour la croissance et le développement personnel. Elle est centrée sur la réalisation de soi plutôt que sur la sécurité et la stabilité.

[327] KOBASA & al. Hardiness and Health : a prospective study. Journal of personality and social psychology, 42, 1982, pp 168-177. In: BRUCHON-SCHWEITZER M. Professeur de psychologie à l'université Victor Segalen à Bordeaux 2. Le coping et stratégies d'ajustement face au stress. Recherche en soins infirmiers, N°67, décembre 2001, p 68-84.

2. Le modèle biopsychosocial de ENGEL

Georges Libman ENGEL[328] (1913-1999) est considéré comme l'un des créateurs de la médecine psychosomatique et du modèle biopsychosocial. Pour lui « l'efficacité du médecin est liée au fait que sa personnalité soit l'instrument du changement thérapeutique. » Il a s'agi pour lui d'introduire l'introspection et le dialogue dans les méthodes scientifiques. Le modèle bio psycho social est né à la fin des années quatre-vingt, des conflits internes entre le réductionnisme biologique et l'orthodoxie psychanalytique. Ses racines seraient celles de la « psychobiologie » d'A. MEYER (1866-1950), professeur de psychiatrie, selon lequel la maladie mentale proviendrait de l'interaction entre la constitution et l'environnement, jouant un rôle clé car accessible au changement. R. GRINKER (1900-1993), professeur de neurologie, enseignant en psychiatrie à Chicago, l'un des derniers analysés de Freud, deviendra le « leader » de ce modèle. Il articule la dimension qu'il nomme « biopsychosociale » à « la théorie générale des systèmes », théorie holistique considérant le réductionnisme comme non scientifique, l'élément reste incompréhensible sans le tout selon lui.

ENGEL prône dans cette mouvance une ouverture vers l'approche contextuelle et transdisciplinaire, il considère que l'expérience subjective du patient mérite de faire l'objet d'une étude scientifique. Il développe une idéologie dont le fondement vise à en finir avec une infantilisation du patient et la déshumanisation du soin.

3. L'écoute et la relation d'aide de Carl ROGERS

Carl ROGERS[329] (1902-1987) est un psychologue américain[330] s'inscrivant dans un courant humaniste, ayant mis au point une technique psychothérapeutique centrée sur la personne dont la relation d'aide fait partie, ces méthodes s'appliquent également au counselling et au travail de groupe.

Une confiance fondamentale en « l'organisme » :

---

[328] ENGEL était médecin généraliste et psychanalyste, il dirige dès 1945 le programme de liaison médecine-psychiatrie, destiné à promouvoir auprès des médecins spécialisés non psychiatres les aspects psychosociaux des maladies et des soins.

Cette conception thérapeutique se base sur celle qu'il se fait de la nature humaine : il considérait que l'individu porte en lui toutes les « capacités de s'auto-actualiser qui, une fois, libérée, lui permet de résoudre ses propres problèmes. « nous pouvons dire qu'il y a dans tout organisme, à quelque niveau que ce soit, un flux sous jacent de mouvement vers la réalisation constructive des possibilités qui lui sont inhérentes. »

La relation humaine au cœur d'un processus de transformation

Plutôt que d'agir en expert qui comprend le problème et décide de la façon dont il doit être résolu, le thérapeute doit selon lui libérer le potentiel que possède le patient (que ROGERS préfère appeler un client) pour résoudre lui-même ses problèmes. » « La personne du client n'est pas un objet de connaissance, ni même un objet d'action thérapeutique ; il est un sujet avec son individualité (…) devant lequel un autre sujet, le thérapeute va se situer. Le thérapeute n'est pas un homme de science (…), c'est une personne, en relation avec le client (…). » Ce sont essentiellement les qualités d'être du thérapeute qui domine le processus thérapeutique par l'instauration « d'un climat facilitateur de croissance ».

De la même manière sur le plan éducatif, il estime que l'élève recèle des motivations et enthousiasmes pour apprendre que l'enseignant doit libérer et favoriser. Sur le plan psychothérapeutique il développe des principes visant à privilégier les attitudes plutôt que les techniques, notamment de non directivité disant dans *Client Centered Therapy* « Nous ne pouvons inculquer directement à autrui un savoir ou une conduite ; nous pouvons tout au plus faciliter son apprentissage ». Selon lui le rôle du « maître » doit être de créer une atmosphère favorable à l'enseignement, de rendre les objectifs les plus lisibles et explicites que possible et d'être toujours un recours pour ses élèves insistant ainsi sur l'importance à l'engagement et à l'accessibilité du professeur.

Les conditions nécessaires au processus de changement

Dans un article intitulé *The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change*, il énonce les conditions nécessaires au processus thérapeutique à engager:

- « Le thérapeute doit bien vivre sa relation avec le patient et y être parfaitement intégré » ; Il s'agit pour lui de développer le concept de « congruence » c'est-à-dire le fait d'être « véritablement lui-même » de manière « sincère et authentique » ; il encourage le thérapeute à s'interroger sur le vécu qu'il a de la relation qu'il établit avec le patient-client et son attitude à son égard.
- « Le thérapeute doit faire preuve d'un respect inconditionnel à l'égard du client » pour lui « dans la mesure où le thérapeute accepte avec confiance et compréhension toutes

les facettes de l'expérience de son client comme éléments intégrants de sa personnalité, il éprouvera à son égard un sentiment de respect inconditionnel » ;

~ « Le thérapeute doit faire preuve de compréhension empathique à l'égard du système interne de référence de son client, c'est-à-dire une compréhension avec la personne et non avec le sujet, et s'efforcer de lui communiquer ce sentiment », en effet, « ressentir l'univers particulier du client comme étant le sien propre, mais sans jamais oublier la restriction qu'implique le « comme si », c'est cela l'empathie, et elle semble indispensable à la thérapie » ; il ne s'agit pas d'une compréhension analytique mais un partage d'émotions avec le patient ramenant à un partage d'une condition humaine essentielle, selon laquelle ce qui importe c'est la souffrance à pouvoir exprimer.

Pour lui ces trois conditions sont nécessaires et suffisantes, il n'attache pas d'importance à la connaissance de la personnalité ni de celle des problèmes du patient, qui à l'extrême ne le concerneraient pas. C'est d'une ambiance contenante et humanisée, créée par le thérapeute que le patient-client a besoin.

Le savoir dans un processus dynamique

Il place le savoir dans une dimension dynamique, pour lui la recherche de savoir est un processus du fait de l'évolution constante du contexte dans lequel nous vivons ; dans son ouvrage de 1963, *Freedom of Learn* il écrira « (…) confrontés, dans le domaine de l'éducation, à une situation totalement inédite dans laquelle, si nous voulons survivre, l'objectif de l'éducation doit être de faciliter le progrès et l'apprentissage. Seul peut être considéré comme éduqué celui qui a appris à évoluer et à s'adapter, qui a pris conscience qu'aucun savoir n'est définitivement acquis et que seul le processus de formation permanente peut servir de fondement au sentiment de sécurité. La capacité d'évolution, qui passe par la priorité accordée au processus par rapport au savoir statique, tel est le seul objectif raisonnable que l'on puisse assigner à l'éducation dans le monde moderne. »

L'accessibilité à l'apprentissage

Il propose également les principes qui sous tendent selon lui l'accessibilité à l'apprentissage : d'abord l'être possède toutes les qualités requises à cet apprentissage de manière naturelle, le sujet doit être perçu comme pertinent pour l'étudiant lui-même selon ses objectifs, cet apprentissage impliquant une modification de son organisation personnelle, de la perception de soi il représente une menace pour d'aucun et peut être facilité quand les conditions extérieures sont rassurantes, que les menaces extérieures sont minimales, lorsque le Soi est

faiblement menacé, l'expérience est vécue positivement pouvant intégrer les nouvelles données et les changements, un véritable changement s'opère par l'action et avec la participation active, concernée de l'élève, l'apprentissage qui met en branle la personnalité dans sa totalité, intellect et affect est plus durable et plus profond, L'indépendance, la créativité et l'autonomie se trouvent facilitées lorsque l'autocritique et l'auto évaluation sont privilégiées, dans le monde moderne l'apprentissage le plus important du point de vue social est celui qui consiste à bien connaître la façon dont se déroule ce monde et permettre au sujet d'être constamment disposé à expérimenter et à intégrer le processus de changement.

La relation d'aide

La reformulation

Cette technique dit également d'entretien « compréhensif » est non directive, non inquisitrice, évite les interprétations et éléments induits qui ne viennent pas du sujet lui-même ; il s'agit pour l'intervenant de redire en d'autres termes et de manière plus concise ou plus explicite ce que la personne vient d'exprimer, en obtenant l'accord du sujet. L'aidant fait ainsi la preuve qu'il écoute et a compris, se sentant compris sans déformation de ses propos ou intentions, l'aidé est encouragé à approfondir davantage. La reformulation implique que le sujet se reconnaisse dans ce qui vient d'être dit en utilisant soit un système d'écho, soit un système de reversement des rapports du fond et de la forme ou la clarification c'est-à-dire faire ressortir l'essentiel. Ce système permet au fond d'informer la personne sur sa compréhension de ce qu'elle vit.

4. Le modèle de la transitionnalité de WINNICOTT (1986-1971) [331]

Les notions d'espaces potentiels, d'espaces transitionnels et d'espaces de médiations, constituent des concepts clé, utilisés par la Réhabilitation Psychosociale. « On sait que cette référence théorique permet le plus souvent d'articuler ce qu'il en est de l'intersubjectif et de l'intra subjectif, et de considérer à la fois ce qui est de l'ordre du faire et ce qui est de l'ordre de l'être. »

L'objet transitionnel est un objet qui, pour le nourrisson et le jeune enfant, a une valeur particulière et facilite la transition entre l'attachement à la mère et la relation à d'autres éléments de son environnement. Pour WINNICOTT, il s'agit d'un substitut du sein, plus précisément du « bon sein » ; son rôle serait à la fois de maintenir l'illusion d'une union avec

[331] BONNET C. Membre de la fédération d'aide Croix-Marine, Rapporteur de l'Atelier 7 Théorie et Politique : questions et réflexions. L'Information Psychiatrique N°4, avril 1999, p 394-396.

lui et d'aménager progressivement le temps de la désillusion pour aboutir à une séparation « réussie ».

Selon D. ROULOT[332], l'espace transitionnel est là, introduit entre la mère peu à peu constituée comme unité – donc séparée – et le bébé amputé d'une partie de lui-même à savoir « son unité individu environnement » comme le dit WINNICOTT ; L'espace creuse la séparation en même temps que l'objet entretient la « semblance » de son unité. Ainsi l'enfant utiliserait-il ce « doudou » ou « nin nin » comme substitut non pas tant de la mère incarnant l'Autre que la consolation de ce qu'il a perdu de son être dans cette séparation, emmené par la mère, emmené par l'Autre et qu'il tendra alors toute une vie en retournant vers l'Autre demander ce qu'il a perdu de lui. Il s'agit là du moteur de la relation

Pour LACAN, le premier « objet » qui concerne l'être humain est le placenta, situé entre le décollement de la mère et la coupure du cordon, à la fois support vital et hors corps ; il assimile l'objet transitionnel à « une rêverie de placenta » qui reste flottante, dans laquelle l'objet est la propriété de l'enfant différencié de lui « première possession non MOI », et en relation avec lui mais n'appartenant pas à l'environnement. L'étape suivante selon LACAN serait l'avènement de l'objet « a ». Cet objet est à la fois projection narcissique et relation objectale, il est aimé comme s'il était Autre et comme s'il était Moi en même temps.

L'espace potentiel

Dans les premiers moments de vie de manière très archaïque, l'enfant a le sentiment tout puissant de fabriquer lui-même, par une sorte de magie, le lait qu'il reçoit ; pour renoncer à cette omnipotence et reconnaître l'existence de la réalité extérieure distincte, il va concevoir l'interne et l'externe selon une aire intermédiaire « ni l'un, ni l'autre », c'est donc l'espace transitionnel dont l'objet transitionnel que nous venons d'aborder est une manifestation ; cet objet matérialise par une consistance et une permanence, une continuité d'être menacée par la séparation, sa fonction est de représenter un passage entre la mère et l'environnement ; en fait cet espace est une zone entre le Moi et le non-Moi, déploie l'espace de communication, de culture, du langage, du jeu, de l'art du sujet qui sépare ainsi tout en interagissant sa réalité psychique et la réalité extérieure. L'espace potentiel naît de la maturation de l'espace transitionnel en définissant le possible dans la contrainte de la réalité, c'est l'espace de créativité et de relation, de passage des liens qui relient l'individu à sa Société d'appartenance.

[332] ROULOT Danièle, médecin psychiatre à la Clinique de Laborde.

5. Les théories du développement personnel

Il semblerait que le concept de développement personnel trouve sa source dans les théories de la « psychologie humaniste » développée aux Etats Unis dans les années 1960, issue d'une vision « positiviste » de l'être humain qu'il s'agit d'accompagner dans la réalisation de soi.

a. L'empowerment

L'une des formes s'appelle l'empowerment ou « prise du pouvoir personnel » , elle s'inscrit dans la sphère de l'Ego dont elle vise à renforcer la position en développant des aptitudes et des compétences comme la gestion du stress, des émotions, des capacités intellectuelles, de la confiance en soi, de la réalisation de projet ou des capacités de communication ; « (…) on peut dire qu'à une tradition qui tolère et accompagne volontiers la dépendance psychique s'oppose une conception plus radicale qui vise à renforcer le pouvoir du patient (empowerment) à partir d'interactions sociales valorisantes, à mesure que se met en place un projet social d'insertion volontariste. Par étapes, le malade dépasse ses limites, assume le besoin de se soigner et se rétablit (recovery). »[333]

b. La notion de rétablissement.

Il s'agit de l'objectif principal visé par les démarches de réinsertion La notion de rétablissement (*recovery*) est sans doute celle qui incarne le mieux le renoncement au modèle médical (ou de la maladie), puisqu'elle vient justement prendre la place de la notion de guérison. Parmi les définitions du rétablissement les plus souvent invoquées, ont peut citer celles de W.A. ANTHONY, qui dirige avec M. FARKAS le Centre pour la Réhabilitation Psychosociale de l'Université de Boston. *"Recovery is a way of living a satisfaying, hopeful, and contributing life even with the limitations caused by illness. Recovery involves the developpement of new meaning and purpose in one's life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness"*

---

[333] DUBUIS J. « La Réhabilitation : une pratique qui se développe et évolue depuis 20 ans », in Pluriels, la lettre de la mission Nationale d'Appui en Santé Mentale MNASM. N°54/55. Décembre 2005. Janvier 2006

Le MNASM a été créée en 1993 et confié au Dr MASSE, chef de service au centre hospitaliser Sainte Anne à Paris, elle a été reconnue pour ses compétences en matière de planification en santé mentale.

« Le rétablissement ne peut être documenté et compris qu'à partir de l'expérience perçue et vécue de l'individu, et cela en portant une attention particulière aux facteurs influençant les possibilités et les probabilités de changements. »

En tant qu'expérience singulière d'un sujet, le rétablissement s'opère également selon des formes singulières, selon des choix propres au sujet. Des changements se manifestent entre autres, par une re-découverte du soi et de ses nouvelles possibilités d'agir sur l'environnement, une responsabilité renouvelée face à la construction de projets de vie significatifs, l'espoir d'une vie meilleure et une prise de conscience individuelle et collective face aux préjugés sociaux liés au trouble mental.

Le processus de rétablissement s'apparente donc à une forme de réengagement dans un projet existentiel qui, en tant que projet, suppose la restauration du sentiment de pouvoir agir.

« Toute démarche de rétablissement implique l'élargissement de son pouvoir d'agir sur ses conditions de vie, l'élaboration et l'implantation de projets de vie basés sur l'utilisation optimale de ses ressources personnelles et environnementales, et la promotion d'un état de bien-être et d'équilibre en harmonie avec ses forces et limites et celles de son environnement ». En tant que processus, on peut y repérer des phases typiques, comme celles qu'ont proposées par exemple, YOUNG et ENSING (1999) :

- La phase initiale comporte principalement l'acceptation de la maladie (fut-ce à un stade résiduel), et la volonté de changement.
- La phase intermédiaire est caractérisée « par l'actualisation du pouvoir d'agir, la re-définition du soi, la reprise d'activités de la vie quotidienne, et le développement et la consolidation de relations significatives avec les autres. (cf. Provencher, 2002, p.38)
- La dernière phase enfin est plus axée sur l'optimisation du bien-être et de la qualité de vie.

Faute de pouvoir développer plus ici cette dimension, nous terminerons par la définition synthétique qu'en donne Luc VIGNAULT (2008), usager et actuel président de l'Association Québécoise pour le Réhabilitation Psychosociale :

« Se rétablir, c'est intégrer l'expérience de la souffrance pour établir un nouveau mode de vie qui se consolidera au fil des actions mises en oeuvre dans la perspective de satisfaire tes besoins et de retrouver un sentiment de bien-être. Si tu restes assis sur ton cul, tu auras un rétablissement de cul ! »

Il s'agit d'un processus qui tend à vouloir dépasser par son mouvement, outre les effets propres de la maladie, « ceux induits par la discrimination, mais aussi les effets iatrogènes des institutions et des traitements psychiatriques, les répercussions négatives de l'absence

d'emploi et, bien entendu, les rêves brisés ». Pour PROVENCHER 2002, le concept de Rétablissement comporterait 4 dimensions :

- ~ La redéfinition et l'expansion de soi qui dépasse le processus de deuil en reconnaissant le trouble psychotique ;
- ~ La reprise du pouvoir personnel de la personne sur le plan individuel, sociétal et organisationnel ;
- ~ La dimension relationnelle, composée du soutien social et de la contribution familiale vis-à-vis du rétablissement ;
- ~ La diachronie avec l'espoir et le maintien de la vision positive de sa vie et de sa démarche.

Aider le malade à découvrir ou se reconnecter avec ses ressources et ses forces et à choisir ses propres stratégies d'adaptation. Pour P. DEEGAN, schizophrène, militante auprès des usagers aux USA, le rétablissement correspond avant tout à un processus singulier de transformation subjective bien éloigné d'un simple phénomène de restitution ou de restauration ad integrum. Il s'agit d'un concept à double connotation : il cristallise les exigences et positions des usagers, en ce sens, il a donc une position politique forte ; il implique également une portée théorique et pratique qui structure le mouvement de réhabilitation. Il s'agirait de sortir d'une logique de soins pour s'intéresser à une logique de chemin de vie.

c. La notion de résilience.

La notion de résilience (abordée dans le séminaire par Marli Nascimento-Stieffatre, Fabienne Defert et Bruno Humbeeck) est un autre exemple d'attention portée aux ressources de la personne qui lui permettent de « dépasser » l'impact négatif et durable qu'auraient pu avoir sur elle des événements de vie traumatisants, en l'occurrence ici, la survenue d'une pathologie mentale sévère et désocialisante. La résilience est définie comme : « La capacité à réussir à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue négative ».

A nouveau, on s'écarte du modèle médical, dans la mesure où l'accent est mis non sur des « remèdes externes », mais justement sur les ressources propres de l'individu, sur sa dynamique interne de préservation et de développement, sur son potentiel à développer des stratégies permettant une issue positive.

Comme la notion de handicap, ou de réhabilitation psycho-sociale, la notion de résilience implique d'admettre que la personne a subi une situation dont l'impact risque d'être sévère,

et peut être à l'origine de dysfonctionnements durables. Contrairement au modèle médical où le traitement vise à l'éradication de la cause des troubles, on ne peut faire ici que l'événement bouleversant ne se soit pas produit, avec ses répercutions invalidantes. L'enjeu n'est pas d'atténuer ce facteur causal, il est de trouver une voie de passage vers un autre destin.

L'enjeu, tant d'un point de vue pratique que théorique, est alors d'établir les facteurs de résilience, et notamment de repérer parmi ces facteurs ceux qu'il est possible de renforcer. Parmi ces facteurs de résilience, l'environnement humain de la personne (l'entourage familial, les pairs, les collègues de travail) joue un rôle important, et à ce titre doit être pris en compte et soutenu. Ce thème de la résilience est donc bien l'une des voies de recherche méritant d'être développée, pour mieux connaître, en dehors des paramètres médicaux ou psychiatriques, d'autres facteurs susceptibles d'influer sur le devenir de ces personnes, et en particulier sur leurs possibilités d'insertion

6. Approche du sujet selon la conceptualisation de ses besoins

L'évaluation des besoins et le concept de besoin de soins font partie des préoccupations de la Réhabilitation Psychosociale. La base de cette approche utilise les items suivants : Communication, vie relationnelle ; travail et emploi ; mobilités, déplacements, orientation ; nutrition, alimentation ; responsabilités civiles et financières ; habitation ; utilisation des biens et services collectifs, loisirs, apprentissages et application des connaissances ; besoins transversaux. Il nous semble intéressant de remettre en perspective ces items au regard des élaborations conceptuels des besoins de MASLOW et HENDERSON utilisés déjà de longue date dans la pratique des soins infirmiers pour garantir une prise en charge globale de l'être humain en situation de souffrance.

La pyramide de MASLOW

Inspiré de la psychologie humaniste, l'homme est perçu comme fondamentalement enclin à la croissance et à l'évolution vers un épanouissement personnel comme a pu l'évoquer comme nous l'avons vu Carl ROGERS. Abraham MASLOW (1908-1970) appartient au même courant de pensées. MASLOW a élaboré une hiérarchisation des besoins humains et les a représentés selon une pyramide qui de la base au sommet comprend cinq niveaux respectivement: les besoins physiologiques – directement liés à la survie des individus ou de l'espèce -, puis le besoin de sécurité – en lien avec le précédent, il insiste sur la nécessité de se protéger contre les dangers le menaçant, de telle sorte qu'il jouisse d'une certaine garantie de sa survie de façon à se dégager de cette préoccupation - puis le besoin d'appartenance – cette

dimension sociale de l'individu s'adresse à ses modalités relationnelles et au sentiment d'être intégré dans un groupe social qui participe de son identité, le sentiment qu'il compte pour les autres -, le besoin d'estime – vient souligner l'individualité au sein d'un groupe et le besoin de reconnaissance qui en découle, les autres peuvent compter sur lui - et enfin le besoin de s'accomplir – avec une idée de transcendance de la matérialité dans laquelle est pris tout homme. Il pense que pour que les besoins supérieurs puissent être accessibles il faut que les besoins de base soient satisfaits. A noter également que au sein des besoins physiologiques, Eric BERNE le fondateur de l'analyse transactionnelle va apporter la notion de Stroke, il s'agit d'une unité de contact humain, désignant tout acte impliquant la reconnaissance de la présence d'autrui, qu'il compare à une calorie, ramenant ainsi la précocité des interactions comme un besoin physiologique. Cette dimension me semble voisine des découvertes des psychanalystes sur les interactions précoces et des expériences de SPITZ ayant mis en évidence de manière dramatique le concept d'hospitalisme.

Virginia HENDERSON (1897-1996) est une infirmière américaine qui élabora le concept **des quatorze besoins fondamentaux de l'être humain** dont elle publia la théorie, alors reconnue docteur honoris causa de l'université de Yale en 1960. Sa définition s'applique à tous les individus dans tous les milieux : « les soins infirmiers consistent principalement à assister l'individu, malade ou bien portant, dans l'accomplissement des actes qui contribuent au maintien de la santé (ou à une mort paisible) et qu'il accomplirait par lui-même s'il avait assez de forces, de volonté ou de savoir. » Se déclinent ainsi quatorze besoins sur un trépied comprenant le biologique, le social – psychologique et le spirituel. Respirer, manger et boire, éliminer, se mouvoir, conserver une bonne posture, dormir et se reposer, se vêtir et se dévêtir, maintenir la température du corps, être propre, soigner ses téguments, éviter les dangers, communiquer avec ses semblables, agir selon ses croyances et ses valeurs, s'occuper en vue de se réaliser, se divertir, apprendre.

C. Les concepts psychosociaux

Le handicap

Le handicap est l'un des concepts majeurs sur lequel s'appuie la RPS, nous allons en donner les grandes lignes à travers la dialectique des deux modèles qu'il sous tend, à travers le concept de WOOD, la spécificité du handicap psychique, les deux grandes lois cadre permettant de saisir l'évolution en presque trente ans du concept de handicap et sa reconnaissance sociale et enfin la proclamation de Madrid qui pose les fondements du concept actuel et les principes des actions menées.

Approches épidémiologiques :

600 000 personnes concernées en France dont 300 000 schizophrènes et 300 000 PMD.

95 % des personnes se trouvent dans la cité.

30 à 40 % des SDF sont malades.

50 % des entrants en centre de détention sont malades.

Un tiers des 120 000 enfants et adolescents accueillis dans les établissements et services médico-sociaux pour enfants handicapés présentent une déficience psychique.

Selon la Classification Internationale des Fonctionnements, des handicaps et de la Santé (CIF) OMS en 2001 ;

« Divers modèles conceptuels ont été proposés pour comprendre et expliquer le handicap et le fonctionnement. On peut s'en rendre compte à travers la dialectique entre « le modèle médical » et le « modèle social ».

Dans le modèle médical, le handicap est perçu comme un problème de la personne, conséquence directe d'une maladie, d'un traumatisme ou d'un autre problème de santé, qui nécessite des soins médicaux fournis sous forme de traitement individuel par des professionnels. Le traitement du handicap vise la guérison ou l'adaptation de l'individu, ou le changement de son comportement. Les soins médicaux sont perçus comme étant la principale question et, au niveau politique, la principale réponse est de modifier ou de réformer les politiques de santé.

Dans le modèle social, par contre, le handicap est perçu comme étant principalement un problème créé par la société et une question d'intégration complète des individus dans la société. Le handicap n'est pas un attribut de la personne mais plutôt un ensemble complexe de situations, dont bon nombre sont créées par l'environnement social. Ainsi, la solution au

problème exige-t-elle que des mesures soient prises en termes d'action sociale, et c'est la responsabilité collective de la société dans son ensemble que d'apporter les changements environnementaux nécessaires pour permettre aux personnes handicapées de participer pleinement à tous les aspects de la vie sociale. La question est donc de l'ordre des attitudes ou de l'idéologie ; elle nécessite un changement social, ce qui, au niveau politique, se traduit en termes de droits de la personne humaine. Selon, ce modèle, le handicap est une question politique. »

Le concept de WOOD

En 1980, WOOD établit pour l'OMS une classification dont le but est d'évaluer les conséquences des maladies chroniques sur la vie sociale. En introduisant le concept de plans d'expériences ; La maladie entraine une déficience ou impairment correspondant à une atteinte fonctionnelle, l'incapacité ou disability correspondant à une gêne fonctionnelle et le désavantage ou disadvantage correspondant au handicap social.

La définition du handicap psychique

« Les déficiences psychiques concernent les troubles du fonctionnement de l'appareil psychique et influent donc principalement sur les sphères de la vie relationnelle, de la communication, du comportement…Les distinguer des déficiences intellectuelles permet de rendre compte des situations vécues notamment par les personnes atteintes de maladies mentales évoluant au long cours, et qui relèvent donc à la fois des soins psychiatriques et d'un accompagnement spécifique visant à atténuer les effets invalidants de ce type de déficience.

La loi du 30 juin 1975.

L'article premier donne les objectifs généraux de la loi et définit le caractère global de la réadaptation. Sans cependant définir le Handicap, le soin de reconnaitre qu'une personne est ou non handicapée est laissé à l'appréciation des commissions départementales que sont la CDES (Commission Départementale d'Education Spécialisée) et la COTOREP (COmmission Départementale Technique d'Orientation et de RE classement Professionnel)

Un accent particulier est mis sur la prévention ; Sur la responsabilité nationale impliquant une obligation de l'Etat en lien avec la Famille; Sur la volonté d'insertion, ne milieu communautaire ordinaire chaque fois que possible ; « La prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelles, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale, l'intégration sociale et l'accès aux sports et loisirs du mineur et de l'adulte handicapés physiques, sensoriels ou mentaux, constituent une obligation…. »

La loi du 12 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Ce texte a été présenté comme une réforme de la loi du 18 juin 1975.

- Le premier point la concernant c'est la définition qu'elle donne du handicap qui ne figurait pas, pour rappel, dans le loi de 1975, comblant ainsi un vide juridique et conférant un statut aux personnes en situation de handicap.
- Ensuite, elle cite dans cette définition le handicap psychique et la notion de handicaps cumulés ou polyhandicap.
- Cette définition fait bien la distinction entre l'activité quotidienne personnelle (actes indispensables de la vie courante) et la participation à la vie sociale qui est l'intégration-inclusion sociale. Elle souligne l'environnement mais ne reprend pas le concept de « situations de vie » ou de « handicap de situation » de Ménaire. Ainsi, de nouveau la dénomination, considérée comme discriminante, de « personnes handicapées » a-t-elle été retenue au lieu de celle souhaitée de « personnes en situation de handicap ».
- A l'instar du droit américain, considérant les personnes en situation de handicap comme une des « minorités » accueillies sur le territoire américain, soutenant donc une politique anti discriminative globale – pas seulement pour les handicapés - la loi de 2005 se veut une loi anti discrimination[334].
- La création des MDPH, des Maisons Départementales des Personnes Handicapées, gérées par la Commission des Droits et de l'Autonomie, regroupent les CDES, COTOREP, SVA (Services pour la Vie Autonome), sont un exemple concret de mesures visant à placer la personne au centre du dispositif, en créant ce bureau unique d'accueil, d'information, conseil et formalisation des demandes.
- La loi crée une prestation de compensation humaine, technique et animalière dont le financement est assuré par une contribution nationale de solidarité obtenue par le travail d'une journée férié dans l'année. Ce dernier point a donné lieu a beaucoup de désaccords car plaçant les personnes handicapées encore en position de charité sur un arrangement préjudiciable pour les autres salariés. L'AAH est revalorisée et peut être cumulée avec les ressources d'activité. Obligation de formation scolaire et

[334] Une étude de 2004-2005 de APF a montré que la handicap était pour l'emploi un facteur de discrimination plus agissant que l'âge, le sexe ou l'origine ethnique. BROUARD G. ROUSSEL P. Handicap en chiffres. Ed. CTNERHI, Paris, PUF. 2005.

universitaire est récitée. L'obligation d'accueillir 6% de personnes handicapées dans les entreprises de plus de 20 salariés est étendue avec pénalités au secteur public. Un fonds pour l'insertion est créé. Les pénalités envisagées pour les employeurs hors la loi sont lourdes.

~ La prévention, la recherche sont accentuées. Mais les formations destinées aux différents acteurs et partenaires ainsi que l'éducation civique autour de la question du handicap sont rares ou inexistantes.

~ Les moyens d'évaluation sont imprécis et d'essence catégorielle comme jusqu'à présent.

La proclamation de la déclaration du Madrid[335] lors du congrès européen des personnes handicapées du Madrid en 2002 : « la présente déclaration expose par écrit notre vision, qui devra donner un cadre conceptuel pour les actions à développer à l'occasion de l'année 2003, au niveau de l'Union Européenne jusqu'au niveau local en passant par les Etats et les Régions. »

Préambule : Les principes et leurs fondements :

1. Le handicap relève des droits humains

Comme tout citoyen, les personnes handicapées possèdent les mêmes droits humains. L'article premier de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen stipule que « tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. » Les communautés n'atteindront ce but que si elles affichent comme une priorité le droit à la diversité et son corollaire le droit à faire partie de la communauté des hommes sans restriction autour de l'accession aux droits fondamentaux, légitimant leur pleine place « à part entière et à part égale ». Les « handicapés » sont « complètement humains ».

2. Les personnes en situation de handicap revendiquent l'égalité des chances et non la charité.

Il s'agit autour de cette question de se départir d'une vision paternaliste de la problématique du Handicap en redonnant à la personne en situation de handicap son Libre Arbitre (empowerment), c'est-à-dire les moyens de gérer elle même sa propre vie au travers de choix, de décisions, la concernant, la rendant responsable. Sont déclarées comme inacceptables toutes les attitudes et discours empreints de pitié (condescendance) ou d'infantilisation, signifiant la personne en situation de handicap comme « inapte » par définition et par

[335] Déclaration de Madrid. European Disability Forum.

généralisation à se penser et savoir ce qui est bien pour elle ou pas. Elles revendiquent donc l'égalité des chances et la pleine accessibilité à toutes les ressources mobilisées par la société pour ses citoyens : éducation, nouvelles technologies, santé et services sociaux, sports et loisirs, biens et services.

Elle n'est pas ou plus un patient mais un client, celui qui peut demander et revendiquer un service à l'Autre, celui qui décide pour ce qui le concerne en conscience (de lui-même). Ni objet de charité ni objet de science.

3. Les barrières sociales conduisent à la discrimination puis à l'exclusion.

Les statistiques montrent chez les personnes en situation de handicap un niveau bas d'éducation et d'emploi (60% de chômage). Cette situation conduit à la précarisation des conditions de vie des personnes en situation de handicap et les inscrits dans le cercle vicieux de l'exclusion et de l'entretien du phénomène par défaut d'accessibilité.

4. Les personnes en situation de handicap : les citoyens invisibles.

La discrimination se nourrit des préjugés entretenus à leur encontre par les membres de la Société en général. Au-delà, les réactions négatives et volontaires, consciemment discriminantes, s'observent en majorité des phénomènes d'ignorance, d'oubli, au fond de banalisation défensive (dissonance cognitive), de « on ne fait pas attention » ou « on en voit pas » ou « ça ne concerne pas ».

5. Les personnes en situation de handicap forment un groupe diversifié.

Il s'agit de respecter cette diversité et de ne pas « assimiler », « amalgamer », aplanir ces différences par une généralisation outrancière et caricaturale. Les besoins et les désirs ne peuvent être nivelés et nécessitent pour être pris en compte d'impliquer et solliciter le vécu de la personne. Il s'agit aussi pour elles de fonctionner de manière démocratique pour solliciter de manière politique une place et un droit de cité pour faire valoir sa parole.

Il s'agit de personne donc naturellement non résumable par une caractéristique comme celle de leur déficience.

6. Non discrimination + Action positive = Inclusion Sociale.

Il s'agit de décliner de manière pragmatique l'ensemble des mesures spécifiques chargées de garantir leur autonomie, leur insertion et leur participation sociale.

Il s'agit de cesser de vouloir créer des « microsociétés à part de la vraie société », aboutissant à une ghettoïsation, pour favoriser l'intégration dans la vie communautaire ;

Il s'agit de mettre l'accent sur leurs aptitudes et non inaptitudes et sur les politiques actives d'accompagnement ;

Il s'agit d'abandonner l'idée préconçue d'actions «économiques et sociales » pesant sur la communauté chargée de porter un petit nombre pour envisager une conception d'un monde pour tous, le bénéfice est ubiquitaire à ce titre, l'investissement est « rentable »;
Il s'agit d'envisager alors politiquement le handicap non plus comme relevant d'un ministère ou d'une spécialité médicale mais comme une problématique relevant d'une approche responsable collective dans laquelle « TOUS » est concerné de manière transversale, transculturelle, pluridisciplinaire ;
Politiquement, il s'agit de soutenir la modification de normes et valeurs sociales, politiques et culturelles modifiant les modalités intégratives pour accroître l'accessibilité et le désir d'accéder à l'intégration en termes de promotion sociale, valorisation et reconnaissance donc de conception nouvelle du bien être avec les autres.

Réadaptation

Définition selon le Littré : s'adapter c'est se mettre en harmonie avec les circonstances et le milieu.
« Mot clé de la médecine de la rééducation, il désigne le versant social de cette pratique médicale, incluant la notion de compensation mais aussi sa dimension éducative », « c'est l'ensemble des moyens médicaux, psychologiques et sociaux, qui permettent à une personne en situation de handicap, ou menacée de l'être, du fait d'une ou plusieurs limitations fonctionnelles, de mener une existence aussi autonome que possible avec ou sans dépendances. » « La rééducation est une action médicalisée tournée vers l'autonomie fonctionnelle. (…) il s'agit donc autant d'une action pédagogique éducative que d'une action thérapeutique. (…) la rééducation fonctionnelle apparaît comme un aspect médical de la prise en charge du handicap. Elle correspond au volet « médecine physique » (…). Elle a pour objectif l'autonomie fonctionnelle avec ou sans dépendance fonctionnelle aux fins d'améliorer les performances face aux exigences des situations de vie. »
« Il s'agit d'un processus lent devant être continu débuté précocement. La personne en situation de handicap est concernée au premier chef dans la mesure où elle est le premier acteur de sa réadaptation et de sa réinsertion en lien avec l'équipe de réadaptation-rééducation et son entourage familial, social et professionnel.

Articulation de la notion de réadaptation et de thérapeutique.
Les thérapies réadaptatives vont acquérir une dimension thérapeutique grâce au courant de Psychothérapie Institutionnelle pour laquelle elles servent d'abord à multiplier les

opportunités d'échanges et de rencontres des malades avec l'environnement institutionnel. Ce sont des vecteurs pour entrer en relation avec l'autre, la pathologie psychiatrique étant reconnue là comme profondément une maladie du lien social.

GAUTHIER S[336] introduit en 1994 la notion de « soins et actions de réadaptation » faisant écho aux nombreuses expériences d'activités de groupe, d'expériences communautaires (sociothérapie, groupe thérapeutique, appartement thérapeutique, hôpital de jour, club thérapeutique…). Les soins de réadaptation sont reconnus dans leur nomination par la Fédération des Croix Marine, crée en 1952.

L'autre notion implicite véhiculée par le concept de réadaptation est celui de participation active de la personne de laquelle est attendue qu'elle se place en situation d'apprentissage en vue de développer ses capacités.

En 1957, DOUSSINET « aussi inhumain de laisser sans encadrement un handicapé psychique dans la vie sociale que d'abandonner un amputé non appareillé sur la grande route déserte. »[337]

En 1995, Première conférence de consensus en psychiatrie, JOLIVET donne cette définition : « peut être définie comme l'ensemble des soins spécifiques, s'adressant à des malades pour lesquels, après une période de soins curatifs adéquats, une réinsertion sociale et professionnelle suffisante apparaît problématique mais pour lesquels on peut espérer une évolution positive à moyen terme, afin qu'ils participent de façon libre, spontanée et responsable à toutes les formes de vie sociale. »[338]

Réinsertion

Définition :Réintroduire quelqu'un dans une société ou un groupe, terme renvoyant à la sociologie des années 60.

Les termes de « insertion, réinsertion, intégration » sont omniprésents en handicapologie dans la mesure où ils en définissent l'objectif final : prévenir la désinsertion, maintenir l'insertion

---

[336] GAUTHIER S. Soins et Réadaptation : une réadaptation… de surcroît, Communication aux XIII èmes Journées de l'Information Psychiatrique, Saint Malo, Octobre 1994.

[337] DOUSSINET : "Le retour du malade à la vie sociale », Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale, 3, 1957.

[338] JOLIVET (B.): "Quelle est la place de la réadaptation dans la prise en charge à long terme des psychoses schizophréniques ? », in :Stratégies thérapeutiques à long terme des psychoses schizophréniques, Conférence de consensus, Frison-Roche, Edit. Paris, 1995.

ou réinsérer. La notion d'intégration serait pour le philosophe LALANDE « Etablissement d'une interdépendance plus étroite entre les membres d'une société. » Ainsi, une insertion sans intégration ne peut être comprise que comme la simple juxtaposition de la personne avec ses difficultés et le milieu sans interdépendance. L'interdépendance vient dire ce qu'il en est du lien social qui tient l'individu dans son groupe et le définissant, le reconnaissant comme y appartenant. Le spectre qui plane sur le terme d'intégration est l'antinomie de la discrimination et rejet social à savoir l'assimilation, la mise en conformité, l'égalisation forcenée au point d'aplanir toutes les aspérités de la différence sur ce qui revient à créer du plan, de la surface, de la superficialité qui ne prend pas corps, forme.

LABREGE[339]sous entend une réciprocité de la part de la société d'accueil et de l'individu en processus d'insertion : l'insertion ne saurait être superficielle mais doit s'enraciner dans des liens et des identités sociales partagées par tous.

Réhabilitation

Elle appartient à la terminologie juridique.

« Fait de rétablir dans une situation juridique antérieure, en relevant de déchéance, d'incapacité ». En anglais, le terme de Able renvoie à « être capable de » et le terme Abilities à « capacités, compétences ».

La transposition du terme réhabilitation de l'anglais en français entraîne un glissement de sens donc la réhabilitation psychosociale « les actions développées pour optimiser les capacités persistantes d'un sujet malade et atténuer les difficultés résultantes de conduites déficitaires ou anormales.[340]

Ses buts consistent à « améliorer le fonctionnement de la personne de façon à ce qu'elle puisse avoir du succès et de la satisfaction dans le milieu de son choix avec le moins d'interventions professionnelles possibles »[341]

Le champ de la réhabilitation s'étendrait aux incapacités et aux désavantages (handicaps) et engloberait ce que l'on nomme habituellement réinsertion et réadaptation.

[339] LABREGERE (A.): "L'insertion des personnes handicapées", la Documentation Française, Paris, 1989.

[340] PELICIER Y. "Réhabilitation, responsabilisation, réhabituation" Act. Psych., n°3, 1989.

[341] FARKAS M., ANTHONY W., DANSEREAU J.: "La réadaptation une idée mûrie à point ? », Psychiatrie Française, n°6, dec. 1989.

La citoyenneté

Chaque patient ne peut se résumer comme état civil, dit D. LEGUAY, au nom de sa pathologie ou « la maladie ne peut tenir lieu de statut social, mais doit rester du domaine de la vie privée ». Il a le droit d'accéder à toutes les conditions morales comme le statut social, la capacité civile, la responsabilité personnelle et matérielle comme ressources, le logement, loisirs, travail et la liberté de déplacement, qui confèrent à un individu sa place dans la société.

La nationalité française comme première condition

La citoyenneté en France est liée à la détention de la nationalité française ; elle s'obtient par droit du sang, droit du sol pour qui naît en territoire français, par mariage ou par naturalisation à condition de - selon la loi SARKOZY du 26 novembre 2003 relative à la limitation de l'immigration – justifier de « son assimilation à la communauté française », au cours d'un entretien individuel évaluant la connaissance de la langue française, des droits et des devoirs inhérents à la nationalité française.

La jouissance de ses droits civiques et politiques comme seconde condition

Le citoyen détient différents types de droits :

- La citoyenneté civile correspondant aux libertés individuelles fondamentales (liberté d'expression, égalité devant la justice, droit de propriété…) ;
- La citoyenneté sociale résultant de la création de droits socio économiques (droit de la santé, droit de protection contre le chômage, droits syndicaux…) ;
- La citoyenneté politique fondée sur la participation politique (droit de vote, droit d'éligibilité, droit d'accès à certaines fonctions publiques…).

Les devoirs qui incombent au citoyen sont le respect des lois, la participation à la dépense publique en payant l'impôt, s'informer et participer à la défense du pays.

Au-delà de ces droits et devoirs civiques et juridiques, la citoyenneté est attachée à des valeurs républicaines telles que la civilité marquée par une attitude de respect vis-à-vis des autres citoyens représentée par la politesse notamment, mais aussi le respect des lieux et du matériel publics mis à disposition par la Société, elle s'appuie sur le principe de dignité des

personnes ; le civisme consiste à respecter et faire respecter les lois en vigueur et à prendre pleinement conscience de ses devoirs, il s'appuie sur le principe de l'intérêt collectif passant avant l'intérêt individuel ; la solidarité insiste sur le fait qu'une Société n'est pas une juxtaposition d'hommes et de femmes, elle constitue véritablement un ensemble au-delà de la somme de ses éléments, le lien de solidarité est ce qui les unit dans l'idée de promouvoir des projets communs ; elle s'appuie sur le principe de fraternité selon lequel personne n'est laissé au bord de la route et place doit être faite à chacun avec une valeur participative au mouvement social à hauteur de ses capacités.

L'accessibilité aux choix de vie

La loi d'orientation relative à la lutte contre l'exclusion du 29 juillet 1998 prévoit « l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans tous les domaines de l'emploi, du logement, de la protection, de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation, de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance ». Il s'agirait au fond au sein de cette question de la citoyenneté de permettre l'accès à une possibilité de participation à la vie sociale, de restaurer un éventail de choix similaire aux autres ; cette direction implique un changement de logique, à savoir celle du désavantage à celle de la participation.

Cette dimension de solidarité pourrait être approfondie par la réflexion de LEVINAS nous rappelant que nous sommes responsables d'autrui, que cette façon d'être concerné donne une valeur équivalente à toute vie humaine de manière ontologique.

Toutes les personnes handicapées ont droit selon la Charte Sociale Européenne « à l'autonomie, l'intégration et la participation à la vie de la communauté. » L'autonomie implique la mise en place d'infrastructures au service de l'accessibilité des personnes handicapées aux lieux communs sans discrimination et aux services à disposition dans une Société qui se dit être une République et qui valorise l'être humain dans sa globalité et lui reconnaît des droits et des devoirs constitutionnels.

La normalisation et non la « normativisation »

D'un autre point de vue cette citoyenneté qui rejoint le principe de « normalization » de CNANN s'adresse également aux sujets non handicapés qui pourraient le devenir. Cette dimension renoue avec l'idéologie du « handicap » ou du « hand in the cap » dans lequel le poids était donné au plus fort lui proposant une épreuve à sa hauteur, face à son propre dépassement mais en lien avec les autres qui participaient à la course avec le poids de leur

« handicap » ; les chances ainsi égalisées donnaient à la course non seulement une dimension profondément humaine, proposant de tenir compte des différences, encourageant chacun dans la course à son propre dépassement en étant avec les autres. Il nous semble que le principe de solidarité et de fraternité était représenté ainsi et est à la base du concept de handicap aujourd'hui ; il ne s'agit plus de parler de nivellement par le bas.

Deux obstacles majeurs à cette citoyenneté seraient les phénomènes d'exclusion et les phénomènes d'inhibition. L'exclusion propulse hors du lien et du contrat social, elle détourne le sujet de tout sentiment d'appartenance, de tout lien social et de tout lien politique. L'inhibition pouvant être liée à la souffrance psychique, à un trouble, à un handicap qui écarte le sujet de l'idée de contrat, de volonté de participation. Dans cet esprit, La loi du 5 mars 2007 portant sur la réforme de la protection juridique des majeurs renforce le droit des personnes protégées, tente de mieux maîtriser le flux des procédures, encadre le secteur tutélaire et modifie ses modalités de financement. Ces modifications doivent entrer en vigueur au 1er janvier 09.D'autre part, une révision de la loi de 1990 est en cours, elle réinterroge la légitimité des actions de soins sous contrainte ainsi que les procédures attenantes. Il est question également d'envisager le développement d'une obligation de soins ambulatoires sous contrainte. Enfin, le rapport COUTY promeut une participation des usagers au Conseil d'Administration des établissements de soins, en effet, l'exercice de ses droits et libertés individuelles se nourrit de la possibilité d'expression : Le droit de « cité » et de « citer ». La loi de 2004 relative à l'information aux patients encadre les conditions d'hospitalisation et l'information à donner aux patients sur ce qui les concerne. Comme le souligne D. LEGUAY dans son rapport précédemment cité, le dernier rapport du Comité Européen pour la prévention de la torture et traitement inhumain relève des manquements sur les protocoles de mise en isolement comme le manque de projet de soins individualisé ou de formation des personnels à la gestion de la violence en France notamment.

Désinstitutionalisation

La desinstitutionalisation est l'abandon du recours à l'hospitalisation traditionnelle par tous les moyens possibles jusqu'à envisager la suppression complète de l'hospitalisation complète, est un programme de la RPS qui s'adresse aux personnes souffrant de troubles psychiques et dont l'enjeu est philosophique, processuel et factuel. En effet, c'est dans le but de nourrir des perspectives de soins respectueux des droits et libertés de chacun. L'institution est considérée

comme une entité dans laquelle les influences deshumanisantes sont considérées comme inhérentes à l'organisation traditionnelle des soins en psychiatrie induisant donc une iatrogénie asilaire. Dans ce contexte, ce mouvement a été représenté dans les années 60 par le recours limité à l'hospitalisation et l'abandon progressif de l'asile comme modèle d'intervention en psychiatrie notamment au Québec et aux Etats Unis comme nous l'avons vu. Ce mouvement est né autour du principe de « normalisation » ou « valorisation sociale » signifiant que toute personne a le droit strict de vivre dans son milieu et de participer à la vie dans sa communauté.

Désinstitutionaliser les institutions constitue une façon d'interroger au fond les modes d'intervention et la légitimité de l'Etat et de modifier radicalement les conceptions des maladies mentales. Il s'agit aussi de « revenir sur la question de la validité du modèle psychopathologique qui légitimerait ces « psychothérapies par l'institution[342] »

Elle est liée à la lutte contre l'hospitalisme et la chronicisation considérés comme des formes iatrogéniques de l'institution. Le mot d'ordre serait :

- ~ L'hospitalisation psychiatrique doit être aussi longue que nécessaire mais aussi courte que possible ;
- ~ Il faut séparer les lieux de vie des lieux de soins, au risque d'induire une confusion aliénante : en satisfaisant tous ses besoins, l'institution risque de rendre le malade passif et dépendant ; L'hôpital ne doit pas remplir un rôle d'asile (…).
- ~ Défendre une politique d'alternative à l'hospitalisation complète.
- ~ C'est aussi replacer la famille « comme ressource et comme support social » en évitant « les solutions séparatistes, « parentectomistes »[343]

L'argument associé à cette réflexion est le résultat des études effectuées dans plusieurs pays les Etats Unis, l'Angleterre et la France concernant la qualité de vie montraient toutes que les patients préféraient vivre de manière autonome à l'extérieur de l'hôpital.

---

[342] LEGUAY D. Le système de soins psychiatriques français : réalités et perspectives. Rapport d'assistance et de thérapeutique. Congrès de Psychiatrie et Neurologie de Langue Française. Mulhouse, Juin 2002, 100 ème session. P 184.

[343] KANNAS S. et MASSE G. « Pour une Réhabilitation Psychosociale à la française : mieux différencier pour mieux conjuguer » in Pluriels, la lettre de la mission Nationale d'Appui en Santé Mentale MNASM. N°54/55. Décembre 2005. Janvier 2006

Réseau et Ressources communautaires

« Pour y parvenir, il aurait fallu à la fois mobiliser les ressources communautaires et modifier les représentations collectives de la maladie mentale. »

« La réhabilitation, pour prendre en compte ces problèmes, regroupe tous les intervenants pour tenter de trouver avec eux des solutions à la fois thérapeutiques et sociales, ce qui l'oblige également à relever les défis posés par : la pluridisciplinarité, la collaboration soignants-aidants, le dialogue santé publique et société. »

Dans la conception de la RPS, le réseau implique une transversalité inscrite dans un déploiement territorial ne correspondant pas à la géographie du secteur, aussi dans cette conception, selon D. LEGUAY[344]le remplacement du secteur en termes de fonctionnalité pourrait être envisagé. Le réseau doit se consacrer aux problèmes suivants :

L'évaluation des besoins de santé dans la population générale, l'accès aux soins facilité, partage des informations, formalisation des liens, la prévention primaire et secondaire de la souffrance psychique. Ses objectifs constituent la base de l'engagement partenarial de manière contractuelle, ils permettent le décentrement de la prise en charge de la problématique de santé du seul point de vue pathologique. Cet élargissement de l'espace incarné par l'élargissement des personnes concernées au-delà des soignants favorise l'ouverture des représentations du malade mental. Cependant la mise en réseau de compétences à fédérer pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique implique l'institution d'un cadre fonctionnel articulant l'ensemble des partenaires dans une cohérence d'actions.

Parallèlement, implicitement la notion de réseau interroge celle de secteur, lequel apparaît « étriqué » du fait des problématiques de santé pour lesquelles il est sollicité. Alors que pour D. LEGUAY [345] il reste la base du soin psychiatrique comme unité fonctionnelle, le

[344] LEGUAY D. Le système de soins psychiatriques français : réalités et perspectives. Rapport d'assistance et de thérapeutique. Congrès de Psychiatrie et Neurologie de Langue Française. Mulhouse, Juin 2002, 100 ème session. P178.

[345] LEGUAY D. Le système de soins psychiatriques français : réalités et perspectives. Rapport d'assistance et de thérapeutique. Congrès de Psychiatrie et Neurologie de Langue Française. Mulhouse, Juin 2002, 100 ème session. P177.

déploiement du réseau est illustré par la création d'un réseau « santé mentale » impliquant des partenaires sociaux, médico-sociaux et sanitaires, associatifs, culturels et par le développement de l'intersectorialité fédérant les moyens et limitant la ghettoïsation idéologique.

Dé stigmatisation

L'enquête épidémiologique en population générale organisée par le CCOMS, J.-L. ROELANDT et A. CARIA[346] a montré que 34 % des personnes d'un échantillon représentatif présentait au moins un trouble psychique, exploré par le MINI. 70 % des personnes n'avaient pas le sentiment d'être malades alors que 40 % avaient ou étaient gênées dans le travail, 15 % ayant bénéficié d'un arrêt de travail. Cette enquête objective donc d'une part une méconnaissance très importante du système de soins psychiatriques et de la réalité des troubles psychiatriques et d'autre part que les représentations sociales sont entretenues par l'association de malade mental à individu dangereux, pervers, incurable. 50 % de la population malade ne reçoit pas de soins sans justifications médicale, économique, philosophique ou épistémologique de telle sorte qu'il est légitime de s'interroger sur une forme d'obscurantisme social vis-à-vis de la maladie mentale ne permettant pas d'accès à la notion de santé mentale donc de soins. Nous pouvons ajouter le constat de l'OMS figurant dans le rapport COUTY de l'inégalité des malades mentaux versus la population générale en termes de morbidité et mortalité relativement à leur santé générale.

La RPS s'engage dans la déstigmatisation des malades mentaux avec des objectifs multiples que nous avons abordés globalement avec les concepts de Handicap, de Citoyenneté qui évoquent la notion d'égalité des chances et la lutte contre les discriminations. Favoriser l'accès aux soins pour rétablir une égalité en termes d'espérance de vie et de santé est l'objectif retenu. Ce que révèlent ces études c'est qu'il s'agit de lutter en modifiant les représentations sociales de la maladie mentale de façon à ce que la honte ou l'ignorance ne soient pas des obstacles aux soins.

[346] ROELANDT J.-L., CARIA A., MONIDERE G. La santé mentale en population générale: images et réalités. L'Information Psychiatrique , 76-3-2000-pp279-292.

III. Moyens et outils

Partie 1 les outils disponibles

La réhabilitation psychosociale élabore des pratiques et des processus, reposant sur des techniques ayant un niveau de preuve suffisamment performant pour garantir, selon l'Evidence Based Medecine**,** en tout contexte à un nombre et une diversité d'individus importants ainsi que sur une logique intersectorielle, la plus performante en termes de fédération de ressources et leur mobilisation, de formation des personnels.

A. Association Mondiale de Réhabilitation : un opérateur

Créée en 1986, à Vienne en France, l'AMRP jouit actuellement d'un statut consultatif auprès des Nations Unis à New York, Genève et Vienne ; elle est également reconnue par l'OMS et le Bureau International du Travail. Elle soutiendrait la représentativité de quatre vingt pays dans le monde en 1999. Le Conseil d'Administration est élu par Assemblée Générale et accueille des familles et des usagers.

1. L'association mondiale de réhabilitation psychosociale

L'association mondiale de réhabilitation psychosociale ne se limite pas à l'échange des expériences et du savoir entre les experts, mais elle vise à promouvoir des initiatives culturelles, politiques et techniques au niveau national et international dans le but de favoriser le développement de programmes, des actions conjointes vers les patients pour accroître leur « insertionabilité » et celle de la société pour accroître son « insertionnabilisation ».

Elle organise tous les deux ans des congrès mondiaux en 1989 à Barcelone, en mai 2000 à Paris et en 2007 à Versailles.

2. Le Comité Français pour la Réhabilitation Psychosociale ou CFRP

Le Comité Français pour la Réhabilitation Psychosociale ou CFRP est la branche française de l'AMRP, elle s'est chargée de développer en France, les échanges et la réflexion sur les concepts, les problématiques et les pratiques de réhabilitation. Elle recouvre un champ sanitaire qui s'élargit au social, en faveur des personnes souffrant de troubles psychiques affectant leur autonomie.

B. Accompagnement du patient :

1. Le dépistage précoce

Le réseau de santé Prépsy a pour mission de faciliter le repérage précoce et le suivi de troubles psychiques émergeant chez les adolescents et jeunes adultes. Il est agréé par l'ARH, adossé à une association loi 1901, inscrit au SROSS III à Paris et a pu passer des conventions

avec plusieurs structures (hôpital Sainte Anne, INSERM U796, FNAPSY, UNAFAM, France Dépression…) ; Il s'agit d'améliorer les compétences des professionnels dans le dépistage grâce aux FMC ; la constitution d'une communauté d'acteurs permettant de favoriser le recrutement de patient(s) à risque ; une coordination médicale du réseau organisant des réunions de concertation pluridisciplinaires afin d'assurer le suivi actif des patients ; elle est appuyée sur une attachée de recherche clinique qui mène l'inclusion de patients dans des protocoles de soins adéquats.

En cas de premier épisode psychotique, le patient est orienté vers le programme PREPP du laboratoire INSERM U796. Il bénéficie d'un test approfondi de vulnérabilité psychique, d'un bilan biologique et d'un examen IRM cérébral. Evaluation du handicap psychique et de la qualité de vie. Puis mise en place de stratégie clinique de suivi actif.

« La constitution d'une communauté d'acteurs autour de l'usager constitue un socle de compétences permettant la mise en œuvre d'un programme d'accompagnement global de prévention des risques et d'éducation à la santé dont le contenu s'inspire des référentiels de bonnes pratiques et des expériences innovantes françaises et internationales et utilise des outils cliniques d'intégration au service de la coordination. »

2. L'entretien motivationnel

Il s'agit à l'origine d'une intervention destinée aux personnes ayant des troubles liés à l'abus de substances (Miller et Rollnick)[347]. Il a ensuite été adapté aux personnes présentant des troubles mentaux graves et à l'approche des « doubles diagnostics » comme psychose et abus de substance.

« Son objectif est d'insuffler au patient la motivation qui lui fait défaut pour modifier un comportement. En effet, les échecs répétés, le regard négatif des autres, les croyances mènent au découragement et à la perte de l'estime de soi et à la baisse de l'auto efficacité. »

« L'aide aux personnes à évaluer en quoi leur comportement nuit à l'atteinte de leurs objectifs personnels, se conjugue à une exploration des conséquences négatives de leur comportement et de l'ambivalence éprouvée quant à un changement d'attitude. »

<u>Cinq étapes sont décrites :</u>

- ~ Empathie et objectivité : construction de l'alliance thérapeutique ;
- ~ Enoncé des objectifs personnels et des modifications désirées ;

[347] GIRAUD-BARO Elisabeth, directrice de publication de la Lettre de Réhab. L'entretien motivationnel. La lettre de Réh@b. Septembre/octobre 2007.N°8. In Manuel de Réadaptation Psychiatrique. Lecomte Tania et Leclerc Claude.

- ~ Repérage de l'incompatibilité entre réalisation des objectifs et comportements actuels ;
- ~ Exploration de la résistance au changement concomitante d'une collaboration précoce et active pour la réalisation des objectifs ;
- ~ Soutien de la confiance pour réaliser ce changement de comportement.

« L'entretien motivationnel apparaît également comme une ressource intéressante pour renforcer l'impact des programmes d'éducation thérapeutique et améliorer l'observance dans le cadre d'une approche individuelle. »

3. Le diagnostic de Rehabilitation

« Il s'agit d'un bilan et inventaire des besoins de la personne et des problématiques mais aussi des ressources avec avant tout la construction d'une alliance thérapeutique avec le patient et sa famille[348]. »

Il s'agit de proposer des solutions et stratégies de réhabilitation à tout patient quel que soit son état symptomatique et fonctionnel, avec une adaptation du projet en fonction des ressources du patient : on parle de diagnostic de réhabilitation impliquant une vision globale du sujet :

- ~ Evaluation fonctionnelle des capacités ;
- ~ Evaluation fonctionnelle des ressources personnelles disponibles ;
- ~ Les soutiens à rechercher ou à développer au travers notamment de l'évaluation des impliqués familiaux ou entourage (disponibilité, vulnérabilité) ;
- ~ La définition des buts à atteindre, des priorités en fonction de ce que le patient souhaite ;
- ~ Les programmes d'interventions.

Il est établi par une équipe pluridisciplinaire (médecin, psychologue, assistant social, etc.) Sur les bases suivantes :

<u>La santé</u> pour laquelle sont étudiés les éléments suivants :

- ~ Etude de l'impact émotionnel des symptômes, des passages à l'acte, des hospitalisations, etc.
- ~ Evaluation du traitement : connaissance du traitement, de son efficacité éprouvée, des effets secondaires et leur retentissement pluridimensionnel, observance (en partenariat avec l'entourage) ;

---

[348] ROUSSEL C. « Evaluer et compenser le handicap psychique : schéma du parcours de réhabilitation ». Dossier Pédagogique. La Lettre de Réh@b. N°8. Septembre/Octobre 2007.

- ~ Evaluation des stratégies de santé (capacité à prendre en charge la gestion de sa santé, etc.) ;

La cognition :

- ~ La prise en compte des troubles cognitifs, leur retentissement sur les apprentissages ;
- ~ L'évaluation de leur part dans les échecs, les symptômes, le comportement, la qualité de vie et le fonctionnement global, l'intégration dans la communauté ;

Les ressources personnelles

- ~ Evaluation de l'adaptation aux rythmes de vie usuels ;
- ~ Evaluation de l'impact des évènements de vie ;
- ~ Evaluation de l'estime de soi ;

Résilience :

- ~ Evaluation du soutien social (sentiment d'appartenance, perception de sécurité…)
- ~ Evaluation du soutien familial : « qui sont les impliqués familiaux ? Qui porte le fardeau de la situation et du soin ? Quel est le degré de disponibilité ou de leur engagement affectif ? La famille nécessite-t-elle d'être limitée dans sa participation ou encouragée et soutenue ? Etc.»

Les habiletés sociales

- ~ L'autonomie dans la vie quotidienne : Sont concernés le niveau de performance des habiletés sociales basiques (hygiène, présentation et tenue, alimentation), aptitude à rencontrer autrui, à se déplacer, à utiliser de l'argent et les moyens de communication ;
- ~ Le domaine de l'hébergement, le patient peut il ou doit il continuer à vivre avec sa famille ? Faut il préconiser un hébergement autonome ordinaire, « de droit commun », mais soutenu, un hébergement collectif, protégé ? Quelles sont les conditions de ressources à disposition du patient ?
- ~ L'évaluation des habiletés sociales (communication et interactions sociales et gestion de situations interpersonnelles difficiles).

Aptitudes professionnelles

- ~ Evaluation des capacités et de l'insertion au travail : doit-on dégager le patient vers un objectif de retour au travail en milieu ordinaire ? Ou doit-on privilégier au contraire des réponses spécialisées permanentes, ou encore reconnaître l'impossibilité persistante de travailler et viser à maintenir une qualité de vie acceptable au quotidien ?

Engagement dans le projet : les choix du patient

- ~ Capacités d'insight
- ~ Evaluation des rôles sociaux et de l'insertion sociale (place qu'occupe la personne dans la société), son rôle et la satisfaction éprouvée à cette place)
- ~ Evaluation de la capacité à demander de l'aide.

Cette évaluation doit conduire à un Plan d'Aide Personnalisé pour la réalisation d'un projet de vie ; la mise en place du plan d'aide et stratégies de mise en situation :

Quelles sont les variables les plus pertinentes ? Qui doit évaluer quoi ? A quel moment et à quelle fréquence ?

Les outils les plus pertinents sont les plus aisés à utiliser par des intervenants différents et les plus reproductibles dans le temps et l'espace. Favoriser également les outils d'autoévaluation.

« Les évaluations dites « écologiques » de mise en situation sont celles qui répondent le mieux aux objectifs de renforcement du fonctionnement autonome. » Les évaluations au cours du projet visent à ponctuer le travail d'élaboration de mise en perspective et valorisation des « points forts et points faibles ».

4. Le case management[349] « un compagnon de voyage »

Il s'agit d'un procédé de « gestion de cas », on pourrait dire « référence personnalisée » ou la mise en place d'une relation de soin privilégiée stable et durable, devant assurer une continuité avec l'institution par le lien établi avec un soignant engagé nominativement de manière plus proche dans l'accompagnement de ce patient dans son espace de vie. Cette personne constitue un appui dans la vie quotidienne du sujet ; cette fonction associe la notion de soin par la relation d'aide, et la notion de coaching (advocacy, broker et gate keeper) ;

Il est un des points essentiels du traitement hors institution et correspond à la mise en pratique que nous avons abordée dans le programme PACT ; il est également efficace pour l'observance thérapeutique et la prévention des rechutes. La prise en charge du patient étant global, le case manager outre la relation duelle a aussi un rôle de coordination avec les autres partenaires de santé ou sociaux ou aidants naturels. Il s'agit d'une « structure du soin individuel et individualisé de proximité ». Il est un jalon entre désinstitutionalisation et soins dans la communauté, il est une zone transitionnelle entre le patient et la société pouvant « coacher » l'un et l'autre. Il s'agit d'une psychiatrie de liaison dans la communauté.

---

[349] KANTER J. Clinical Case Management : Definition, Principles, Components. Hospital and Community Psychiatry 1989, vol 40 (4), p 361-68.

5. Améliorer les capacités adaptatives des patients et de son autonomie

« Il s'agit donc bien de travailler au bénéfice d'un niveau de fonctionnement individuel, social et d'activité, de qualité de vie de la personne malade et de son entourage, qui soit le plus élevé possible. »[350]

a. L'évaluation de l'autonomie

Selon D. LEGUAY[351], les échelles de mesure pathologique classiques comme la SANNS ou la PANNS, basées sur la notion d'appauvrissement et de dissociation de la pensée, du comportement et de l'affect, ainsi que l'échelle de psychopathologie générale GHQ 28 ou HSCL 90 ne sont pas adaptées à la mesure de l'autonomie. Il semble selon lui qu'il en est de même pour les échelles de qualité de vie subjective (LEHMAN, BAKER et INTAGLIATA, GERIN et DAZORD) ou des instruments destinés à apprécier un degré global de « santé-maladie » (LUBORSKY, échelle globale de fonctionnement du DSM IV) « dans la mesure où ils associent systématiquement dans leur contenu descriptif, un degré de pathologie à la mesure du fonctionnement social. » Il reste difficile de dégager un outil standard, uniformiser de mesure de l'autonomie, cette remarque peut être en lien avec le fait que la notion de dépendance ayant des racines culturelles est d'une complexité telle qu'elle n'est pas univoque à l'échelle internationale. La SAS de WEISSMAN ou Social Adjustment Scale explore une dominante relationnelle ; le « questionnaire de perception de problématiques et de stratégies d'adaptation » de MAC MARTHY et al ; « l'Assessment of Interpersonnal Problem Solving Skills » ou AIPSS de DONAHOE et al. Ces échelles ont été traduites en français, elles ne faisaient pas l'objet d'études de validation en France en 1998. Les autres échelles à dominante pratique peuvent être utilisées comme « l'Independant Living Skills Survey » de WALLACE ou certaines échelles pour les personnes âgées. L'OMS a développé une échelle d'évaluation des rôles sociaux, la DAS ou Disability Assessment Scale, associant l'exploration de l'adaptation sociale à celle du soutien social apporté au patient ou par le patient, elle nécessite une formation pour être utilisée du fait de sa complexité. En France, les échelles suivantes font référence : l'échelle d'aptitudes psychosociales de DARCOURT et ROBERT, Le questionnaire d'indépendance et d'intégration sociale de KOWAL et GUELFI et l'Echelle d'autonomie sociale de LEGUAY et al.

---

[350] KANNAS S. et MASSE G. « Pour une Réhabilitation Psychosociale à la française : mieux différencier pour mieux conjuguer » in Pluriels, la lettre de la mission Nationale d'Appui en Santé Mentale MNASM. N°54/55. Décembre 2005. Janvier 2006. Kannas et Massé sont psychiatres praticiens hospitaliers.

[351] LEGUAY D. Un sens nouveau pour les soins. Santé mentale, N°29, juin 1998, p 19- 25

b. La promotion des capacités d'adaptation

Elle est le sens des perspectives d'amélioration des compétences sociales du sujet en vue de la satisfaction de besoins dits primaires sur le plan psychologique (construction d'une identité personnelle, intégration à un réseau social, acquisition d'un pouvoir social minimal) et sur le plan de la vie quotidienne (revenus financiers, logement, activité socialement reconnue et valorisée comme le travail, l'emploi, le loisirs) par l'apprentissage des actes de la vie quotidienne (circulation, démarches, habillage, courses, cuisine, hygiène, etc.). A ce niveau, il est essentiel de souligner que l'adaptation à la maladie prévaut à la perspective de tout changement tel que nous les avons énoncés ; le processus de reconnaissance de la maladie « en soi » et « pour soi » pour le patient serait une nouvelle façon d'appréhender la chronicité non pas comme un arrêt l'image de l'incurabilité entrainant une condamnation mais comme une donnée à la fois incontournable, certes, en l'état actuel des connaissances médicales dans une logique thérapeutique – la guérison n'est pas possible - mais contournable ou plutôt « traversable », « transcendable » au sens étymologique de dépasser ses limites habituelles pour continuer à participer au mouvement social.

Les capacités nécessaires de la part de l'accompagnant qui se propose de promouvoir auprès du patient ses capacités d'adaptation sont-elles de l'ordre du soin ? Selon la RPS, les acteurs légitimes dans cette tâche ne doivent plus être exclusivement les soignants. Il s'agit de prôner la collaboration, à ce stade de réadaptation, avec les professionnels du social, relais précieux pour encourager la réinsertion ensuite.

c. Stratégies d'anticipation de traitement de la crise

La notion de « contrat signé par avance », à distance de la crise, entre le patient connu et le dispositif de soins auquel il se réfère, concernant la palette de réponses attendues ou refusées, en fonction des différentes circonstances plus ou moins prévisibles qui peuvent affecter la vie d'un patient : hospitalisation ou non, types de traitement, circonstances extrêmes (consentement impossible, désignation d'un tiers de confiance…). D'où le terme « d'instructions par anticipation » (advanced directives), qui a été donné à ce type d'approches, qui semble promouvoir l'alliance thérapeutique en modifiant profondément la relation patient-soignants. »[352]

[352] KANNAS S. et MASSE G. « Pour une Réhabilitation Psychosociale à la française : mieux différencier pour mieux conjuguer » in Pluriels, la lettre de la mission Nationale d'Appui en Santé Mentale MNASM. N°54/55. Décembre 2005. Janvier 2006

Partie 2 Les techniques spécifiques

Les Thérapeutiques combinées.

Médicaments et ses effets.

En lien avec la politique de l'OMS « de réduction des symptômes et la réduction des effets contraires des traitements », Il s'agit de manière logique de proposer au patient « l'optimisation de sa médication » incluant l'impératif d'obtenir le meilleur effet thérapeutique aux doses les plus minimales afin de limiter les effets secondaires induits et connus. Les objectifs du traitement s'adressent à ce sur quoi le patient-client souhaite « avoir une prise » et non ce sur quoi le médecin veut qu'il y ait une prise.

L'alliance thérapeutique

Cette relation médecin-patient/client nécessite la création d'un espace de compromis, qui symbolise l'alliance thérapeutique, où s'interroge l'adéquation entre les connaissances pharmacologiques du praticien au service de ce qui doit faire remède pour le patient. Il s'agit alors de favoriser l'observance thérapeutique dans une politique de prévention des rechutes. L'ajustement doit être régulier et affiner par la clinique phénoménologique à savoir une clinique du vécu de la souffrance psychique, apportée par le patient-client. Cette régulation du processus thérapeutique s'opère par des feed-backs impliquant le patient et son entourage ce qui nécessite une information suffisante permettant au patient et son entourage de s'approprier leur problématique.

La notion d'observance du traitement doit faire l'objet d'un programme d'éducation et d'évaluation qui confie des informations nécessaires à l'autonomie, l'appropriation et la maîtrise optimale de la problématique du patient. Il s'agit de l'accompagner dans l'acceptation d'un processus de deuil dans lequel le médicament n'est pas la Panacée, ses effets secondaires étant souvent source d'interruption et de rechute. C'est dans l'équilibre entre les bénéfices et les désavantages que seul le patient peut apprécier et être comptable pour lui-même que cette question se pose.

La diminution de la stigmatisation des malades mentaux semble pouvoir contribuer également à une meilleure observance dans la mesure où « prendre un traitement, c'est être malades et être malade c'est honteux ».

Les Thérapies de Remédiation Cognitive.

Les atteintes cognitives du schizophrène

La mémoire épisodique et contextuelle - qui permet de resituer une information dans son contexte d'apprentissage – percevoir un sentiment de familiarité à la rencontre d'une personne sans pouvoir se remémorer le contexte de la rencontre antérieure.

« Les patients correctement stabilisés, pour lesquels la symptomatologie positive ou négative est contrôlée, souffrent essentiellement de troubles cognitifs résiduels et handicapants dans la vie de tous les jours, par leurs importantes répercussions sur l'insertion socioprofessionnelle[353]. »

« (…) au-delà des symptômes, on observe chez les patients des déficits d'une part fonctionnels ayant trait aux habiletés sociales et techniques, se caractérisant par des difficultés dans les relations interpersonnelles et une perte progressive de l'autonomie sociale, d'autre part cognitifs présents chez plus de 70% des patients touchant principalement les fonctions cognitives impliquées dans le traitement des informations de base (attention soutenue, mémoire de travail et fonctions exécutives).

Des études ont montré (Hogarty et al. 1991) la plus grande efficacité d'une approche thérapeutique qui combine les différents traitements par rapport à une approche qui négligerait certains facteurs. « Les programmes de réhabilitation, bien qu'ayant un effet bénéfique sur les déficits fonctionnels, ont connu des succès inconstants. Ceci pourrait s'expliquer en partie par défaut de prise en compte systématique des déficits cognitifs[354]. »

Les programmes ne les ciblant pas directement, ils auraient un impact plus limité. Les liens entre déficits cognitifs et fonctionnels ne sont pas précisés. Il semble quand même exister une corrélation forte (Green et al. 2000).

Deux modèles de traitement des déficits cognitifs émergent et se distinguent (Kurtz M.M et al. 2001)

- La première technique : « Thérapie d'Adaptation Cognitive, TAC », « les déficits cognitifs sont indirectement ciblés au travers d'interventions compensatoires ou

[353] LEGUAY D. La piste cognitive. L'information Psychiatrique. Vol 82. N°4. Avril 2006.

[354] COCHET A., SAOUD M., GUYON M., SENN M., BOR J., BRUNELIN J., D'AMATO T. « Les Thérapies de Remédiation Cognitives en pratique de Réhabilitation dans la schizophrénie. » Dossier Pédagogique. La Lettre de Réh@h. N°6. Janvier/Mars 2007.

« orthopédiques » visant à modifier l'environnement du patient et lui permettre ainsi de contourner ses déficits (Velligan D.I et al. 2000) ;

- La seconde technique appelée « Thérapie de Remédiation Cognitive, TRC », 3 les déficits cognitifs sont directement la cible du traitement au travers d'exercices cognitifs répétés (Jaeger J et al, 1999). »
- Certaines techniques actuelles n'envisagent qu'une tâche destinée à différencier des fonctions cognitives cibles (Wykes T. et al. 2001). « Néanmoins l'indépendance relative des fonctions cognitives nous permet de supposer que seul un entraînement portant sur plusieurs fonctions peut avoir des conséquences fonctionnelles bénéfiques et durables. Les résultats disponibles à ce jour indiquent que certaines stratégies de remédiation permettent d'améliorer des fonctions comme la mémoire de travail, l'attention (Kurtz MM et al. 2001) et les fonctions exécutives (Wykes T. et al. 1999).

La thérapie de remédiation cognitive par entraînement hiérarchisé assisté par ordinateur (TRC-EHAO) par REHACOM[355] (logiciel).

Par cet outil, l'équipe de Cochet A[356]. et al. 2006 a évalué l'efficacité de traitement des troubles cognitifs de base chez les schizophrènes et leur impact sur le déficit fonctionnel (capacité de résolution de problèmes interpersonnels et autonomie sociale) ; Il s'agit d'un entraînement ciblé, ergonomique, standardisé et hiérarchisé donc ajustable au niveau du patient, accompagné par le soignant ; Il vise plusieurs fonctions via plusieurs modules ciblant l'attention/concentration, mémoire et fonctions exécutives.

« (…) à l'issue des 14 séances de TRC individuelle (à raison de deux séances hebdomadaires), toutes les fonctions entraînées ont été significativement améliorées, cette amélioration ayant été mesurée à la fois à l'aide des modules de la TRC[357] eux-mêmes et par l'intermédiaire d'évaluation neuropsychologiques standardisées. »

« De même, les patients ont été significativement améliorés au niveau fonctionnel, amélioration mise en évidence au moyen d'évaluations psychométriques des habiletés sociales et de l'autonomie sociale (Leguay et al. 1998). Parallèlement, les symptômes

[355] Il s'agit d'un logiciel initialement utilisé chez les patients cérébro-lésés (Friedl-Francesconi H. et al. 1996.) pour la rééducation neurocognitive.

[356] Alain Cochet est psychologue clinicien et neuropsychologue. Service Hospitalo-Univeristaire de Psychiatrie Adulte, Pr Dalery. CH « Le Vinatier « , Bron.

[357] Les modules retenus étaient : attention/concentration pour l'attention soutenue, mémoire topologique pour la mémoire de travail, raisonnement logique, et shopping pour les fonctions exécutives.

cliniques ont été significativement réduits par la TRC alors même que le traitement médicamenteux demeurait inchangé au cours de l'étude. »

Programmes psycho éducatifs.

Entraînement aux habiletés sociales

Il s'agit d'une méthode cognitivo comportementale s'inscrivant dans le champ des techniques psychos éducatives qui propose aux patients psychotiques d'acquérir de nouvelles capacités de fonctionnement par paliers successifs. Le champ dont il est question par rapport à cet outil est celui des théories de l'apprentissage et de la pédagogie ainsi que des processus de conditionnement : cette technique a été développée aux Etats Unis par LIBERMAN sous forme de « modules » dont l'objectif est de rétablir un « cercle vertueux » en impulsant une rupture avec les échecs en série et les désafférentations sociales.

Les habiletés sociales [358] peuvent être définies comme nous l'avons vu concernant le diagnostic psychosocial, comme les compétences matérielles (trouver un emploi, gérer un budget, etc.) ou relationnelles (capacité d'écoute, savoir faire face au conflit, etc.) qui permettent à une personne d'atteindre ses objectifs de manière adaptée ; chez les psychotiques les habiletés sociale font défaut par les carences d'apprentissage au cours du développement ; la perte par manque d'utilisation ; l'acquisition d'aptitudes dysfonctionnelles (milieu familial pathogène, hospitalisation prolongée, effets déstructurant de la maladie, le renforcement de ces effets par la pathoplastie institutionnelle. En ce qui concerne la maladie comme nous l'avons déjà évoqué, cette technique vise à palier au handicap – c'est-à-dire désavantage social – induit par les déficiences et incapacités que son l'apragmatisme et anhédomie pour la symptomatologie négative mais aussi les troubles de la mémoire, de la concentration, de la conceptualisation pour les troubles neuropsychologiques.

Les techniques de EHS prennent des formes variées comme l'aide à la conservation, affirmation de soi, entraînement à la résolution de problèmes interpersonnels en d'autres termes apprendre à faire face aux situations de la vie courante comme les demandes, les refus, les critiques les observations ; apprendre à créer des liens sociaux en luttant contre le manque de savoir faire social, le manque de confiance en soi et le défaut de conscience sociale des

[358] CHAMBON O. Praticien Hospitalier au Vinatier. L'entrainement aux habiletés sociales. Santé mentale N°29, juin 1998.

conséquences des comportements, de réduire le sentiment subjectif d'impuissance pour s'exprimer par voies consensuelles et socialement acceptées ;
Certains programmes visent à proposer aux patients atteints de pathologies chroniques de développer des connaissances concernant leur maladie et leur traitement afin de diminuer le risque de rechutes, d'améliorer l'observance thérapeutique, diminuer l'exposition aux risques secondaires ; le repérage des symptômes précoces de rechute, les stratégies de demande d'aide sont des applications de ces techniques.
En France ces modules sont accessibles sous le nom de « compétences » et « perspectives » auprès du réseau francophone des programmes de RPS.

Les effets bénéfiques ont été démontrés statistiquement grâce aux études anglo saxonnes de CHAMBON et MARIE-CARDINE en 1992, CHABON et al en 1995[359], FAVROD et al en 1993[360] ; le nombre de rechutes, le nombre de jours d'hospitalisation si rechute ont diminué, la qualité de vie et le fonctionnement social se sont améliorés, le taux de présence des patients au groupe est élevé ; les évaluations qualitatives parallèlement à ces études quantitatives ont montré une appropriation rapide des outils par les infirmiers qui voient leur relation avec le patient se modifier de manière positive dans le sens d'un encouragement réciproque.
La mise en place de ces techniques nécessite la mobilisation de la part des infirmiers de compétence d'animation, de pédagogie et maîtrise du contenu des informations à relayer.

Le parcours de réhabilitation, parcours de soins, trajectoire de vie

La transinstitutionalisation

La réflexion sur le parcours de soi et la trajectoire de vie du patient atteint de troubles chroniques psychiatriques notamment la psychose a été menée en lien avec le travail de désinstitutionalisation lui-même trouvant sa motivation dans la critique véhémente de l'hospitalisme. De plus, les études anglo saxonnes ont démontré que les conséquences de la désinstitutionalitation étaient, entre autres, la transinstitutionalisation comme nous l'avons

[359] CHAMBON O., LAURENT N., MARIE-CARDINE M. Les approches comportementales et cognitives de la réadaptation sociale des patients schizophrènes. In : Réhabilitation Psychosociale en Psychiatrie, G. VIDON, éditions Frison Roche, Paris, 1995.

[360] Cité par CHAMBON O. L'entraînement aux habiletés sociales. Santé mentale N°29, juin 1998, p 31-32.

abordée précédemment, à savoir la transposition dans une autre structure institutionnelle non psychiatrique d'une tradition asilaire faisant le lit de la chronicisation.

ARVEILLER et BONNET[361] ont décrit dans leur ouvrage *L'insertion du malade mental* le cadre du travail d'accompagnement et de compagnonnage prolongé avec les psychotiques. Accompagner s'entendrait également dans une optique de passage de relais dans la conception d'un parcours sur lequel, au sein même de la société se trace un chemin de vie pour le patient de manière singulière ; cet itinéraire serait jalonné de repères, de points de rencontres possibles, de points- ressources identifiés et lisibles introduisant des garanties et assurances. Une discontinuité « s'insère » entre la continuité d'une trame. Ces points de repères, dans le champ de la RPS pourraient ne pas être des soignants mais des professionnels dits « du social » représentant finalement la part active que la société est invitée à déployer pour accompagner également « ses malades » parce que ce sont « ses » citoyens.

Ce relais semble symboliser la notion d'espace transitionnel et potentiel tel que WINNICOTT l'a théorisé, où un espace « hors psychiatrie » pourrait accompagner celui d'un espace psychique « hors maladie ».

<u>Concrètement</u>

La mise en œuvre du plan d'aide débute souvent dans le champ sanitaire par les prestations de réhabilitation psychosociale renforçant le suivi : psycho éducation, remédiation cognitive, et réentraînement aux habiletés sociales ; Le parcours peut se poursuivre dans le champ médico-social selon l'orientation MDPH :

- ~ Accompagnement à la vie sociale : SAVS et SAMSAH permettant le maintien à domicile, SAJ (Service d'Accueil de Jour) aidant à l'expression de soi et à la gestion du temps libre ;
- ~ Hébergement à gradient variable de soutien : MAS, FAM, Foyers de vie, CHRS, Appartements Collectifs ou Associatifs, maisons relais, etc.
- ~ Travail : ESAT (Etablissement et Service d'Aide par le Travail), EA (Entreprise Adaptée), CRP (Centre de Rééducation Professionnelle…) ;
- ~ Unités Mobiles d'Intervention intégrées dans la cité en lien avec les partenaires du champ sanitaire et médico social.

[361] ARVEILLER J.-P., BONNET C. L'insertion du malade mental. Toulouse, Eres Editions, 1994. Cité par VIDON G., LEGUAY D., DUBUIS J., HABIB M. Le Mouvement de Réhabilitation Psychosociale. Une opportunité à la Française. L'Information Psychiatrique, 75, 4, 1999, pp 348-356.

Coordination du parcours

Le parcours est personnalisé s'appuyant sur le diagnostic de réhabilitation et la case managment. Il y a un long cheminement entre l'évaluation et l'empowerment, faisant intervenir plusieurs professionnels d'horizons variés pour aboutir à un but commun la réalisation d'un projet de vie pour le patient.

Un réseau de santé formalisé

Un « réseau de santé mentale » peut être l'outil sécurisant de ce parcours, formalisant la coordination des interventions de nature sanitaire, médico-sociale et sociale, par la diffusion de protocoles partagés, la connaissance approfondie et pluridisciplinaire des situations individuelles. Le réseau devient un lieu ressources pour la personne handicapée psychique, et son entourage.

Les structures de soins ou services sociaux sanitaires et sociaux**.**

Les services ambulatoires de soins de moyenne durée polyvalents :

Il s'agit de « la gamme sectorielle des unités de soins » à savoir le CMP, centre médico psychologique, le pivot du secteur autour duquel se déploie le CATTP Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, les hôpitaux ou centres de jour, les foyers de postcure, les appartements thérapeutiques, familles d'accueil thérapeutiques ou sociales etc.

Les services ambulatoires de soins de moyenne durée spécialisés :

Il s'agit des services visant à créer des démarches spécifiques comme l'évaluation et le traitement des troubles cognitifs (remédiation cognitive), d'évaluation des capacités de réinsertion et réadaptation au travail, entraînement aux habiletés sociales. En font partie également les unités de prévention primaire de détection précoce des troubles schizophréniques. La structure ORION à Angers (49) est un exemple.

Les services ambulatoires de longue durée :

« Une partie des ressources psychiatriques libérées par la réduction des inadéquations doit garantir, contractuellement, une psychiatrie de liaison soutenue et régulière, prévisible et réactive sous forme d'équipes mobiles permettant une réelle assistance en cas de crise et l'accès rapide à l'hospitalisation lorsque nécessaire, appui sans lequel aucun partenaire n'est crédible. »

« Il en est de même pour le soutien des équipes médico-sociales et sociales, à commencer par la continuité des soins, l'autre partie des ressources ainsi libérées doit permettre d'augmenter la réactivité générale du dispositif ambulatoire de psychiatrie. »[362]

Le Travail

La RPS considère le travail comme un moyen de réalisation personnelle, l'un des rôles sociaux qui étayeraient le plus solidement l'identité et l'estime de soi selon D. LEGUAY.

Pour les psychotiques ; 10 % travaillent en milieu ordinaire et 10 % en milieu protégé. Selon des études de VIDON et al 9% de patients schizophrènes seraient salariés ; 12 % pour CASADEBAIG et al, alors qu'en population générale ce taux est de 70 %, pour une même classe d'âge.

Bond Becker et Drake (1997) auraient mis en évidence que le travail réel était préférable aux mises en œuvre prolongées de stratégies d'entraînement.

Le programme Horizon est un programme mis en place par la Communauté Européenne pour l'insertion professionnelle, des publics défavorisés, faisant état de l'employabilité des personnes concernées, notamment la considérant comme incontestable pour des patients schizophrènes à condition qu'une aide leur soit apportée dans le domaine de la communication et de l'explication des tâches demandées. « De la même façon que dans des travaux explorant l'influence du niveau d'émotionnalité exprimée, il apparaît qu'un cadre référentiel stable, la clarté des consignes, une aide apportée dans les situations délicates permettent une intégration durable en milieu de travail, elle-même facteur de stabilisation psychique[363]. »

40% des handicaps sont psychiques selon la MDPH ; moins de 5 % des fonds versés par l'AGEFIPH le sont pour la réinsertion des handicapés psychiques.

L'exemple de UNIFPRIMOT à Charleville-Mézières utilisant un système conjoint d'unités de réhabilitation par le travail et d'entrainement à remédiation cognitive.

L'actualité est l'approche centrée sur l'intégration aux milieux de vie et de travail[364] ou vacational rehabilitation. Il s'agit d'une pratique élaborée du fait des expériences décevantes

[362] KANNAS S. et MASSE G. « Pour une Réhabilitation Psychosociale à la française : mieux différencier pour mieux conjuguer » in Pluriels, la lettre de la mission Nationale d'Appui en Santé Mentale MNASM. N°54/55. Décembre 2005. Janvier 2006

[363] LEGUAY D. Un sens nouveau pour les soins. Santé mentale, N°29, juin 1998, p 19- 25

[364] LECLERC C. L'efficience des stratégies de réhabilitation. L'Information Psychiatrique, vol 84, N°10, décembre 2008, p 903-906.

des emplois en ateliers se heurtant au manque de motivation des patients. Cette approche a pour principe de rechercher un emploi personnalisé et fondé sur le choix du patient, le soutien à l'emploi fait parti du soin, l'objectif est le retour à l'emploi rapidement avec soutien. Cette technique de soutien à l'emploi montre des résultats supérieurs aux techniques d'accompagnement à l'emploi antérieur[365].

Le logement

30% des patients sont hospitalisés par défaut de place en hébergement. Les carences en matière d'intégration en milieu ordinaire et de places en établissements restent très importantes. Pour le RPS, il s'agit de développer les formules de logement social avec soutien communautaire et laisser les usagers participer à leur conception, leur production et leur gestion : résidence de groupe de divers type, résidences d'accueil, regroupement d'appartements rapprochés et autres modèles à inventer. Sur le plan social les demandes de logement sont reconnues comme étant de l'ordre « du parcours du combattant » débouchant rarement sur des opportunités.

Les différents types de lieux de vie

Les unités de longue durée à prédominance sanitaire : **ils ou elles?** concernent les services hospitaliers (les unités sanitaires de longue durée) et les services ambulatoires. Pour les patients les plus dépendants, les hébergements sanitaires fonctionnant 24 heures sur 24, au sein duquel prédomine le personnel soignant, appuyé par le personnel social ou éducatif. L'un des prototypes est la MAS, la Maison d'Accueil Spécialisé. Des formules médico-sociales comme celles que développent la Fondation John Bost ou l'Albatros en Belgique, structures privées à but non lucratif, paraissent avoir trouvé un équilibre intéressant en dialectisant dans les faits la notion de projet de soin et celle de projet de vie.

Les unités ambulatoires longues durées à prédominance sociale et l'hébergement :

Il existe en France 4 catégories de services d'hébergement ambulatoires :

~ Les services d'hébergement encadrés par du personnel social 24 heures sur 24, appuyé par du personnel soignant exerçant dans l'établissement, il s'agit des foyers d'accueil

[365] CROWTHER RE et al. Helping people with severe mental illness to obtain work : systematic reviw. British médical journal 2001 ; 322 : 204-8. In : LECLERC C. L'efficience des stratégies de réhabilitation. L'Information Psychiatrique, vol 84, N°10, décembre 2008, p 903-906.

médicalisés ou FAM, anciennement FDT sous forme massive ou sous forme d'appartements thérapeutiques collectifs ;

~ Les établissements bénéficiant d'un encadrement social 24 heures sur 24, l'appui soignant étant apporté de l'extérieur. Il s'agit des CHRS ou Foyers de vie quasiment inexistants en France pour les malades mentaux ;

~ Les services d'hébergement socialement encadrés, à temps partiel, les temps de présence sociale sont scandés et une astreinte est souvent adjointe au système horaire de base, il s'agit d'hôtel social, d'appartement associatif, de pension de famille, etc. ;

~ Les patients les plus autonomes peuvent bénéficier d'une prise en charge sociale moins prégnante souvent assurée par les personnels soignants dans le cadre du secteur, au travers d'accompagnement dans des activités de la vie quotidienne et/ou à connotation sociale ; tendent à se développer de manière alternative au dispositif soignant actuellement utilisé de manière inadéquate dans ce sens des services tel que le SAVS ou Service d'Accompagnement à la Vie Sociale, tel que le SAMSAH ou Service d'Accompagnement.

Les unités ambulatoires de longue durée à prédominance sociale : l'accompagnement

Il s'agit donc des SAVS ou SAMSAH qui remplissent un rôle de soutien au bénéfice de patients semi-autonomes ou proches de l'autonomie. Ils ont l'avantage d'être flexible et s'adapter aux évolutions ou involutions du patient. Cette approche s'inscrit dans le cadre d'une prise en charge globale incluant l'articulation avec les services d'aide à l'accessibilité au logement, au travail et aux loisirs et aux soins somatiques primaires (soins dentaires, gynécologiques…). Il s'agit de dispositif de proximité au rôle de prévention majeure de la rechute.

Les services ambulatoires de longue durée à prédominance sociale : l'occupationnel et le répit.

Ces services ont été réfléchis au regard du chômage important auquel sont confrontés les malades mentaux ainsi qu'à la complication pathologique la plus prévisible à savoir la tendance au repli, à l'apragmatisme et la clinophilie des patients. Les prises en charge dans cette optique des CATTP, HDJ ou CDJ en secteur psychiatrique répond en partie aux heures ouvrables à cette problématique. Or se pose la question des WE, des soirées ou des vacances pendant lesquels les patients décompensent. A ce sujet donc, il s'agit de soutenir l'initiative de l'UNAFAM dans le plan de Santé Mentale pour développer la notion de Club. Ainsi ont été crée des GEM ou Groupe d'Entraide Mutuelle pour répondre à ce besoin

« occupationnel » des patients et de « répits » des familles en dehors des temps des activités sectorisées.

Partie 3. Les actions s'adressant à la société ou adapter la société à l'individu

« L'efficacité et la réussite du maintien de l'insertion sociale et de l'adaptation reposent sur la qualité d'une prévention secondaire qui combine, (…) des interventions et des soins psychologiques et psychosociaux (…) »[366] « Cela suppose l'anticipation et l'accompagnement, rigoureux et durable, par des stratégies combinées pharmaco-psycho-socio-familiales des professionnels, des enjeux de vie quotidienne et du milieu (…). Cela oblige la réponse thérapeutique de la psychiatrie à être réactive, en particulier en cas de crise, intelligible, persistante et, pour tout dire, crédible. »

Réhabilitation les familles dans le soin.

Les familles ont été dès le début de la tradition asilaire exit du soin tel que le concevait PINEL et ESQUIROL « pour le bien des patients » dans la logique de l'isolement de rigueur comme axe thérapeutique principal, de même que cet isolement est dorénavant dépassé et contre indiqué, la place de la famille a été reconsidérée à deux niveaux en termes de prévention pour les membres de la famille d'exclusion sociale ou de développement de souffrance psychique et pour le patient de rechute, de prise de risque, de réhospitalisation, de qualité de vie.

Les évidences

« Acquérir ou retrouver pour la personne malade un fonctionnement social compatible avec une vie, la plus autonome possible, dans le milieu de son choix. »

La famille est souvent un lieu de soutien et de réhabilitation pour les malades, et parfois le seul, souvent le seul milieu d'accueil et de vie du patient, faute d'autres structures. Elle est amenée à supporter le maximum de contraintes et de difficultés liées à la cohabitation avec un enfant ou un adulte atteint de troubles psychiatriques qui a été appelé parfois « le fardeau ou

---

[366] KANNAS S. et MASSE G. « Pour une Réhabilitation Psychosociale à la française : mieux différencier pour mieux conjuguer » in Pluriels, la lettre de la mission Nationale d'Appui en Santé Mentale MNASM. N°54/55. Décembre 2005. Janvier 2006

burden[367] ». Il s'agira pour les équipes de soins de se mettre à l'écoute des familles, de ses limites, ses valeurs et ses enjeux. En contre partie, elles pourront exiger d'elles qu'elles posent des règles et les respectent. Ce champ partenarial constitue un utile contrepoids à l'investissement fusionnel que le patient psychotique peut parfois créer avec ses soignants, comme avec ses proches. Ce milieu constitue une trame tridimensionnelle (famille, soignant, société).

Les études

Les conséquences graves pour les familles prouvées et reconnues

Pour les familles elles-mêmes, la souffrance quotidienne a été reconnue comme « structure alternative primaire, le principal appui du patient, dépositaire d'un expérience de vie unique avec la patient[368] » mettant en évidence les conséquences graves de la présence d'un membre malade psychiquement « limitation de la vie sociale, des activités de loisirs, difficultés dans les relations maritales et parentales, négligences dans l'éducation des autres enfants, problèmes de santé physiques et psychiques plus importants chez les membres de ces familles, taux de divorce plus élevé qu'en population générale, retentissement de la souffrance au travail.

L'importance prouvée de l'alliance thérapeutique avec les familles pour la patient

Dans une étude J. Leff montre que l'efficacité du travail avec les familles des patients schizophrènes est bien établie actuellement par bon nombre d'études internationales. Les interventions auprès des familles réduiraient le nombre de rechutes de moitié la première année en diminuant notamment selon LIBERMAN les tensions intrafamiliales source d'aggravation des symptômes, eux mêmes aggravant le stress, selon un cercle vicieux. Il semblerait également que la position soutenante des familles incluses dans le processus de soin limite la fréquence des hospitalisations en psychiatrie.[369] En cas de rechutes, les hospitalisations seraient moins longues du fait d'une symptomatologie moindre donc un processus de rétablissement plus rapide. Cependant, le recours à l'institution serait plus fréquent notamment autour des mesures de soutien aux familles, aujourd'hui mal évalué. Mac GORRY et Coll., 1996. « Selon les dernières indications, plus de 30% des personnes

[367] VIDON G., LEGUAY D., DUBUIS J., HABIB M. Le Mouvement de Réhabilitation Psychosociale. Une opportunité à la Française. L'Information Psychiatrique, 75, 4, 1999, pp 348-356.

[368] VIDON G., LEGUAY D., DUBUIS J., HABIB M. Le Mouvement de Réhabilitation Psychosociale. Une opportunité à la Française. L'Information Psychiatrique, 75, 4, 1999, pp 348-356.

[369] KANNAS S., LEFF J., MIERMONT J., McFARLANE , HOGARTY J.

présentant un premier épisode peuvent demeurer dans une collectivité pendant la phase aiguë de la maladie à condition d'avoir accès à une évaluation et un traitement efficace (E. LINES). »[370] Donc, l'éviction des rechutes, la réduction des hospitalisations, leur nombre et leur durée, la facilitation de la prise du traitement et la réduction des tensions familiales seraient les bénéfices évalués du travail avec les familles. Cependant certaines études essentiellement anglo-saxonnes mettent en évidence l'écart entre les recommandations de bonnes pratiques et les pratiques concrètes vis-à-vis des familles de personnes schizophrènes. Ces techniques sont loin d'être encore appliquées en clinique courante notamment en France.[371]

La parole des familles

« Celles-ci évoquent généralement leur frustration souvent ressentie devant l'impossibilité d'obtenir des réponses précises des professionnels de la santé après avoir été informés qu'un de leur membre était atteint de la maladie »[372]Selon P. CLEMENT[373] , les familles souhaitent être soutenues, informées, aidées pour faire face aux symptômes, aux traitement médicamenteux et à leur propre stress ; elles expriment souvent se sentir honteuses ou effrayées par les jugements, comme contaminées (GOOFMAN) par les stigmates de la maladie mentale et se trouvent souvent en situation d'isolement social et de renoncement à une réalisation personnelle, entretenant une position aliénante, sacrificielle vis-à-vis du patient. La doléance[374] la plus prégnante est « que faire et sur qui s'appuyer lors des refus du malade : refus de prendre son traitement, refus d'aller aux consultations, refus de se faire hospitaliser, etc. »

---

[370] BANTMAN P. « La famille, partenaire de la réhabilitation » in Pluriels, la lettre de la mission Nationale d'Appui en Santé Mentale MNASM. N°54/55. Décembre 2005. Janvier 2006.

[371] THORNICROFT, TANSELLA, DIXON et coll.

[372] BANTMAN P. « La famille, partenaire de la réhabilitation » in Pluriels, la lettre de la mission Nationale d'Appui en Santé Mentale MNASM. N°54/55. Décembre 2005. Janvier 2006.

[373] CLEMENT Pascale, psychiatre, service du Pr PENOCHET à Montpellier, est à l'origine de la mise en place d'un programme de soutien aux familles de patients schizophrènes tel PROFAMILLE à Montpellier. Réhabiliation : la place des familles. Publication des laboratoires Lunbeck.

Le système PROFAMILLE a été mis en place au QUEBEC en 1991, la diffusion du programme s'est fait en Europe dans un second temps dans le cadre du réseau francophone de RPS ; cette initiative s'inscrit dans le programme PRELAPSE des laboratoires Lunbeck depuis 1992.

[374] VIDON G., LEGUAY D., DUBUIS J., HABIB M. Le Mouvement de Réhabilitation Psychosociale. Une opportunité à la Française. L'Information Psychiatrique, 75, 4, 1999, pp 348-356.

Les outils

- ~ Intérêt d'une intervention auprès des familles au moment et sur les lieux de l'émergence du trouble atteignant un des membres de la famille (S.KANNAS). Il s'agit de système d'unité mobile de gestion de la crise dans une politique d'alternative à l'hospitalisation complète. Des programmes australiens et nord américains sont connus. Ces mesures impliquent la famille de manière très active ce qui nécessite une dimension d'adaptabilité des soignants et d'évaluation du système familial pour créer à la carte un soin d'urgence.
- ~ Ce travail d'alliance fait dans plusieurs pays comme le Canada, le Royaume Uni et les Etats Unis l'objet de programmes psycho éducatifs (aspects médicaux, sociaux de la maladie, la gestion du stress).
- ~ Groupes d'échanges ouverts aux patients, à leurs familles, aux soignants, aux aidants et intervenants, à tous ceux qui se sentent concernés et participants.

Le Dr CLEMENT utilise au sein de son groupe de soutien à Montpellier des techniques pédagogiques informatives sur la schizophrénie et ses traitements ; mais également des techniques cognitivo comportementales de résolution de problèmes grâce à des jeux de rôles. Elle évoque que ce qui intéresse particulièrement les familles sont les aspects légaux – les modalités d'hospitalisation - et sociaux – les prestations, les aides sociales, ce qui concerne leur vie quotidienne, davantage que la dimension psychopathologique difficilement accessible et peu pragmatique selon eux. Finalement, les familles aussi se trouvent en situation d'acquérir par les techniques proposées en groupe des habiletés sociales, relationnelles, une remise en question de leur attentes en les adaptant à la réalité ; il s'agit d'apporter des solutions afin de limiter les tensions intrafamiliales, assouplir les modalités relationnelles, éviter l'isolement social, poser des limites dans le respect des places de chacun.

Les conférences de consensus française en 1994, belges en 1998 et 2001 et hollandaise en 1996, ainsi que les guides de bonnes pratiques[375]. « Face à la crise, il est important de pendre en compte et de respecter la famille dans son fonctionnement, de voir avec elle les différentes solutions déjà envisagées antérieurement. »[376]

---

[375] Le guide à l'intention des familles publié par le ministère canadien de la Santé, la brochure sur les troubles psychiques publiées par l'UNAFAM en France, le programme d'intervention de groupe auprès des familles de personnes atteintes de schizophrénie (programme PROFAMILLE) publié au Canada, Programme PACT, ECOUTE FAMILLE, PRELAPSE.

[376] BANTMAN P. « La famille, partenaire de la réhabilitation » in Pluriels, la lettre de la mission Nationale d'Appui en Santé Mentale MNASM. N°54/55. Décembre 2005. Janvier 2006.

VIII ème congrès de l'Association Mondiale de Réhabilitation Psychosociale de Paris en 2000, un projet de Manifeste avait été présenté avec des points restant d'actualité et ayant été utilisés à la Conférence de Consensus sur la prise en charge des troubles schizophréniques à leur début :

- ~ La famille doit être aidée et parfois relayée par les professionnels dans les problèmes qui se posent avec le patient, en particulier dans le cadre du projet thérapeutique et dans celui de la réinsertion-réhabilitation ;
- ~ Une aide par la mise à disposition des familles, d'informations et de moyens de communication sur les ressources existantes pour prendre en charge les personnes présentant des problèmes de santé mentale doit être garantie, comprenant les dispositifs de soins accessibles, les ressources d'aide sociale et les organisations proposant des relations d'accueil de convivialité et d'aide ;
- ~ L'aide apportée à la famille ainsi que les soins aux patients ne doivent pas s'arrêter sur le refus du patient. Dans les situations difficiles, les familles doivent être aidées sur l'attitude à avoir vis-à-vis des patients dont les comportements posent problème, tout en respectant la confidentialité du dossier médical. Le dispositif de Santé Mentale doit être accessible 24 h sur 24 h et l'accès facile et rapide.
- ~ Les usagers et leurs familles doivent être informés sur le traitement appliqué, sur les résultats à attendre de ces traitements et sur les effets gênants possibles des médicaments, de même que sur les diverses possibilités de soins offertes par le service amené à intervenir ;
- ~ Soignants et familles doivent aussi collaborer à la mise au point et à la réalisation des divers aménagements sociaux nécessaires à un accompagnement adapté aux patients dans la cité, incluant par exemple des structures d'hébergement.
- ~ C'est l'intégration de la famille dans le soin dont il s'agit.

Collaboration avec les mouvements d'usagers et les familles

Selon LOUZOUN[377], il existerait trois groupes de mouvements d'usagers. Les militants, contestataires contre la psychiatrie ; les défenseurs des droits des patients tels les mouvements d'advocacy[378] ; les participants aux actions de réhabilitation psychosociale en développant les groupes « self-help » ou d'entraide mutuelle, notamment dans lesquels d'anciens patients interviennent ; ce dernier groupe s'implique à côté des professionnels, dans les centres de réinsertion ou communautaires comme les coopératives sociales, centres de loisirs, restaurants communautaires, centre d'hébergement ou de crise.

FNAP-Psy

Les usagers et leurs associations au sein de FNAP-psy[379] sont régulièrement sollicités pour intervenir lors des congrès notamment de RPS comme celui de Versailles, au sein des revues comme Jean Michel CAHN, président de FNAP-psy intervenant en 1999 dans le dossier traitant de la Réhabilitation Psychosociale de la revue Santé Mentale ou les commissions ministérielles travaillant sur les problématiques de santé mentale. Selon Claude FINKELSTEIN, membre de FNAP-psy, a pu exprimer que « le souhait d'être enfin associés aux réflexions sur la santé mentale, d'être reconnus comme partenaires à part entière dans l'élaboration des programmes de réhabilitation. Ceci nécessitant (…) un réajustement des pouvoirs, une remise en question des instances décisionnelles pour que les usagers de la psychiatrie passent du statut d'assistés à celui de partenaires[380]. »

---

[377] LOUZOUN C. En Europe, une nouvelle donne en santé mentale : les droits des usagers. Pratiques en Santé Mentale, N°4, 1998, pp 37-39. In : VIDON G., LEGUAY D., DUBUIS J., HABIB M. Le Mouvement de Réhabilitation Psychosociale. Une opportunité à la Française. L'Information Psychiatrique, 75, 4, 1999, pp 348-356.

[378] Advocacy est un terme anglo saxon, difficilement traduisible qui marque en fait « le droit à la défense » pour le patient ; il s'agit non pas tant de défendre le patient dans ses droits que de défendre une cause.

[379] FNAP Psy est la fédération nationale des associations françaises de patients et ex patients de psychiatrie, elle regroupe actuellement une vingtaine d'associations. Dans la plupart des villes de France ces associations siègent au CA des hôpitaux. Ses buts énoncés sont Recenser les associations françaises « psy », proposer un regroupement pour donner plus de force à la représentation des intérêts des associations membres auprès des instances décisionnaires, Faciliter l'action et le développement de ces associations chacune conservant son autonomie et sa spécificité, aider à la création de nouvelles associations dans des zones qui en sont dépourvues, Informer sur les accueils existants, agir pour faire changer le regard de chacun sur la maladie mentale. Elle est financée par les cotisations, par PSY COM et par le secrétariat d'Etat à la Santé.

[380] LEGUAY D., LIEVRE B. La réhabilitation Psychosociale en France : qu'en est-il du partenariat ? Table ronde sous la présidence de ROELANDT J.-L., L'Information Psychiatrique, N°4, Avril 1999, pp 357-359.

C'est grâce à ces mouvements qu'ont été dénoncés comme stigmatisant les termes de maladie mentale ou l'utilisation du diagnostic pour nommer l'individu rejoignant ainsi la lutte contre les discriminations au même titre que les minorités ethniques, religieuses ou sexuelles.

Travail en collaboration avec l'UNAFAM[381]

L'Union Nationale des Amis et Familles de Malades Mentaux a été créée le 4 août 1963. Régie par la Loi 1901, elle est reconnue d'utilité publique depuis mai 1968.

« Dans un rapport présenté le 26 septembre 1989 aux journées nationales de la fédération des Sociétés Croix Marine à Lyon, qui avait pour thème : « le travail avec les familles en psychiatrie », l'actuel président de l'UNAFAM a présenté la souffrance, les interrogations et les demandes parfois contradictoires des parents (…) [382]»

A qui la faute ?

Jean AYME dans cet article aborde la complexité du travail des psychiatres avec les familles. La psychanalyse est considérée avec méfiance. En effet, les familles, contraintes à une vie de peur et de tension face à un être parfois étranger dans leur propre famille sans avenir, souffrent de ce sentiment de rupture avec l'être aimé et malade. Cette souffrance est décuplée par le sentiment de culpabilité et d'échec que les médecins leur renverraient dans le miroir des cadres conceptuels s'intéressant aux fonctionnements des systèmes. La collaboration n'est donc pas simple et s'initie sur un malentendu. Il semblerait donc que l'échappatoire possible selon AYME à cette tension relationnelle serait la psychiatrie lésionnelle, centrée sur l'individu, elle pourrait clore le débat en écartant les suspicions et les défenses de la faute qui s'assène comme une accusation.

Hospitaliser : aimer ou abandonner ?

Pour sortir de cette contradiction, les familles souhaitent soutenir des projets de lieux de vie et de lieux de soin de proximité, fonctionnant en réseau pour en finir avec le traumatisme de l'hospitalisation.

Les actions menées par l'UNAFAM

Dans le contexte des années 1960, « le coup de frein » qui fait suite à la circulaire de 1960 relative à l'organisation de la politique de secteur, va immobiliser la dimension publique du soin qui sera relayée par des groupements associatifs de proches et de parents. Ils se

[381] AYME J. Approche historique des relations entre psychiatres des hôpitaux et UNAFAM. L'information Psychiatrique, N°5, mai 1989, pp 510-513.

[382]Ibid

mobilisent et créent des centres d'hébergement ou de réadaptation sous forme de CAT, AT, foyers, IMP, Centres de Jour. Le centre de réadaptation de Billiers est un exemple, il a été financé par la Caisse Agricole ou Les structures multiples crées par la Fondation des Etudiants de France.

Dès 1972, la Commission des Maladies Mentales est reconduites et l'UNAFAM y est désignée, l'association a la possibilité de siéger dans plusieurs instances décisionnelles des pouvoirs publics, elle participe également à des actions pour influer sur la législation. Rapidement à cette période l'UNAFAM se préoccupe de réinsertion, ne souhaite pas attendre que la sectorisation tienne ses promesses et se situe dans un courant pragmatique auquel la RPS répond.

Travail en collaboration avec la Société

Les politiques de santé et la RPS

Plusieurs rapports se succèdent plaçant progressivement la RPS à une place conséquente dans les politiques de soin lui permettant d'accompagner les projets de loi dans le sens des demandes de soins.

La Loi du 2 janvier 02 rénovant l'action sociale et médico-sociale, et la Loi du 11 février 2005, qui remplacent la loi du 30 juin 1975, permettent de nouvelles initiatives dans le champ du médico social, autour des grandes préoccupations suivantes : Les accompagnements à la vie quotidienne (SAVS, SAMSAH), les occupations et le temps libre, la lutte contre l'isolement (SAJ, GEM…), le travail (ESAT, EA, soutien en milieu ordinaire…), la protection des biens et la garantie des ressources, la lutte contre les représentations sociales péjoratives.

L'avenir de la sectorisation

Elle est remise en question et implique de manière consubstantielle l'avenir de la Psychothérapie Institutionnelle qui s'y sent intimement liée. La réhabilitation se veut fille du secteur selon GIRAUD-BARO. Le secteur serait à envisager, l'image proposée serait qu'il serait la médecine générale de la psychiatrie tandis que la réhabilitation psychosociale serait une spécialisation apportée au secteur, une rééducation fonctionnelle adaptée aux troubles psychiques.

Les contraintes économiques

La désinstitutionalisation à l'œuvre depuis 1985 ne s'est pas accompagnée d'un transfert de moyens suffisants vers le secteur médico social ni d'un transfert de compétences. (Diminution du nombre de lits et de la démographie médicale).

Les contraintes économiques se font plus pressantes et à l'instar des pays Nord Américains, la réallocation de ressources ne concernera, dû t on le déplorer, que des solutions répondant aux attentes des usagers et des familles et à des impératifs servant la tarification d'activités lisibles et évaluables.

La création des GEM

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap ont permis en autre la création des Groupes d' Entraide Mutuelle. La circulaire du 29 août 2005 a permis son application. Trois cents groupes existent en France actuellement, un financement de deux millions d'euros y a été consacré émanant du ministère de la Solidarité et du Handicap, assuré pour l'essentiel par la CNSA ou la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. Ces groupes peuvent adopter différentes formes et se créent initialement en partenariat avec des professionnels du champ sanitaire ou médico social sachant que la perspective décrite par la loi est de favoriser une autonomisation complète de ces groupes ensuite en dehors de tout soin. Ces groupes ont été envisagés pour lutter contre l'isolement social des personnes et à ce titre contre l'exclusion. De manière logique ils constituent des opérateurs intégratifs sociaux, en mobilisant « l'être ensemble culturel ». Ils représentent ainsi la dimension solidaire du lien social exprimée autrement que par le travail et l'utilité sociale. La convivialité et le partage sont réunis dans un lieu d'accès libre à tous, même les non handicapés, les échanges culturel, d'information, de soutien, d'aide en constituent les objectifs.

La circulaire d'août 2005 aborde les différences qui séparent la notion de Club Thérapeutique créés par la PI et les GEM, le point essentiel étant un espace conçu hors soin. En effet, les GEM n'ont pas de revendication thérapeutique et à ce titre se veulent déstigmatisants.

Articulation des actions de réhabilitation : entre sanitaire et social

La réhabilitation implique le passage d'un modèle médical à un modèle social, dont le concept de handicap est un opérateur majeur. Selon elle, il s'agit de lutter contre l'exclusion sociale ce

qui implique, dans une logique de réseau, de créer une cohérence et un opérateur fonctionnel entre les champs sanitaires et sociaux.

1. Un opérateur fonctionnel ou véhicule institutionnel de réseau

La création d'un Centre Ressource Handicap Psychique dont le rôle serait justement la mise en place de ce Case Management a été envisagée. Il serait doté d'une nécessaire fonction d'opérateur direct, impliquant la proximité, et une fonction plus large de coordination, de recherche, d'information, de diffusion des bonnes pratiques et de formations.

Il serait à même de réaliser le diagnostic de réhabilitation, la planification des étapes, la coordination des interventions sanitaires et des services, l'émergence des besoins, la promotion des dispositifs ; un système d'observatoire pourrait être développé à partir de cette centralisation du processus de réhabilitation.

Les groupements locaux pour la santé mentale et de conseil local de santé mentale proposés dans le rapport COUTY pourraient en constituer aussi une forme.

2. Articulation du médical et du social

En s'appuyant sur « L'efficacité thérapeutique représente la condition d'accès à une vie sociale (…). De même, l'appui social adapté est l'une des conditions du maintien de l'équilibre de santé. » La réhabilitation ne peut exister que dans une bascule entre intra et extra. La question pourrait être posée ainsi :

Faut-il créer une sémiotique spécifique prenant en compte les axes suivants :

Autonomie versus hétéronomie concernant les performances de la quotidienneté à assumer ;

Indépendance versus dépendance concernant le deuil à faire pour accéder à ce statut de responsabilité, opérateur de choix personnels ;

Insertion versus non insertion concernant l'idée d'une place définie au sein ou non de la communauté sociale (utilité sociale et respect du contrat social).

Une sémiotique commune qui permette l'interdisciplinarité ou transdisciplinarité et interinstitutionnalité de façon à éviter la juxtaposition de moyens « déliés » pour aller vers une action établissant des « liens stables, cohérents et suffisants » permettant le tissage d'un réseau solide. Il s'agit en fait de clarifier, différencier pour coordonner et optimiser les compétences et éviter une position toute puissante de la psychiatrie.

Conclusion

La réhabilitation est le concept structurant qui est aujourd'hui le plus porteur de progrès, c'est-à-dire d'espoir pour les patients. Bien entendu, la réhabilitation n'est pas un concept unique, homogène, elle regroupe beaucoup de courants divers, traitant d'aspects qui se situent souvent sur des plans différents. (…) Mais ces courants (…) vont tous dans le même sens »[383] souligne D. LEGUAY. En saisir tous les aspects nous est apparu rapidement difficile et cet exposé est non exhaustif. La RPS se veut inscrite dans le progrès et à ce tire, elle dépasse ce qui pourrait être qualifiés des préjugés liés à la Psychiatrie en déplaçant les points de vue et en décentrant la médecine d'une emprise totale sur le patient. La chronicité n'est pas une fatalité et le concept de rétablissement propose de se décaler de la guérison, elle a apportée la preuve que la pharmacopée et les thérapies institutionnelles ne se suffisent pas à elles-mêmes pour réhabiliter un sujet, le lien de cause à effet ne se justifiant plus, la désinsitutionalisation est possible dès que le sujet est hors crise, en d'autres termes sa symptomatologie et son degré d'autonomie ne devraient pas être un obstacle au retour dans la cité. Les thérapies telles que l'économie de jetons et la thérapie par l'attitude ainsi que le travail en institution comme un entrainement à la reprise à la réinsertion sociale du travail dans la cité n'est pas opérant et la RPS prône la réintégration rapide au travail avec un soutien in situ de type case managment. La collectivité naturelle a été reconnue comme le meilleur environnement possible pour la réhabilitation des patients.

Cependant des questions se posent laissant un vaste champ ouvert dans la recherche:

La communauté a-t-elle la capacité à intégrer en son sein des malades atteints d'affections psychiatriques chroniques ?

Peut-on d'ailleurs encore parler de « communauté » (Andreoli) ?

« Nos malades » ont-ils la capacité de s'intégrer dans la communauté ?

La citoyenneté totale des malades est elle une gageure ?

Peut-on prévoir les chances d'un individu à intégrer la société, sachant qu'il n'existe pas de corrélation entre les symptômes psychiatriques ou diagnostic et la réussite d'une tentative de réhabilitation ?

[383] Proposition pour un « Manifeste » de réh@b. D. Leguay et le comité français pour la Réhabilitation Psychosociale.

Chapitre 3

Discussion entre la Psychothérapie Institutionnelle et la Réhabilitation Psychosociale

Généralités

Partie 1 L'individu et la société

Le Lien Social

La Stigmatisation

Les Représentations Sociales

Partie 2 L'Institution Psychiatrique

Repenser le temps et l'espace en psychiatrie

Partie 3 Les intégrateurs sociaux

Handicap

Travail

Chapitre 3
Discussion entre la Psychothérapie Institutionnelle et la Réhabilitation Psychosociale

Généralités

Introduction

L'histoire de la psychiatrie, traitée dans une première partie nous a permis de saisir son évolution en tant que discipline médicale qui accompagne les malades souffrant de troubles psychiques, son évolution vis-à-vis de du rapport qu'elle entretient avec la Société et son objet de soin et de science. Ce parcours nous a permis de repérer que très rapidement la psychiatrie s'est intéressée à la place de l'institution dans le soin et à la place du travail comme facteur « partie prenante » du traitement. La Psychothérapie Institutionnelle et la Réhabilitation Psychosociale sont nées de cette conscience que la maladie mentale est une pathologie du lien et de la liberté (Henry EY) et que la psychiatrie dispense ses soins dans une logique communautaire.

L'actualité du rapport COUTY riche de ses recommandations nous a mobilisée pour tenter de comprendre dans cette politique de Santé Publique en Santé Mentale quelles étaient les questions sensibles auxquelles notre pratique était susceptible de nous confronter.

Les questions, que ce travail d'élaboration préalable de l'histoire et des concepts de la PI et de la RPS nous ont apportées, sont articulées autour de trois thèmes : la Chronicité, l'Exclusion Sociale et la Discrimination. A partir de ces trois thèmes, au lieu de les traiter linéairement, nous nous sommes proposée une approche « en réseau », - leur complexité et leur « ramifications » à tant de domaines interdépendants sont telles, qu'il nous est apparu impossible de les saisir de manière exhaustive -. Aussi, ces thèmes seront-ils traités sous forme d'ateliers au sein de chacun desquels le sujet sera développé de manière générale puis discuté entre la PI et la RPS.

Le Premier Atelier traitera de la Discrimination en s'intéressant aux mécanismes concourant à l'exclusion ou l'intégration sociales et en dépliant la thématique de l'Individu dans la Société concerné par le Lien Social, le processus de Stigmatisation et de Représentations. Le Second Atelier traitera de la Chronicité en s'intéressant aux enjeux qui lient la psychiatrie à l'institution dans ses rapports à l'espace et au temps concerné par la désinstitutionalisation,

l'avenir du secteur, la territorialité. Le Troisième atelier traitera de l'exclusion Sociale en s'intéressant aux « intégrateurs » sociaux que sont le Handicap, le Travail et L'espace Politique et Culturel.

Pour introduire ce développement, nous aborderons ci après une discussion préalable entre la PI et la RPS quant à leur place dans la Santé Mentale actuelle et quant à leur rapport à leur histoire, au sujet et à la maladie psychiatrique ainsi qu'au traitement qu'elles proposent.

Thématiques Introductives

A) Généralités

1) Des valeurs communes

La RPS et la PI sont des praxis mettant le patient au centre de leur préoccupation, adoptant la psychose comme paradigme et se décrivant comme des mouvements marquant nettement leur volonté de rompre avec l'immobilisme.

M. DUPREZ ,[384]dans son article de fin 2008, à partir de la position de D. LEGUAY[385] au Congrès de Versailles du Comité Français Pour la Réhabilitation Psychosociale de Mars 2008, ayant repris l'aphorisme de F.TOSQUELLES[386] - pour introduire le Manifeste de la RPS, rédigé pour cette occasion - , a pu illustrer par là que « (…) la Réhabilitation Psychosociale et la Psychothérapie Institutionnelle se rejoignent sur un même point central de leurs pratiques : le fait que les personnes souffrant de pathologie mentale doivent être soignées dans la cité et non en des lieux ségrégatifs et désocialisant[387] » et « (…) autour de l'idée fédératrice que ce qui soigne dans la psychose c'est avant tout le développement ou le rétablissement du lien social ». En termes de points communs nous nous arrêterons là.

[384] DUPREZ Matthieu, psychiatre au CHS de Saint Egrève.

[385] LEGUAY D. Psychiatre des Hôpitaux, médecin responsable du secteur 4 CESAME Angers. Secrétaire du CFRP.

[386] « les deux jambes »

[387] DUPREZ M. Réhabilitation Psychosociale et Psychothérapie Institutionnelle. L'information Psychiatrique vol.84, N°10-Décembre 2008.

Ou dit autrement : « Le défi pour les cliniciens de la chose « psy » passe par la possibilité d'un véritable engagement dans « la cité » (…) nous devons « écouter » la cité, (…) assumer que le patient et la ville sont insécables (…) [388]».

2) Le succès de la RPS et « l'exclusion de la PI »

M. DUPREZ a introduit sa réflexion de la manière suivante :

« Or si ce parallèle peut sembler séduisant au plan purement formel, il n'en demeure pas moins qu'il demande à être examiné de plus près afin d'évaluer en quoi la Psychothérapie Institutionnelle et la Réhabilitation Psychosociale partagent un certain nombre de points communs. (…) Plus précisément il s'agira d'étudier dans quelle mesure le mouvement de réhabilitation Psychosociale peut fournir les bases d'un renouveau, d'une actualisation de l'hypothèse fondant la Psychothérapie Institutionnelle[389]. »

La PI doit-elle réactualiser l'hypothèse qui la fonde ?

Cela impliquerait-il que la PI ait à réactualiser l'hypothèse qui la fonde ? Quelle est cette hypothèse ? Et quels éléments permettent de penser que la PI a besoin d'être réactualisée et refondée ? Pourrait-on dire qu'elle a besoin d'être « réintégrée » dans le paysage psychiatrique français ? En d'autres termes, une « normativisation » dont la tâche reviendrait à la RPS ?

La conclusion de l'article insiste sur une critique de la RPS : « Cependant, le succès de la réhabilitation psychosociale peut s'entendre comme l'expression au sein du monde psychiatrique de ce que A. EHRENBERG a qualifié de « norme d'autonomie », forme nouvelle de la « discipline » foucaldienne. Aussi, il est dommage que la réhabilitation psychosociale ne s'arme pas d'autres références politiques que celle des droits des personnes. (…) Plus précisément, il est donc urgent pour le mouvement de réhabilitation psychosociale d'intégrer à la pensée qui le structure une réflexion de fond sur la question normative et sur les bases de son discours politique et scientifique. C'est probablement à ce prix là qu'il pourra prétendre véritablement offrir un nouvel espace de développement des hypothèses fondant le mouvement de psychothérapie institutionnelle. »

Il nous semble qu'au fond la question suivante pourrait être tout aussi légitime :

---

[388] Ibid.

[389] DUPREZ M. Réhabilitation Psychosociale et Psychothérapie Institutionnelle. L'information Psychiatrique vol.84, N°10-Décembre 2008.

La RPS doit-elle fonder l'hypothèse qui l'actualise ?

La politique en Santé Mentale

Quels éléments laissent penser que la RPS a du « succès » ? De quel « succès » s'agit-il ? S'agit-il d'une dialectique de « ce qui marche, ce qui ne marche pas », selon quels critères d'évaluation ? En fait, ce sont les politiques de santé publiques et leur histoire qui nous donnent à mon sens réponse.

° En effet, alors que la PI a participé – avec la participation d'autres psychiatres des hôpitaux – à une véritable révolution politique portée par la promotion de la politique de secteur dans les années 60, témoignant d'un investissement politique fort de la part de ses acteurs communistes comme BONNAFE et TOSQUELLES, ce succès fut cependant relatif car l'avènement de la Vème République donna un coup de frein au processus qui ne put se mettre en place que dix ans plus tard et de manière hétérogène. Depuis un recul de quarante ans, le bilan actuel est mitigé considérant que le processus de désaliénation qui devait donner le rôle central au CMP a échoué, que l'hospitalo centrisme continue de sévir et de servir des pouvoirs hiérarchisés et que les offres et les besoins de soin d'un secteur à l'autre sont si hétérogènes que le découpage géo démographique devient incohérent en terme économique.

° Quand à elle, la RPS émerge en France dans les années 80, influencée par le courant anglo saxon, bien que nous avons vu que SIVADON, LE GUILLANT peuvent être considérés comme des précurseurs et que c'est l'organisation sectorielle du XIII ème arrondissement de Paris de PAUMELLE, DIATKINE et RACAMIER qui servira de modèle aux Community Mental Health Center aux Etats Unis pendant les années KENNEDY. Elle est actuellement présente sur la scène politique mondiale. Benedetti SARACENO qui fut président de l'Association Mondiale pour la Réhabilitation Psychosociale, est désormais directeur du département de santé mentale à l'OMS. Les recommandations de l'OMS sont sans ambiguïté en direction d'une promotion de la RPS qui n'est dorénavant plus une option mais une action. Cette position de l'OMS est associée à celle des politiques de Santé Publique en France. De plus, les associations de patients et de parents comme FNAP-psy et l'UNAFAM prônent une démarche de psychiatrie sociale de même que La Fédération des Croix-Marines dans le sens de la RPS, en tout cas de tout courant de psychiatrie qui les reconnaîtra et qui tiendra compte de la souffrance induite par l'exclusion sociale.

° Il semblerait donc que sur la scène publique la PI ait perdu une certaine lisibilité qu'elle avait obtenu grâce à l'investissement politique de personnalités comme BONNAFE qui

entretenait des liens étroits avec le premier président de l'UNAFAM[390] G. BRUNEL et qui a participé à des actions politiques auprès du ministère de la Santé alors que la RPS est intégrée dans la pensée politique actuelle.

3) « La réactualisation des fondements de la PI par la RPS » ?

Il nous a semblé que le préalable du propos de M. Duprez est de considérer :

Premièrement que la PI doit être « actualisée dans son fondement » – elle serait d'emblée obsolète - et que la RPS « a du succès » – elle serait d'emblée d'actualité - ;

Deuxièmement que sur cette base, la RPS se devrait de déployer un espace de « réflexion de fond » sur son rapport à la norme, à la politique et à la science pour « offrir un nouvel espace de développement des hypothèses fondant le mouvement de psychothérapie institutionnelle » ; dès lors, s'agit-il pour la RPS d'englober ainsi, « d'intégrer en son sein » ou phagocyter dans l'indifférenciation la PI qui se ferait « nouvelle » du fait de cette intégration ? Mais cela n'aboutirait-il pas finalement à rendre la PI comme la RPS ? S'agirait-il « au fond » de donner à la RPS – qui en manquerait – des « fondements » ou plutôt une maturité, une solidité de ses fondements en se servant de ceux de la PI ? S'agirait-il de considérer la PI comme « une handicapée de la psychiatrie » que la RPS, parce que c'est sa définition et sa mission, se doit, logiquement, de réhabiliter comme une entité, un membre dont il faut tenir compte, auquel il faut donner une place dans une psychiatrie qui se veut « non ségrégative » ?

Mais dans le but recherché dans cet article, ne s'agirait-il pas ainsi, paradoxalement, pour la RPS de faire l'économie de cette « réflexion de fond » dont parle M. Duprez ? En effet, peut-on supposer qu'en la faisant – cette réflexion sur la question du pouvoir - la RPS ne puisse pas intégrer les fondements de la PI pour les actualiser. Elle risquerait effectivement de réaliser qu'il ne s'agit pas d'une question « à actualiser », qu'il s'agit d'une question éthique qui s'enracine dans l'histoire de la pensée et de la pratique médicale et que la RPS doit mener pour son propre compte ; en d'autres termes, peut être cette question n'est elle pas négociable ? Peut être constitue-t-elle la pierre d'achoppement essentielle car épistémologique de ce qui ne permet pas à la RPS et la PI de se rencontrer ?

4) Le rapport à la norme de la RPS

Si la RPS se met à se penser dans son rapport au pouvoir, à la norme, à la politique, introduira-t-elle alors une dimension subjective à sa pensée qui rendrait éthiquement insoutenable son propos scientifique ?

---

[390] AYME J. Approche Historique des relations entre Psychiatres des hôpitaux et UNAFAM. L'Information Psychiatrique, N°5, mai 1989.

La question posée serait-elle celle de la dialectique de la pensée médicale, dans son articulation entre l'individu et la société, au sens où ces deux systèmes seraient incompatibles c'est-à-dire ne pouvant être portés par une même personne ou une même entité englobante et qu'au fond, il s'agit de supporter la mise en tension continuelle, chronique, vigilante de ces deux systèmes comme « garde fou fondamental » du totalitarisme.

La question commune posée par ces deux systèmes, sous tendant leur concepts et leur praxis est –dit différemment - celle de l'aliénation, de la déportation et celle de la discrimination, de la ségrégation ayant trait au danger du totalitarisme et de l'uniformisation. Ni l'une ni l'autre ne peuvent prétendre, seules, à prévenir ce danger. Il nous semble que c'est dans leur mise en tension que la garantie serait la plus sûre. Ce serait ainsi se décaler de la Question de la Vérité, que ce soit celle de l'Evaluation- Qualité Performance scientifique, ou que ce soit celle l'Interprétation Sujet Inconscient psychanalytico-philosophique, pour la mettre en balance sur le Pivot de la Conflictualisation Démocratique[391].

Conclusion du propos

Le poème de Kipling nous revient en tête pour exprimer cette question du succès et de l'échec : « Si tu peux rencontrer Triomphe après Défaite, Et recevoir ces deux menteurs d'un même front[392] » Il nous semble qu'il appartient aux soignants de se distinguer des validations politiques sans les nier ni les traiter avec condescendance mais en les dépassant pour considérer l'essentiel qu'est le soin en dehors des enjeux de pouvoirs. A ce titre, la question de ce qui marche ou pas nous semble « hors Sujet ».

B) Les origines et les fondements

1) La Psychothérapie Institutionnelle : La Résistance, la Révolte et le Refuge

Le mythe fondateur

Il nous semble impossible d'appréhender la PI sans parler de son histoire et de Saint Alban tel un mythe fondateur et son héros TOSQUELLES figure du psychiatre rouge venu subvertir la Psychiatrie Française en introduisant clandestinement des ouvrages allemands et la politique des Comarques. L'histoire de la PI est consubstantielle de la psychiatrie de secteur dit

[391] VOLTAIRE. « Je ne suis pas d'accord avec toi mais je me battrai jusqu'à la mort pour que tu puisses t'exprimer ».

[392] KIPLING R (1865-1936). Si….In : Tu seras un homme mon fils. Editions Mille et Une Nuits, 1998.

DELION, elle l'est aussi du traumatisme de la Seconde Guerre Mondiale. Il nous semble important de souligner à quel point la pensée de la PI qui détermine son rapport au monde, à l'Etat, à la Société, à la Médecine et à la Maladie Mentale est conditionnée par cette période, par cet ancrage « géopsychiatrique, ce cru humain ».

Résistance, Révolte, Clandestinité et Refuge sont les maîtres mots de « l'ambiance » de Saint Alban qui portait déjà une histoire subversive avec TISSOT et son anti médicalisme affiché, ainsi qu'avec le grand père paternel de BONNAFE considéré comme un aliéniste contestataire. La PI, c'est l'histoire d'une pratique subversive qui se définit comme la lutte contre l'aliénation mentale et l'aliénation sociale de l'Homme en prenant la place systématique d'un contre pouvoir, contre des médecins et leur dogmatisme prétentieux et contre l'Etat et sa politique indigne. Après un vécu dans la clandestinité, elle s'est mobilisée à la Libération pour faire valoir « le plus jamais ça », pour transcender ce traumatisme et aller vers le progrès social en fondant et portant la politique sectorielle. Humanisme et Idéalisme guide son engagement et la poursuite d'une résistance contre toute forme de ségrégation, d'exclusion, d'ostracisme. Elle témoigne d'une vigilance affûtée face à tous les bouleversements politiques actuels.

La mémoire vive ou les valeurs au-delà des concepts

Au fil de ce travail, il nous est apparu que la PI semblait s'inscrire dans un devoir de mémoire à l'égard des traumatismes vécus notamment par certains médecins, témoins de cette période de l'après guerre, la famine, la déportation et la persistance des services de défectologie dans les années 60 et 70. Les témoignages de SIVADON extraits de l'ouvrage de Patrick COUPECHOUX en sont des exemples poignants. Il nous est arrivé de nous demander si le deuil était possible tant la culpabilité d'abandonner les malades a pu être grande et est encore perceptible comme une plaie. Nous avons été marquée par la fidélité adressée aux Anciens, par le respect immense de leur mémoire, de leur action et dont les citations sont passées, repassées, réfléchies, critiquées, travaillées, bref, vivantes. En pensant à la PI, on se voit la nuit à Saint Alban refaisant le monde dans un foisonnement d'idées, d'espoirs autour de quelque chose de chaud. Cette image nous permet de nous relier aux valeurs qui fondent la PI au-delà de concepts que nous nous permettrons de résumer par Fraternité.

Résister

Cette résistance omniprésente nous est apparue comme une modalité d'être au monde permettant à la PI de rester fidèle au mythe des origines et à ses valeurs ; aussi prend-elle l'allure parfois d'une contestataire qui serait discréditée par sa propension à tout contester et à ce que rien de ce que font les autres ne trouve grâce à ses yeux. Au-delà de cette considération

en nous référant à Hanna ARENDT et à son développement sur la banalité du mal, la position de la PI nous a semblé essentielle. En effet, comment ne pas penser à MOREL et sa théorie de la dégénérescence, TOULOUSE et sa « Biocratie », à CARREL et HOCHE, tous les deux nobelisés, prônant l'extermination des malades mentaux parce qu'ils coûtaient trop cher, tous ces hommes « bien intentionnés » ayant développé ces thèses tellement « anodines » qu'elles n'éveillèrent pas de crainte et qu'elles contribuèrent même à un confort d'esprit pour la Société de telle sorte qu'une préparation tranquille a pu aboutir au plus grand crime que l'humanité n'ait jamais connu. Insidieux, tranquille, à propos feutrés, le « mal » derrière la blouse blanche de Stanley MILGRAM qui illustre à quel point le confort de la soumission à l'autorité légitime les crimes les plus abjects chez un bon père de famille qui aime ses enfants et extermine ceux des autres. Il nous semble avoir compris de la PI que dans l'actualité qui nous occupe la vigilance est de rigueur quand on nous parle de « hôpital entreprise » et que la marchandisation du soin résonne avec la marchandisation des hommes et que dès lors qu'un Etre Humain est réduit à un moyen il est aliéné dans sa condition selon MARX.

2) la Réhabilitation Psychosociale

Une histoire anglo saxonne

Apparue il y a une trentaine d'années, sous l'influence des associations de malades mentaux aux USA, dans une période où une désinstitutionalisation sauvage s'opère, mettant à la rue et en prison les malades mentaux, la RPS vient d'ailleurs. Son histoire ainsi énoncée par ses promoteurs nous est étrangère, même si nous avons vu un peu avant combien les choses étaient plus complexes. Contrairement à la PI, la RPS n'a pas d'ancrage idéologique, elle est par définition un mouvement nourri d'influences diverses comme nous avons pu l'évoquer. « We are Not Alone » est le mot d'ordre et le fondement du premier mouvement de malades accompagnés par les soignants en dehors de l'institution psychiatrique auquel des initiatives comme le Club House ont conduit en 1948. Ce sont donc les patients qui portés par un fort militantisme se sont érigés contre les conditions des soins psychiatriques aux Etats Unis au point d'aller jusqu'à des accusations et des condamnations judiciaires.

La désinstitutionnalisation

Il nous a semblé essentiel de pointer que d'emblée la PI et la RPS : ce n'est pas le même histoire, que la première résonne fortement avec l'identité nationale, la seconde se présente en apparence comme un produit d'importation dont on pourrait penser qu'il tente par le martèlement de la désinstitutionalisation d'en faire notre histoire à une place où justement la PI en fait précisément la sienne. Effectivement, contrairement à l'Italie la France nous a

semblé peu concernée par cet évènement, le nombre d'hospitalisations ayant diminué dans les années 80 et sans envoyer ses patients à la rue mais concomitamment au développement des structures extrahospitalières. D'autre part à l'issue de ce travail, nous n'avons pas le sentiment d'une vision claire vis-à-vis de cette désinstitutionalisation, en effet, l'ambiguïté de la traduction de ce terme anglo saxon nous invite à envisager soit la déshospitalisation ce qui reviendrait à supprimer l'établissement hospitalier en tant que pouvoir administratif ; soit la désinstitutionalisation effective qui reviendrait à supprimer le tissage soignant tel qu'il est conçu. La RPS nous invite à un travail d'intégration de la pensée de l'Autre avec une vision de l'Homme qui nous est culturellement étrangère.

Les influences françaises

L'évènement qui préfigure la séparation des conceptions de la RPS et le PI, nous l'avons évoqué est le conflit qui opposa TOSQUELLES à LE GUILLANT à propos de la place de l'institution dans le soin. L'histoire des américains teinte leur façon d'appréhender l'homme, la maladie et la santé ; ils sont les fondateurs de toutes les théories émancipées de la psychanalyse que sont les théories de la psychologie comportementale, de développement personnel, de psychologie du Moi, entre autres. Elle a été le berceau de l'école de Palo Alto qui avec les Anglais a contribué au développement des théories systémiques et de la communication. Il s'agit de techniques qui proposent au sujet des possibilités d'optimisation de son être au monde pour prétendre au bonheur, ce qui se décale de la logique de « survie » de l'après guerre en France.

C) La question du sujet

1) Le sujet de l'inconscient

Le sujet de la PI est le sujet de l'inconscient tel que la psychanalyse l'introduit. C'est en effet dans le champ de la psychopathologie psychanalytique que se situe l'approche clinique de la PI vis-à-vis de son objet-sujet. « (…) il ne s'agit plus de l'objet que la science psychiatrique a créé puis isolé (…) mais d'un sujet que Freud et son invention de la psychanalyse nous ont permis de rencontrer enfin, malgré les symptômes dissuasifs de sa psychopathologie[393]. » Ainsi ce sujet[394] bénéficie-t-il d'une approche clinique dans laquelle l'objet se confond avec

[393] DELION P. « La psychothérapie institutionnelle retour vers le futur ». Rhizome. Bulletin Nationale Santé Mentale et Précarité. Décembre 2006. N°25.

[394] A partir des réflexions soulevées par CLAUDON P. Psychologue clinicien dans un hôpital de jour pour enfants, maître de conférences en psychologie clinique et pathologie à l'université de Nancy II. « Un grand

sa finalité, un « homme total en situation porteur de ses singularités », auprès duquel rien ne se mesure ni ne se choisit ; « la finalité n'est jamais une information (…) mais une « communication » avec l'autre – le patient ou le demandeur. »

Le modèle théorico-clinique qui domine est celui de la psychodynamique psychanalytique, phénoménologique et systémique ; il s'applique à appréhender les mécanismes psychiques sous-jacents à l'apparition et l'établissement de symptômes selon des dimensions sociale-groupale, organique, psychosomatique, sexuelle, réelle et imaginaire). La théorie et des moyens thérapeutiques sont construits de manière cohérente et sont ajustés selon une finalité qui est la singularité du sujet et la démarche de soin sur mesure mis à sa disposition. La théorie ne se suffit pas à elle-même, elle se cheville rigoureusement à l'expérience de la rencontre du praticien avec le sujet en souffrance, elle devient constitutive d'une praxis, se faisant échos l'une l'autre pour donner sens et consistance à un projet thérapeutique.

Le malade mental est avant tout un sujet, celui du discours, celui qui souffre, celui qu'on ne supporte plus parce qu'il ne peut plus communiquer ou qu'il communique à vide. Le sujet est aliéné dès lors qu'il est réduit à son symptôme.

L'aliénation vient dire la question du lien et celle de la dépendance fondée sur la vulnérabilité fondamentale du petit d'homme[395]. La PI la traite selon les théories de l'attachement, la transitionnalité qui font que l'apprivoisement de l'autonomie n'est pas une fin en soi. Qui n'est pas brandie comme valeur absolue pour l'individu.

« En effet, là où la Psychothérapie Institutionnelle avance la question de la subjectivité et de la liberté de l'homme au sein des sociétés modernes, la réhabilitation pose celles de l'individualité, des droits et des libertés de la personne sans jamais produire une réflexion sur la question du pouvoir[396]».

écart pour le patient ? ». Dossier : La psychologie de la santé et la clinique. Journal des psychologues. N° 260-Septembre 2008, p 33 à 37.

[395] OURY J. Psychiatrie et Psychothérapie institutionnelle.

[396] DUPREZ M. Réhabilitation Psychosociale et Psychothérapie Institutionnelle. L'information Psychiatrique vol.84, N°10-Décembre 2008.

2) Le sujet des droits de l'homme

Le sujet de la RPS est un sujet social défini par une psychologie s'intéressant à la « dimension moïque de la vie psychique [397] », l'approche envisagée est biologique, cognitiviste, comportementaliste, selon un concept bio-psycho-social en lien avec le concept de santé, à forte connotation médicale et appliqué aux caractéristiques socio-économiques du système de soin. La méthode d'approche privilégiée est scientifique valorisant et s'appuyant pour se penser sur l'expérimentation ou Evidence Base Medecine. Elle se veut intégrative. La finalité recherchée serait plutôt le processus de soin et le système de soin qu'un individu occupe en tant qu'usager. Le soin est un produit dont les qualités sont évaluées et doivent s'adapter au trouble présenté par cet individu comme lui étant extérieur, pour assurer un rôle prothétique. Le savoir recherché dans la RPS est pris « sur le sujet », il lui est « externalisé » et appliqué via le système de soin. La connaissance est produite comme un bien. Les théories mobilisées sont multiples ainsi que les modèles de recherche.

Le malade mental est un client, un consommateur de soins, qui a le droit d'avoir des exigences sur la qualité des soins, il est en droit d'exiger les meilleures prestations que la médecine peut offrir. Il se saisit de sa maladie qui lui est expliquée par les soignants accessoirement, bientôt voire déjà par internet.

3) Point de discussion : la clinique de la non demande

Le malade mental est une personne, un citoyen, la question du sujet n'est pas le sujet de la RPS, c'est bien ce que lui reproche la PI. Le langage n'est pas double, n'est pas connoté, il est pris au pied de la lettre dans la demande et le désir exprimés comme tels par le patient. On voit là à quoi elle peut alors s'exposer sur cette question complexe de la clinique de la non demande. D'ailleurs peut on faire l'hypothèse que parce que la PI s'y est colletée, la RPS peut en faire l'économie ? Faire l'économie du sujet, c'est faire l'économie de la complexité du soin quand il n'y a pas de demande comme cela arrive souvent dans notre pratique. Bien sûr il n'en est rien dans la praxis mais conceptuellement les recherches de RPS actuellement sont centrées sur la question de la motivation ce qui nous apparaît une façon de considérer l'économie psychique d'un sujet.

---

[397] DUPREZ M. Réhabilitation Psychosociale et Psychothérapie Institutionnelle. L'information Psychiatrique vol.84, N°10-Décembre 2008.

D) Les relations soignants- soignés et les institutions

1) L'économie psychique de soignants et l'objectif thérapeutique

a) La PI

La PI utilise les enjeux transférentiels entre les patients et les soignants mis en mouvement sur la tablature institutionnelle comme un vaste théâtre installé au cœur du quotidien, et soumis à l'interprétation comme acte thérapeutique. Pour les soignants la partie standardisée des soins se complète de cet espace où il leur est demandé une implication personnelle mobilisant leur potentiel de créativité, nécessitant de puiser en eux-mêmes des solutions et des émotions servant à nourrir la constellation, sorte d'unité fonctionnelle de soin institutionnel. L'analyse institutionnelle utilise et réutilise les matériaux psychiques et inconscients des soignants autant que des patients. Cette disposition comme la RPS à sa façon par les techniques rééducatives n'est pas exempt de risque de manipulation mentale pour les soignants et les patients « entre les mains - pour reprendre en parodiant l'expression de ESQUIROL-, d'un médecin expérimenté ».

La PI prête une attention importante à l'équipe en tant qu'elle constitue l'outil de soin et qu'un outil peut être endommagé lors de son utilisation. L'enjeu de la mobilisation inconsciente transférentielle notamment de la psychose malmène fortement le psychisme du soignant comme nous l'avons développé dans la partie conceptuelle, la pulsion de mort des fragments psychotiques se projette de manière violente sur les soignants dont le rôle est de tenir face à cela, l'analyse institutionnelle de l'y aider et d'une certaine façon de prévenir le Burn Out en permettant aux soignants d'être considérés dans leur souffrance psychique au contact des questions contre transférentielles. La chronicité de la pathologie psychiatrique nous semble prendre appui notamment sur cette notion. Le soin consiste à produire un contenant prothétique au sens du Holding de WINNICOTT et un « néo signifiant » palliant à la Forclusion de Nom du Père. L'acte thérapeutique s'adresse à la structure du sujet de soin, qui dès lors qu'elle est consolidée peut vaquer à ses objectifs de vie. Le symptôme n'est pas à faire taire systématiquement, le traitement, les activités et le travail ont une place mais non fétichisée. L'objectif est également que le sujet retrouve sa place dans la cité, la conceptualisation de l'institution servant d'interface communautaire dotée de qualités intégratives plus souples permettant au sujet de s'appuyer sur les vertus d'une reconnaissance de son existence, de sa liberté comme le décrit HONNETH pour accéder ensuite à celle de son utilité sociale.

b) La RPS

La RPS n'ignore pas le transfert mais ne l'utilise pas à des fins thérapeutiques. Les enjeux transférentiels dont les soignants pourraient souffrir dans leur pratique, susceptibles d'entraîner des comportements défensifs pathogènes de leur part vis-à-vis des patients sont considérés et un espace de travail et d'élaboration est possible en supervision avec un thérapeute neutre hors du système de soin, à part du pouvoir médical et des cadres de santé. La RPS propose également un système prothétique (entraînement aux habiletés sociales, etc.) qui s'adresse à des compétences cognitivo comportementales - et non à la psychodynamique du sujet - complétant la recherche de maîtrise des symptômes par le traitement et proposant de manière technique des procédures (diagnostic de réhabilitation, case management, tec.) pour réintégrer la personne à la société sans l'interface communautaire de l'institution de soin mais en s'appuyant sur les ressources de la communauté sociale telles que la famille, les proches, les institutions sociales. Ainsi, la notion de « transitionnalité » telle que WINNICOTT l'a conceptualisée est prise en compte de manière diversifiée – nous oserions presque dire comme dans le transfert dissocié de OURY, nous laissant peut être penser que la RPS transposerait d'une certaine façon le traitement institutionnel à une échelle sociale là où la PI le considère à l'échelle de l'institution de soin. En axant son interrogation actuelle sur l'articulation entre le sanitaire et le social, il nous semble que la RPS interroge la mise en place d'une formule transitionnelle intégrée dans la société – replacer le soin dans la société en même temps que les patients – et s'appuyant sur les compétences soignantes mais aussi personnelles et sociales des autres acteurs.

2) Les institutions

L'asile

« « La banalisation du mal a banalisé l'asile[398] »

« Exilé d'origine, comme le mythe biblique nous l'apprend, le sujet humain ne trouve asile dans ce monde où il vient, qu'au prix d'un certain cheminement, qui l'implique, lui comme les siens. Il doit faire le pari d'y trouver une place qui, bien qu'écrite, n'est pas pour autant garantie d'avance. Faute de cela, il se trouve condamné à l'errance qui prend pour lui nom de folie. C'est en ceci que l'Asile nous concerne, encore aujourd'hui, quel que soit le nom qu'on lui donne[399]. »

« L'hospitalité est infinie ou elle n'est pas ; elle est accordée à l'accueil de l'idée d'infini, donc de l'inconditionnel[400]. »

Ces citations nous amènent une réflexion sur la notion d'asile dans ces différentes acceptions, notions qui sont au cœur de l'opposition conceptuelle de la PI et de RPS, à tel point que ce fil rouge réapparaîtra au cours de ce travail à l'occasion des différentes thématiques. L'hospitalité a à voir pour la PI avec la fonction d'accueil inconditionnel, non ségrégatif, généraliste, avec celle du portage et des fonctions phoriques de DELION, avec l'ambiance, etc. tout un ensemble de choses qui viennent dire qu'il y a le soin, le professionnel avec sa technique mais il y a autre chose d'important qui ne se protocolise pas, un quelque chose comme le partage d'une condition humaine, peut être, dont le lieu de soin est plus que jamais la possibilité. Là où la RPS la réintroduit comme un droit de cité comme les grecs la concevait et prône la désintitutionnalisation. Il nous semble qu'au travers des GEM, la RPS tente de créer « ce lieu d'hospitalité, de convivialité » mais nous nous sommes interrogés sur le fait que ce qui fait le lieu c'est l'engagement des personnes qui y sont et que peut être ce n'était pour rien que ces lieux autrefois des lieux religieux tenus par des moines « tenus dans ce lieu par vocation », se soient mués en lieux de soin tenus par les soignants « tenus dans ce lieu par leur propre misère ». Ce qui faisait asile c'est que ces personnes y résidaient.

---

[398] PORTELLI S. Quel avenir pour l'hospitalité ? dans la revue Rhizome de octobre 2008. N°32. Vice-président du tribunal de grande instance de Paris.

[399] CONFALONIERIE Patrick. L'asile du schizophrène. Le Sillon. Revue Rhizome. Octobre 2008. N° 32. Psychiatre des hôpitaux du CH du Vinatier, Bron.

Conclusion

Cette première partie nous permet de poser les bases d'une réflexion en dégageant dans les grandes lignes les similitudes et les différences entre la RPS et la PI quand à leur idéologie, à leurs valeurs et à leur pensée avant qu'elles ne soient conceptuelles.

Dans la partie suivante nous aborderons le premier thème : La Discrimination en s'intéressant aux mécanismes concourant à l'exclusion ou l'intégration sociales et en dépliant la thématique de l'Individu dans la Société concerné par le Lien Social, le processus de Stigmatisation et de Représentations.

Cette réflexion nous l'espérons nous donnera des pistes pour conduire une politique de soin dans la cité en acceptant la cité pour ce qu'elle ou pas et une politique d'intégration de l'individu malade dans son environnement culturel propre, au plus proche de ses racines et de son identité donc de sa dignité.

Chapitre 3

Discussion entre la Psychothérapie Institutionnelle et la Réhabilitation Psychosociale

Partie 1 L'individu et la société

Le Lien Social

La Stigmatisation

Les Représentations Sociales

Partie 2 L'Institution Psychiatrique

Repenser le temps et l'espace en psychiatrie

Partie 3 Les intégrateurs sociaux

Handicap

Travail

Le lien social
L'individu et la Société 1

Introduction

Ce qui nous intéresse dans ce chapitre est de tenter de rendre compte du système de lien social qui opère dans les sociétés modernes comme la notre de façon à en connaitre les modalités intégratives et les modalités d'exclusion pour un individu, en ce qui nous concerne pour le malade mentale. A ce titre, c'est en dépliant sommairement trois concepts que nous nous proposons d'aborder la question de manière bien évidemment non exhaustive :

° le premier est relatif au positionnement de la Société faisant appel à un principe centralisateur, fédérateur religieux et/ou politique comme la notion de Totémisation de FREUD en psychanalyse et la notion de Contrat Social autour d'une Loi de ROUSSEAU en philosophie des lumières ; DURKHEIM quant à lui propose une analyse en lien avec la solidarité et la Division du travail.

° Le second se propose de l'aborder par la théorie du don de MAUSS et par celle du solidarisme pour terminer par la notion de Réseau de SIMMEL et ELIAS ; ces trois modalités interrogent l'interactivité c'est-à-dire la dynamique des échanges et des nouages relationnels dans la trajectoire sociale d'un sujet.

° Le troisième s'intéresse à la théorie de la Reconnaissance de HONNETH réactualisant les concepts de « la lutte pour la reconnaissance » de HEGEL, introduisant un système intégratif sur pivot roulant sur trois champs d'appréciation du rapport à Soi de l'individu à savoir : la confiance, l'estime et le sentiment d'utilité sociale ; ce concept se complétant de la théorie de BANDURA relative « au sentiment d'efficacité personnelle ».

A) l'approche sociale du lien

Si nous devions d'emblée poser un postulat à notre propos, nous pourrions dire que « L'homo sociologicus », est celui qui placé dans une société dès sa naissance ne peut advenir qu'en son sein dans une relation d'interdépendance aux autres assurant non seulement sa protection mais aussi sa reconnaissance « elle-même reconnue » comme un besoin vital car source de son identité et de son existence humaine.

1) ROUSSEAU[401] (1712-1778) et le contrat social

La théorie de ROUSSEAU nous a intéressée pour rendre compte de la dimension démocratique et citoyenne valorisée dans les sociétés occidentales notamment en France du lien social, se référant aux principes humanistes des Droits de l'Homme.
Au XVIIIème siècle, ROUSSEAU aborde l'état normal de l'homme comme un état d'aliéné dès lors qu'il devient un être social, cette dimension est pour lui au fondement même du contrat social, s'exprimant par l'abandon de Soi à l'être social en Soi.

a) Le peuple et la souveraineté

ROUSSEAU, dont la doctrine politique a pour idéal la liberté, se posait la question des conditions de l'institution d'une autorité politique : selon lui, elle ne pouvait se faire que par l'aliénation de la liberté naturelle. En effet, l'individu dans cette démarche de socialisation a sacrifié sa liberté en partie pour une assurance de sécurité. Comment les hommes peuvent-ils s'unir en un corps politique sans renoncer à leur liberté ? L'essence du corps politique pour ROUSSEAU est dans l'accord de l'obéissance au principe de liberté dont jouit chaque homme. L'obéissance devient légitime, et n'est donc plus une aliénation dès lors qu'elle ne détruit pas la liberté individuelle. L'accession à la souveraineté du peuple dans les démocraties est la seule garantie dans la société civile de la liberté individuelle, ce que MONTESQUIEU appelle « la vertu républicaine » donnant sa cohérence au peuple ; il n'existe aucun pacte en capacité d'aliéner cette liberté. Ainsi, se définit la finalité ultime de l'Etat, garantir et protéger la liberté et son corolaire, l'égalité de tous les citoyens ; l'organisation de la vie sociale dont il a la charge n'a que ce but. Il s'agit du Contrat Social.

b) La loi, le contrat social et la volonté générale

Pour parler de liberté et d'égalité dans « cette combinaison de particuliers », il s'agit de définir un référentiel commun, la Loi qui s'impose à tous. Ce n'est donc pas à un homme auquel il s'agit d'obéir mais à la Loi, là se fonde le principe d'égalité. En effet, il semble que laisser à elles-mêmes les relations interhumaines, violentes, aux prises avec des questions de recherche de pouvoir – s'imposer, écraser – selon la « loi du plus fort », ou du mimétisme selon le concept développé par GIRARD[402]. La Loi fait Tiers et se place au-delà de l'Homme, elle introduit à un système symbolique qui décale les relations en miroir, pourvoyeuses par

---

[401] ROUSSEAU J.-J. Du Contrat Social. Flammarion, Poche, écrit en 1762, édition en 2001.

[402] GIRARD R. Le Bouc Emissaire. Editions Grasset, biblio Essais, Poche, 1982, p 315.

définition de relations symétriques enclines à la surenchère, imposant comme seule issue l'Un OU l'Autre, là où la Loi impose l'Un ET l'Autre.

c) L'égalité

Pour qu'il y ait corps politique selon ROUSSEAU, il faut une réelle association d'individualités adhérentes à un principe : « la vertu républicaine » et non une agrégation dont l'étymologie est « troupeau » - par extrapolation, de moutons - soumise à la loi du plus fort régnant par la peur. Cet acte qui fonde le fait qu'un peuple advient en tant que peuple est une association selon un contrat « d'aliénation volontaire » au sens juridique du terme d'un individu et ses droits à la société. Chacun de nous met en commun sa personne et toute sa puissance sous la suprême direction de la volonté générale ; et nous recevons encore chaque membre comme partie indivisible du tout. La citoyenneté est donc la participation à l'autorité souveraineté du peuple par l'expression de la volonté générale, déterminant la Loi c'est-à-dire « les conditions du vivre ensemble » selon le principe de liberté et d'égalité individuelles de ce corps politique dit République ou Etat. Dès lors l'intérêt général prime sur l'intérêt individuel – encore appelé l'arbitraire - ; la liberté de chacun est préservée dans le fait qu'en se donnant à tous, le don ne s'adresse à personne. La liberté est l'obéissance à la Loi que l'on s'est prescrite, c'est l'autonomie. L'égalité vient du don égal de tous à tous, du fait que ce don n'implique aucune valeur marchande et ne peut donc dédouaner personne du don unique et singulier de sa personne. Les mêmes hommes sont à la fois citoyens, qui font la Loi et sujets, qui sont soumis à la Loi.

D'une certaine façon par le point commun selon lequel, l'individu ne peut inféoder sa liberté qu'à une instance politique symbolique qui transcende l'incarnation humaine, pour conserver et cultiver cette liberté, et entretenir un lien social égalitaire, FREUD nous propose à travers le mythe du meurtre du Père de la Horde Primitive un passage du désordre « sauvage » à l'ordre social en créant la vacance de la place du Père, symbolisant cette instance détentrice des libertés de chacun, impossible à soutenir pour un être humain. De cette place vide procèderait selon FREUD la construction sociale inconsciente.

2) Le mythe du meurtre du Père de la Horde Primitive de FREUD[403]

Le mythe du meurtre du Père de la Horde Primitive est considéré par FREUD comme le fondement de la Société dans son ouvrage *Totem et Tabou,* cet essai s'intéresse au Totémisme et à l'Exogamie – c'est-à-dire les individus de sexes opposés appartenant au même Totem ne doivent pas se marier entre eux - comme pierres angulaires, comme tabous structurant la Société Humaine sur l'interdit du meurtre du Père et de l'interdit de l'Inceste.

a) L'interdit de l'inceste et du meurtre

Sa représentation en psychologique humaine est la traversée du Complexe d'Œdipe symbolisant l'accès du Sujet à la Culture par l'inscription fondamentale de sa soumission à la Loi des Hommes fondée sur les deux tabous et lui permettant de prendre place – comme un processus d'intégration fondamentale – :

° D'une part dans le lignage transgénérationnel marquant la différence des générations, c'est le rapport au temps c'est-à-dire à la finitude – le fantasme d'immortalité, la transcendance de la condition de mortel ne pouvant être satisfaite que symboliquement par la transmission de Soi à un Autre, donc dans l'Echange avec l'Autre par la reproduction.

° D'autre part dans l'obligation de choisir un autre objet sexuel que le parent, donc de sortir de l'Entre-Soi marquant la différence des sexes, c'est le rapport à l'espace c'est-à-dire la distance à parcourir pour rejoindre un Autre qui est en question – le fantasme d'auto engendrement et de plénitude, la transcendance de la condition de dépendance et de vulnérabilité ne pouvant être satisfait que symboliquement par la recherche de ce qui manque en Soi de l'Autre – on ne se suffit pas à soi-même -, donc dans l'Echange avec l'Autre.

b) Le rôle du Tabou

La transgression du Tabou présenterait un danger social, qui serait la destruction de la Société – ce qui lui confère de facto une place de protecteur social - et qui justifierait ainsi la violence des représentations qui y sont rattachées. La réparation de l'outrage infligé à ce « quelque chose » de « surnaturel », de l'ordre d'une transcendance, par la transgression du Tabou, nécessite une conjuration par expiation qui consiste en une renonciation, de laquelle procède donc le Tabou. Cette expiation obéit au choix d'un bouc émissaire portant les fautes de la communauté et sacrifié à ce titre après avoir été pleuré.

---

[403] FREUD S. Totem et Tabou. Petite bibliothèque Payot, Juin 2004.

Cette transgression met en danger tout le système social parce que ce système est réuni dans cette croyance. Il crée des obligations réciproques entre les membres les uns vis-à-vis des autres, déployant le lien social à partir du pivot central qu'est le Totem auquel tout le monde se rattache, s'inféode par une croyance en son pouvoir intégratif et désintégratif.

c) Le Totem

Selon FREUD, le Totem sous l'apparence d'un animal symbolise le Père qui une fois tué est pleuré puis mangé pour en incorporer la puissance. Le mythe se construirait comme suit : les frères - fils du Père, chassés par ce dernier, jaloux, leur refusant l'accès aux femmes qu'il gardait pour sa jouissance personnelle – se réunissent pour le tuer et le banquet totémique incorporant la chair du sacrifié est une commémoration et une tentative d'expiation d'une culpabilité partagée. Dans cette logique, le lien social, selon FREUD, s'établit comme principe organisateur par l'interdit du meurtre et par l'interdit de l'inceste de façon à introduire un ordre par deux modalités de différenciation dans le chaos incarné par le Père Jouisseur condamnant ses fils – donc condamnant son lignage et l'humanité - à la stérilité, donc à la disparition, en régnant de manière totalitaire, en décidant seul d'une loi qui ne sert que lui et qu'il impose par la force en dehors de toute considération pour l'autre. Parce qu'il se refuse mortel, il est donc tué pour sauver la communauté.

3) Les fondements du lien social selon DURKHEIM

Quel lien attache l'individu à la société ? Se demande DURKHEIM dans sa thèse : *De la division du travail social* soutenue en 1893 ; il tisse une théorie qui marquera l'avènement de la Sociologie et contribuera au courant de pensées républicain ayant donné naissance au Solidarisme à la fin du XIXème et au début XXème siècle, que nous aborderons plus loin.

a) La notion de conscience collective.

Pour DURKHEIM, le concept de conscience collective a précédé celui de solidarité ; il se définit comme « l'ensemble des croyances et des sentiments communs à la moyenne des membres d'une même société. » Il s'agit d'un type psychique propre à une société déterminant ses propriétés, ses conditions et modes d'existence et de développement. Les notions abordées précédemment avec ROUSSEAU et FREUD nous permettent de comprendre en partie de quoi est fait cet ensemble dont parle DURKHEIM qui fait pivot – force centripète - dans l'organisation sociale. Il rassemble les individus.

Dans les sociétés traditionnelles, cette conscience recouvre largement la conscience individuelle des membres, calée dans des éprouvés et par des rites minutieusement organisés.

La signification des actes et croyances s'impose à tous. L'intégration sociale ne peut s'entendre qu'à travers l'adhésion à ce système de valeurs qui définit les modalités d'une solidarité dite mécanique (homogénéité, croyances et valeurs partagées-imposées, nombreux rituels), cette conscience est puissante, repérée par des interdits et des impératifs, véritables prescriptions sociales. Le droit y est répressif, sensible à la faute et aux crimes à sanctionner. Il atteint l'individu dans son honneur, sa fortune ou sa liberté en le privant de tout ou une partie de ses biens et/ou de ses jouissances. Il s'agit du droit pénal.

Dans les sociétés modernes, la conscience collective est affaiblie, la marge d'interprétation individuelle des interdits sociaux s'étend et le contrôle social diminue. L'intégration sociale s'entend par la définition d'une place sociale selon une fonction complémentaire de celle des autres. Les valeurs et les croyances sont diversifiées. Les liens sociaux établis sont pluriels et d'intensité variable selon la définition par le sujet lui-même des cercles d'intégration souhaités. Le droit y est restitutif et coopératif, enclin à réparer la faute et à favoriser la coopération entre les individus, à remettre les choses en l'état, rétablissement des relations antérieures à l'acte incriminé c'est à dire à un fonctionnement social dit normal. Il s'agit donc du droit qui rectifie la déviation et donc peut concerner aussi bien le droit civil, commercial, administratif ou constitutionnel. Seule la morale notamment au travers du corporatisme professionnel serait à même d'entretenir le minimum de conscience collective pour éviter la désintégration sociale. Selon DURKHEIM, la place de l'Etat serait de favoriser l'égalité des conditions, de créer de l'unité par un langage commun entre les individus, par la prise de conscience du fait qu'ils sont doués de la même valeur. L'autorité morale et la fonction éducative seraient des appuis majeurs pour lutter contre l'anomie et la désintégration sociales.

b) Le concept de solidarité

Il ne peut exister de société sans solidarité entre ses membres. Il s'agit d'une morale fondamentale en ce sens qu'elle constitue le fondement organisateur de toute vie collective. Ce lien a pour fonction d'unir les individus et les groupes sociaux et de leur garantir par des règles communément partagées, une coexistence pacifique.

Selon Durkheim, la solidarité serait passée au cours des siècles d'une solidarité mécanique à une solidarité organique. Il analyse par cette voie le processus de différenciation des individus et la cohésion des sociétés modernes à savoir des conditions du changement social de longue durée au sens du passage d'une société traditionnelle à une société moderne.

La solidarité mécanique est la solidarité exercée par similitude, par mimétisme. Elle renvoie aux sociétés traditionnelles dans lesquelles les individus sont peu différenciés les uns des

autres, partagent les mêmes sentiments, obéissent aux mêmes croyances et adhèrent aux mêmes valeurs.

La solidarité organique fait référence à une forme opposée correspondant aux sociétés modernes. Ce qui fait lien social dans ce cas c'est l'interdépendance des fonctions, ce qui confère aux individus aussi différents soient-ils, une position sociale précise. Il s'agit d'une structure organisée dans le cas de la solidarité mécanique par un ensemble de segments homogènes et semblables entre eux alors que la solidarité organique est constituée par un système d'organes différents dans lequel chacun a un rôle spécial, formé clairement de parties différenciées et articulées par une complémentarité fonctionnelle.

c) Le concept de division du travail

Pour DURKHEIM, l'affaiblissement de la conscience collective est aussi une condition à la division du travail. Elle n'est possible que si l'individu peut s'émanciper de son groupe d'appartenance. Mais le danger est que les individus, ainsi émancipés, individualisés, perdent le sens de la complémentarité de la tâche de l'intérêt commun, se replient sur eux-mêmes. Durkheim a beaucoup insisté sur la morale laïque comme force unificatrice. Selon lui, « le nombre de ces relations est nécessairement proportionnel à celui des règles juridiques qui les déterminent. » La division du travail doit obliger les hommes à se concerter, à renforcer leur complémentarité par la coopération. Chacun peut retirer de son travail un sentiment d'utilité sociale du fait de sa contribution profitable à l'ensemble et reconnue comme telle par cet ensemble.

Dans cette perspective, DURKHEIM s'interroge sur le nombre mais aussi l'intensité des liens sociaux tissés par les hommes des sociétés modernes, se questionnant alors sur les modalités d'intégration et de rejet : en effet, lorsque la place sociale de chacun est définie selon sa participation au fonctionnement de l'ensemble, de son utilité sociale, de sa capacité de mise en complémentarité et en coopération avec les autres, le vide laissé par une absence ne peut être remplaçable de manière évidente et aisée. Le système est plus fragilisé par les entrées et sorties d'individus.

La division du travail modifie en profondeur la loi de la transmission des vocations. Elle permet à l'individu de choisir par son rôle, sa fonction, sa place sociale. L'individu n'est plus astreint à répéter la profession du père. Par le travail et l'assignation de la tâche une aliénation à une place sociale était posée, s'assurant de l'absence de vacuité, la division du travail permet de s'en affranchir. L'individu dont il est question dans cette division du travail est

l'individu in abstracto qui porte en lui une potentialité de mise en lien avec autrui, et qui constitue son humanité.

La coexistence de la solidarité mécanique et organique au sein de la société moderne

« En d'autres termes, les liens issus de la complémentarité des fonctions n'ont pas entièrement dissous les liens plus anciens issus de l'homogénéisation des croyances et des pratiques. On pourrait même dire que l'affaiblissement de la conscience collective et le risque de dissolution des valeurs ont fait naître dans certains cas des formes de résistance à l'interdépendance généralisée sous la forme de regroupements communautaires. »

Réflexions

Cette première partie nous inspire les réflexions suivantes en lien avec la pratique psychiatrique :

L'état interlocuteur de la gestion de l'espace social

En premier lieu ROUSSEAU et DURKHEIM insistent sur la place de l'Etat comme la condition fédératrice du « vivre ensemble » garant de la liberté et de l'égalité des citoyens, cette égalité s'incarnant en premier lieu dans la possibilité pour chacun de prendre la parole pour faire valoir ses opinions et lui adresser une reconnaissance de sa valeur inaliénable. Les Droits de l'Homme représentent ce pivot centripète autrefois assuré par un Dieu ou un Totem, ce sont des valeurs morales choisies et faisant Loi car communément adoptées.

Le dialogue Etat – Psychiatrie : la négociation d'un espace social accessible à tous

Pour qui veut faire valoir cette garantie comme la Psychiatrie pour ses patients, il faut s'adresser à l'Etat dont c'est la mission de l'assurer. Ainsi, la RPS actuellement et la PI, avant elle, se sont beaucoup investies politiquement pour négocier l'espace social des patients psychiatriques de façon à ce que personne ne se satisfasse de les savoir enfermés. Négocier avec l'Etat consiste à faire valoir un point de vue qui permette que la Loi change ; dès lors que la loi change et qu'elle s'applique, les représentations vont pouvoir commencer à changer et les critères d'inclusion et d'exclusion aussi. Nous avions pu évoquer que cette réflexion avait débuté à notre sens avec la Loi de 1838, puis la circulaire du 15 mars 1960 relative à la politique de secteur qui ouvrait l'espace social pour la première fois et la loi du 12 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. La PI au sein du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux dans cette bataille avait

revendiqué un espace sectorisé en 1960, dans lequel l'espace de soin se déployait dans l'espace social, créant une vie sociale volontairement à l'échelle de « village ». La RPS, forte du concept de Handicap, sorte de cheval de Troie, qui inclut la psychiatrie dans une définition plus large notamment numériquement et plus lourde politiquement, revendique l'accès sans limites à TOUT l'espace social international et va jusqu'à revendiquer la création d'une nouvel espace social d'emblée accueillant pour TOUS handicapés ou non de sorte que la question ne se pose plus.

Cesser de parler à leur place

L'actualité de la RPS est de soutenir la citoyenneté des personnes en situation de handicap comme un droit, un du en redonnant l'accès à « l'agora », à l'espace politique social. Alors que cette position comme nous l'avons vu historiquement a toujours été écartée du fait que « le malade mental ne peut pas contracter » comme le disait Saint THOMAS D'AQUIN puisqu'il ne peut pas donner son consentement et qu'un être raisonnable risquait d'être pris pour un fou s'il accordait de la valeur à la parole d'un fou ; renier la valeur de cette parole c'était se protéger de la contamination du discrédit[404] – ce que l'on ne peut pas croire, étymologiquement -. Ce point nous montre que « ne plus être cru », c'est ne plus avoir de place socialement, c'est ne plus exister. Nous espérons montrer là la gravité de la condamnation d'une personne résumée à un malade mental.

Redonner à quelqu'un la possibilité de s'exprimer, lui donne la possibilité de se gouverner, c'est le rendre autonome, pour décider pour lui même. Concrètement, c'est permettre aux usagers de pouvoir participer à l'organisation des soins au sein des instances politiques décisionnelles au même titre que les médecins, les élus et autres, c'est leur adresser une information qui leur soit accessible pour effectuer des choix éclairés. La PI a la première donné la parole à la psychose et à considérer qu'un discours délirant était un discours du Sujet et qu'à ce titre il était intègre.

La citoyenneté donne l'espoir d'en finir avec des siècles de pratiques d'exclusion signifiant aux malades que sa place sociale ne pouvait être qu'une tolérance quand il travaillait ou divertissait les foules –le bon fou- ou ne pouvait être que l'enfermement quand il était agité, dangereux et dépendant – le mauvais fou, le parasite social celui que l'eugénisme s'autorisera à tuer -.

La parole d'un fou n'est pas intégrable dans la mesure où elle est suspectée de ne pas être intègre, de ne pas dire la vérité du sujet sur laquelle les règles de convenances sociales comptent. Nous reverrons ces notions relatives à l'intégrité et l'intégrabilité avec la stigmatisation.

B) La théorie du don et la théorie solidariste

1) La pensée solidariste

a) La base du sentiment d'utilité sociale

Il s'agit d'une doctrine fondée sur le principe de la dette entre générations. Il semblerait que ce soit à Léon BOURGEOIS, membre du parti radical-socialiste, président du Conseil que l'on doit la transformation de l'idée de solidarité en doctrine du solidarisme, d'une part et d'autre part, la création d'un cadre d'action selon une sorte de philosophie officielle. En partant de l'idée que l'homme doit ce qu'il est en tant qu'individu à l'association humaine, il développe le concept de dette sociale. « (…) dette envers tous les morts qui ont laissé cet héritage, envers ceux dont le travail a transformé la terre, rude et sombre abri des premiers âges, en un immense champ fertile, en une usine créatrice ; (…)[405] ». Elle renvoie à l'ensemble des hommes qui, par leur interdépendance dans le travail, ont contribué au progrès de l'humanité. A qui sommes nous tenus de l'acquitter, cette dette ? « C'est un legs de tout le passé à tout l'avenir. (…) elle n'en est investie qu'à charge de le conserver et de le restituer fidèlement. (…) conduit en outre : à charge de l'accroître ; » « (…) et c'est la loi de cet accroissement continu du bien commun de l'association, qui forme la loi du contrat entre les générations successives, comme la loi de l'échange des services et de la répartition des charges et des profits est celle du contrat entre les hommes de la même génération. »
« Il s'agit pour les hommes de reconnaître l'étendue de la dette que chacun contracte envers tous par l'échange de services, par l'augmentation de profits personnels, d'activité, de vie résultant pour chacun de l'état de société ; cette charge une fois mesurée, reconnue comme naturelle et légitime, l'homme reste réellement libre, libre de toute sa liberté, puisqu'il reste investi de tout son droit. » En acceptant de partager le fardeau de cette dette, on participe au et du principe social. Ce constat ne nous semble pas étranger à la théorie de la culpabilité de FREUD comme fardeau partagé par la communauté que représente le crime originel, ce pour quoi on doit payer.

[405] BOURGEOIS L. Solidarité. Première édition en 1896. Villeneuve- d'Ascq, presses septentrion, 1998. In : Serge PAUGAM. Le lien social, Paris, PUF, collection « Que sais-je ? », avril 2008.

b) Quel est le contenu de la dette sociale ?

« (…) reconnaître les apports et les prélèvements de chacun, faire le compte de son doit et de son avoir, afin d'en dégager le règlement de son droit et de son devoir. »
« Nous avons dit qu'en présence de l'impossibilité évidente de fixer exactement, dans l'association qui naît du quasi-contrat social, la valeur de l'effort des uns et de la créance des autres (…) le seul moyen qui s'offre à nous de résoudre la difficulté, c'est de mutualiser ces risques et ces avantages, ce qui revient à admettre à l'avance que sans savoir qui supportera le risque et qui bénéficiera de cet avantage, les risques seront supportés en commun et l'accès des divers avantages sociaux ouvert à tous. »
Dans le solidarisme, s'affirme un « garantisme ». Le solidarisme n'aboutit pas à une socialisation intégrale des profits et des pertes mais à une socialisation minimum, essentielle susceptible d'éviter la détresse absolue et la grande pauvreté. Il s'agirait d'une voie intermédiaire entre le collectivisme et le libéralisme dont la concurrence livrée à elle-même serait inhumaine. « Nous sommes tous les risques les uns pour les autres ; le risque est devenu l'un des modes les plus concrets du lien social, la marque de la solidarité sociale, la source des devoirs sociaux. »[406]

c) Quelle est la traduction juridique de cette doctrine ? Ou Du solidarisme à la protection sociale généralisée

« On se demande toujours : dans quelle mesure l'Etat peut-il intervenir dans le règlement des questions sociales ? (…) il s'agit plus de savoir quelle limite l'autorité de l'Etat mettra à leur liberté mais comment leur liberté se limitera d'elle-même, par leur consentement mutuel à des risques équivalents : la loi viendra plus tard pour sanctionner les conventions passées ; (…) comment ils consentiront à mutualiser les risques et les avantages de la solidarité. L'Etat, comme dans le droit privé, devra être purement et simplement l'autorité qui sanctionne nos accords et assure le respect des conventions établies.[407] » Le solidarisme garantit une des missions essentielles de l'Etat, celle de garantir le progrès social sans devenir une puissance tutélaire oppressante.
La loi du 22 mai 1946 instaure le système de protection sociale, près de cinquante ans après l'ouvrage de BOURGEOIS. Dans l'entre deux, le contrat social fondé sur les institutions

[406] EWALD F. L'Etat Providence, Paris, Grasset, 1986. p 384.

[407] BOURGEOIS L. Essai d'une philosophie de la solidarité, Paris, Ecole des Hautes Etudes Sociales, 1902.

d'assurances s'est répandu. Plusieurs lois se succédant rendent obligatoires les affiliations au système de protection sociale : En 1948, la déclaration des droits de l'homme et du citoyen stipule dans son article 22 que « toute personne en tant que membre de la société a droit à la sécurité sociale. »

° La principale forme de l'intervention sociale jusqu'à présent de l'assistance se réduit. L'application du principe de « démarchandisation » (decommodification) a permis aux sociétés occidentales d'offrir aux individus une plus grande sécurité face aux aléas de la vie et du risque de pauvreté. Faire des individus autres choses qu'une marchandise échangeable, tel est le grand défi de l'Etat Social.

° La notion de citoyenneté sociale et l'idée selon laquelle un adulte a des droits en tant que citoyen notamment celui de bénéficier de la protection sociale. Pour accéder à des droits sociaux, il faut à la fois appartenir à la communauté nationale, remplir son devoir de citoyen, travailler et payer ses impôts.

Réflexions

Lien d'emprise, lien d'appartenance : l'enjeu de la dette de vie

ll nous semble que ce développement nous propose une réflexion sur la dette de vie que nous contractons dès la naissance, du fait que la grande caractéristique du « petit d'homme » quand il naît est de ne pouvoir se suffire à lui-même, il a besoin fondamentalement de l'autre pour survivre selon les concepts analytiques que nous avons déjà abordés et que OURY place à la racine de l'aliénation de l'homme. Cette dette de vie est due à l'avenir et à la communauté des hommes – et non à un homme, ce qui serait une relation d'emprise - et prend racine dans le passé. Elle s'inscrit d'aucun dans un lignage humain et dans une communauté. Privé quelqu'un de l'endosser c'est lui retirer la possibilité de s'éprouver dans ce lien d'appartenance et de s'y engager. La relation dénoncée par FOUCAULT, adoptée par PINEL était de ce type. Les termes de colonialiste ou paternaliste ou protectionniste conviennent également. Ils riment avec charité et patronage comme le pratiquait FALRET. Le ressort de cette relation est de penser son bien à la place de l'autre, « Faire pour le bien de l'autre, c'est le lui prendre » pourrait-on résumer. C'est le soulager de cette dette en oubliant que c'est le priver de sa dignité.

Etre intégré c'est pouvoir porter la dette, partager avec les autres les risques et les bénéfices

La RPS utilise le concept d'empowerment, comme nous l'avons vu, pour rendre compte de cette dynamique et attache une grande importance au processus d'intégration sociale « réelle » exigeant du patient une compétence et un engagement. Par cette mise en valeur de la réciprocité, le contrat peut s'établir. Exiger de l'autre, c'est lui donner une valeur qui ne repose pas sur la charité. Cette exigence lui permet en rendant des comptes de s'acquitter de sa dette, d'être libre. Cette dimension se manifeste également au niveau du travail, nous en reparlerons.

L'opposition entre LE GUILLANT et TOSQUELLES en 1951, lors des journées de Bonneval dont nous avons parlé, traite de cette question indirectement. Quand LE GUILLANT accuse la PI de « singer les institutions »

TOSQUELLES l'accuse de faire l'impasse sur le rejet des patients par la société dont l'hôpital constitue le seul refuge possible notamment pour les patients psychotiques. « Ces transformations à l'intérieur du dispositif matériel de l'asile nous éloigne des vrais problèmes psychiatriques que sont l'étude des situations pathogènes qui aliènent les hommes, leur mode d'action et leur transformation. L'hôpital n'est ni un village, ni une usine et il n'a que faire de singer leurs institutions. Le malade doit certes participer à des groupes, mais à des groupes humains réels auxquels il appartenait et continue d'appartenir » dira LE GUILLANT.

Il nous semble que cette querelle est l'un des points de divergences majeurs de la PI et de la RPS. Nous avons eu l'impression qu'ils ne parlaient pas des mêmes patients. LE GUILLANT parle d'intégration sociale en considérant que « jouer » à faire « comme dans la société », en d'autres termes en créant une néo société dans l'hôpital, serait renier le fait que son système d'appartenance est à l'extérieur de l'hôpital et que c'est à ce système que le soin doit s'adresser pour réhabiliter le patient. Mais quid de ceux qui n'ont plus de système d'appartenance ?

TOSQUELLES parle de la fonction asilaire de l'hôpital au sens d'accueil, au sens noble, dont il a pu faire l'expérience dans sa chair en arrivant à Saint Alban. Il pense à ceux qui n'ont pas ailleurs où aller, à ceux qui ont besoin de se reposer justement de se « singer » en société pour être intégrés. Un endroit où il est autorisé d'être soi sans prétention d'intégration à tout prix. Il évoque donc la question de la Sécurité Sociale, quand le patient a besoin d'être protégé de la Société. Les maîtres mots sont chaleur humaine, fraternité et convivialité comme à l'époque de la guerre et des réfugiés. Un foyer ou « le lieu du feu ». La RPS ne reconnaît pas cette

fonction là à l'hôpital, dernier rempart contre le vide social aussi peut elle envisager la désinstitutionalisation.

Nous reborderons cette question en l'approfondissant en nous intéressant au processus de stigmatisation.

---

2) Théorie du don de Marcel MAUSS[408]

Introduction

« L'Essai sur le don » constitue un chaînon essentiel dans l'invention d'une Sécurité Sociale à la française. En affirmant que la société n'est pas quitte envers les travailleurs, qui lui ont donné leur vie, une fois qu'ils ont reçu leur salaire, en affirmant qu'elle leur doit encore les moyens de vivre décemment en période de vieillesse et de chômage, MAUSS rompt avec les principes charitables qui fondaient alors les politiques sociales, avec « le patronage inconscient et injurieux du riche aumônier » qu'il évoque dans la conclusion de l'Essai. » Les prestations sociales apparaissent non plus comme des aumônes mais comme des droits. Le travail salarié est placé au centre de la solidarité sociale. Ainsi, cette théorie de MAUSS est-elle intimement en lien avec le Solidarisme que nous venons d'aborder.

a) Une autre forme de contrat social : rendre un don

Dans cette interrogation qui nous mène dans ce qui construit le lien social, la place des échanges nous est apparue importante et la théorie de Mauss du « don et contre-don », ayant introduit par un sujet en apparence anodin, le cadeau, la complexité des enjeux sociaux situés là. En effet, MAUSS a révélé l'existence, l'universalité et la complexité de ce phénomène spécifique et cette question « d'où vient l'obligation de rendre ? Par quel truchement le don implique tacitement et puissamment un contre don ? Il constate de plus que cet état de faits non seulement a constitué un élément important des sociétés plus anciennes et de cultures très variées mais concerne pleinement la société moderne occidentale.

Selon MAUSS, l'échange archaïque non marchand apparait comme un maillon de la vie sociale comme lieu de rencontre et d'échange ; s'y soustraire conduit à la rupture des liens voire à la conflictualisation des liens, ainsi un contrat est-il tacitement établi qu'un cadeau

---

[408] MAUSS Marcel (1872-1950), sociologue français, élève et neveu de DURKHEIM. Essai sur le don. Paris, PUF, première parution en 1925, republication 2007.

bénéficie d'une acceptation premier niveau du lien qui engage par cet acte à rendre sous forme équivalente ce don donnant la tonalité de la valeur de l'échange deuxième niveau du lien. L'objet d'échange étant un prétexte c'est-à-dire un support à la communication. Ainsi, la notion de politesse ou de convenance est-elle liée à ce qui doit être une évidence de l'échange ; quand quelqu'un dit bonjour, on lui répond. C'est de la perte de cette évidence que le schizophrène peut souffrir ne pouvant pas dès lors s'inscrire dans des rapports sociaux qui ne fassent pas injure à ce système de convenance. Nous aborderons cette question par le stigmate et la rupture des codes de communication entrainée par certains stigmates comme la cécité.

b) Le principe de réciprocité

Le conflit est considéré comme le moyen ultime, le moins élaboré, pour maintenir un lien social et réparer l'offense faite à ce qui est de l'ordre de l'honneur. L'échange social est une relation complexe emprunte d'ambivalence. A ce propos, le mot indien Sabir chinook signifie à la fois don et poison.

L'imbrication structurale, la solidarité ressentie et le sentiment collectif puissant de la nécessité d'une réciprocité totale, forment le socle et la matrice de la dynamique de l'échange. Le sentiment entretenu par ce système de « tout se devoir » implique l'existence d'un symbolisme se déployant dans tous les espaces du système social ; se contractualisent ces échanges en impliquant les membres d'une collectivité en tant qu'ils la représentent, ils n'agissent pas en tant que personne individuelle mais en tant que personne morale.

Il nous semble que ce système dans sa conceptualisation n'est pas éloigné de la notion de culpabilité (FREUD) et de dette sociale (Solidarisme) mises en jeu dans les échanges et ce qui tient le sujet dans le maillage social au-delà de lui, comme une personne « morale » dit MAUSS ou Citoyen dirait ROUSSEAU ou un travailleur dirait DURKHEIM.

3) La conception du Réseau

a) Du lien social aux liens sociaux, une modélisation selon SIMMEL et ELIAS

La reconnaissance, dans les sociétés aux liens de solidarité organiques, n'est plus directe et automatique comme dans les sociétés aux liens solidaires de type mécanique ; en effet, elle constitue un enjeu non seulement fondamental pour l'individu mais aussi un enjeu autonome, obligeant par la quête d'une valorisation personnelle une construction identitaire dépendante du regard de l'autre pour s'actualiser.

b) La pluralité des liens et La diversité des appartenances

La pluralité des appartenances a été mise en évidence par deux sociologues allemands Georg SIMMEL[409] et Norbert ELIAS[410], analysant la caractéristique du lien social dans les sociétés modernes comme un entrecroisement de plusieurs liens. Le type d'affiliation qui s'opérait dans les sociétés dites traditionnelles comme la société médiévale absorbait l'individu entier et déterminait un élargissement éventuel de la sphère relationnelle selon un modèle concentrique, centrifuge su groupe immédiat au groupe élargi. Ce dont il s'agit pour l'individu de la société moderne est une prise de conscience croissante de son individualité et le tissage de relations dans des groupes juxtaposés différents qui se croisent de manière unique dans l'espace social de la personne. SIMMEL fait une constatation selon laquelle l'élargissement quantitatif du groupe produit une différenciation accrue de ses membres et se traduit par une individualisation plus poussée.

c) L'homme, un être de liaison et le concept de réseau

SIMMEL serait considéré comme l'un des précurseurs de l'étude microscopique des formes d'action réciproque et de l'entrecroisement des cercles sociaux et au sens large des concepts de réseaux sociaux. L'homme est avant tout un être de liaison. Le nombre élevé de cercles auxquels appartiendrait un individu serait le signe de la culture. Cet ensemble de liens juxtaposés permet d'approcher l'ensemble des rôles ou de fonctions exercées par l'individu.
Nous serions passés d'une construction concentrique des cercles à une construction de juxtaposition garantissant plus de liberté au sujet et le plaçant selon une trajectoire de vie selon laquelle les modalités des liens se transforment, se distendent ou se resserrent. Cette liberté est aussi synonyme de solitude. « Nous sommes toujours ceux qui séparent le relié ou qui relient le séparé »[411]

d) Le concept de configuration et les interdépendances humaines

ELIAS dans ces deux ouvrages *La civilisation des mœurs* et *la dynamique de l'occident* insiste sur la transformation du mode de régulation des pulsions et des émotions. Nous serions passés d'un mode de régulation extérieure par prohibition à un mécanisme d'autocontrôle grâce à une différenciation poussée des fonctions (spécialisation) et la monopolisation de la violence par l'Etat. Paradoxalement, de nouveau ce constat émerge chez ELIAS selon lequel

---

[409] SIMMEL Georg. Sociologie. Etudes sur les formes de la socialisation. 1908.

[410] ELIAS Norbert. La société des individus. Première édition en allemand 1987. Paris, Fayard 1991.

[411] SIMMEL G. La tragédie de la Culture. Première édition en Allemand en 1909. Paris, Ed. Rivages 1988, P 166.

la conscience de l'individualité est d'autant plus forte que les dépendances réciproques qui lient les individus entre eux sont plus intenses. Il place le problème des interdépendances humaines au centre de la réflexion sociologique.

Les relations sont perçues, comprises selon une trame réticulaire à partir de laquelle opère un champ de force mettant en tension les nouages donc la structure de l'ensemble. Les chaînes de dépendance y sont réciproques, plurielles et définissent un habitus social reflétant différents niveaux d'intégrations selon une multitude de stratifications. Ce tissage se définit par des forces à valence affective et à valence répulsive, ainsi outre les interdépendances impersonnelles s'ajoutent des liaisons de type émotionnel qui concernent, au delà des relations interpersonnelles, les investissements dans des symboles communs. Cette dimension affective serait une partie constitutive du lien social lui-même.

Selon Elias lorsque les unités sociales s'agrandissent, de nouveaux liens affectifs apparaissent « ils ne se fixent pas seulement sur des personnes mais de plus en plus fréquemment sur des symboles propres aux unités plus grandes, les emblèmes, les drapeaux et autres concepts chargés d'affectivité[412]. » La fonction primaire de ce type d'association est de protéger le groupe de la menace des autres, il s'agit « d'unité de survie » ou « unités offensives et défensives ».

e) **Les quatre grands types de liens sociaux** :

° **Le lien de filiation**, il s'agit du lien consanguin de filiation dite « naturelle » fondée sur la preuve de l'existence de relations sexuelles entre le père et la mère, la parenté entre l'individu et ses géniteurs est biologique, il s'agit du fondement absolu de l'appartenance sociale qui lie les parties par des droits et des devoirs. A ce niveau, les travaux de BOWLBY sont éclairants et explorent les liens d'attachement. L'appartenance familiale est définie par le contrat qui fonde le mariage et la résidence qui fonde le foyer. La famille après avoir été un lieu de protection est aujourd'hui le lieu de la recherche du bonheur privé.

° **Le lien de participation élective** relève de la socialisation extra familiale, le voisinage, les bandes, les amis, les communautés locales…librement selon leurs affinités, valences émotionnelles et affectives, c'est l'expérimentation des liens non contraints. La notion de réseau social de proximité à travers les concepts d'homogamie et d'homophilie. Il s'agit alors de la création d'un « entre-soi » de nature défensive.

---

[412] ELIAS N. Qu'est-ce que la sociologie ? Première édition en Allemand en 1970. Le Tour d'Aigues, Ed. de l'Aube, 1991, P164.

° **Le lien de participation organique** se caractérise par l'apprentissage et l'exercice d'une fonction déterminée dans l'organisation du travail. Il s'agit de conférer à chacun la protection assumée par la garantie de ressources et le sentiment d'utilité sociale. Ce lien s'élabore à l'école et se poursuit dans le monde du travail. Les sociétés modernes sont industrielles dans la mesure où elles relèvent de l'organisation scientifique du travail par sa division technique, l'accumulation du capital, le calcul économique et la participation de tous à l'œuvre collective de production des biens et de services. Il y a du fait d'une « démarchandisation » la reconnaissance de l'individu dans la mesure où il participe à la production. Au-delà du travail, il est rattaché, affilié aux régimes de protection.

° **Le lien de citoyenneté**

Ce lien est impliqué pour accéder à des papiers d'identité et faire valoir leur droit. Dans le système catégoriel de l'aide sociale il existe toujours des personnes exclues des catégories limitant leur accessibilité à cette aide et in extenso à une dimension citoyenne de leur identité. La rupture du lien de citoyenneté concerne donc les personnes en situation d'infra assistance.

C . Enjeux de la reconnaissance[413] : Opérateur de socialisation, déterminant du rapport positif à soi et de l'identité

Pour aborder cette théorie qui se place du point de vue du sujet dans sa dynamique d'interaction avec la Société, C. DEJOURS, s'applique à considérer les travaux de HONNETH en tant que eux-mêmes source d'une actualisation de « la lutte pour la reconnaissance» selon HEGEL. Il s'appuie sur une réflexion sociologique et philosophique actuelle[414] selon laquelle la reconnaissance serait l'un des principaux opérateurs de la socialisation.

Selon lui le travail constitue également un intégrateur social dans la mesure où il appuie cette valeur sur la reconnaissance laquelle atteste d'un accomplissement. « Si on admet que tout travail constitue une épreuve du rapport à la réalité (en l'occurrence, au réel du travail, des

[413] Dejours C. (CNAM, chaire "Psychanalyse-Santé-Travail") Contribution de la théorie de la reconnaissance (A. Honneth) et de la psychodynamique du travail à la réflexion sur l'insertion au travail des handicapés psychiques. In : Rapport du Séminaire Interdisciplinaire « Handicap Psychique et Réinsertion Professionnelle » visant à l'Evaluation et les Modalités de soutien à la Réinsertion Sociale et Professionnelle, élaboré en mai 2008 par une équipe pluridisciplinaire, dans le cadre d'une action de recherche MiRe-DREES.

[414] CAILLE. A. (dir.) (2007) *La quête de reconnaissance. Nouveau phénomène social total*. Paris: Editions la découverte cité par C. DEJOURS.

tâches à accomplir, des performances attendues…), et du rapport au collectif de travail (exigence d'ajustement au groupe, de négociation de sa place, de positionnement face à la hiérarchie, de recours aux étayages disponibles…), alors la reconnaissance vient sanctionner l'insertion professionnelle, c'est à dire à la fois l'adaptation au réel du travail et l'intégration au collectif. La reconnaissance est finalement l'un des enjeux de l'insertion au travail, en même temps qu'elle témoigne de son succès. »

1) **La théorie de la reconnaissance de HONNETH**

a) La théorie de la reconnaissance et le sentiment d'efficacité personnelle de BANDURA

Introduction

Elle est développée par A. HONNETH [415] (1992-2000) au-delà d'un simple principe narcissique et sa connotation superficielle, la reconnaissance est de l'ordre de la consistance de ce qui soutient la socialisation ; « et au-delà, si on admet que le mode d'être de l'homme est social, c'est-à-dire requiert l'être ensemble, la reconnaissance s'avère un composant essentiel du mode d'être proprement humain ».

Quel intérêt, pour les cliniciens, la théorie de la reconnaissance réactualisée par A. HONNETH. a-t-elle ?

° Le premier point : « L'importance et les enjeux de la reconnaissance se manifestent de la façon la plus vive dans les situations de déni de reconnaissance, par la souffrance ainsi induite, pouvant aller jusqu'à des effondrements identitaires (avec décompensation psychopathologique), souffrance dont la forme dépend du niveau où intervient le déni de reconnaissance ».

° Le second point, Le rapport positif à soi abordé par G.H. MEAD[416] (la conscience de soi, la représentation de soi et de sa valeur…) est essentiellement constitué intersubjectivement, et par conséquent aussi intersubjectivement vulnérable.

---

[415] HONNETH Axel né en 1945, est un philosophe et sociologue allemand, depuis 2001 il est directeur de l'Institut de Recherche Sociale connu pour « héberger » l'Ecole de Francfort, à Francfort en Allemagne. Il travaillera pendant ses études de Jürgen HABERMAS - dont nous avions abordé les critiques adressés à la science servant la bureaucratie et « dépolitisant » le citoyen – il enseigne actuellement la philosophie sociale à Francfort à l'université Goethe.

[416] MEAD Georges Herbert (1863-1931) est un sociologue, sociopsychologue et philosophe américain. Il a enseigné à l'Universté de Chicago la psychologie sociale dont il est considéré comme le fondateur. Son œuvre a une palce importante dans le domaine de l'interactionnisme symbolique faisant de l'adhésion au langage un mode d'intégration fondamentale de l'individu à une communauté.

En reprenant les distinctions de HEGEL, dont il retrouve l'équivalent dans les travaux de G.H. MEAD, HONNETH présente les trois sphères de reconnaissance, correspondant à trois sphères de la socialité

- La sphère de l'amour (ou sphère de l'intimité, renvoyant à la vie amoureuse, mais aussi familiale et amicale)
- la sphère juridique et politique,
- enfin la sphère des engagements collectifs, des activités coopératives, typiquement représentée par l'engagement dans le travail.

« **La première forme de reconnaissance est liée à la constitution et à la confirmation de la valeur de notre existence en tant qu'êtres d'affects et de besoins**. C'est l'amour, au sens large, qui permet d'acquérir cette forme de reconnaissance, qui se traduit concrètement par une forme d'attention au besoin de l'autre, par un souci et un « prendre soin » visant à lui garantir des conditions de vie satisfaisantes.

La seconde forme de reconnaissance est liée à la constitution et à la confirmation de la valeur de notre liberté (de notre autonomie). Elle prend la forme de la reconnaissance morale et juridique, et relève du domaine de la justice.

La troisième forme de reconnaissance est liée à la reconnaissance de la valeur sociale de nos facultés, autrement dit de notre capacité d'être utile à la société (dans son ensemble ou dans des groupes sociaux déterminés). Cette notion d'utilité suppose des objectifs communs ou partagés (auxquels il s'agit de contribuer, l'utilité est celle de notre contribution), mais aussi des valeurs partagées (requises pour juger de la valeur de notre contribution). Cette attente de reconnaissance est adressée à un groupe, considéré comme le tout auquel nous prétendons être utiles. Elle est indissociable d'une revendication de solidarité. »

b) Le rapport positif à soi-même

Les principales formes de rapport positif à soi comme **la confiance en soi, l'estime de soi, le respect de soi** sont étroitement dépendantes des formes de reconnaissance.

Plus spécifiquement, chacune des trois formes de reconnaissance contribue à une forme spécifique de rapport positif à soi : la confiance en soi s'avère dépendante de la reconnaissance dans la sphère de l'intimité ; le respect de soi, de la certitude de la valeur de notre liberté ; de notre autonomie, est dépendante de la reconnaissance juridico-politique ; l'estime de soi, le sentiment de son utilité sociale, de sa contribution aux fins collectives, dépend de la reconnaissance dans la sphère des engagements collectifs (le plus couramment le monde du travail) ; Enfin, à chacune de ces formes de reconnaissance, auxquelles est associé un type de rapport positif à soi, correspond un type particulier de souffrance sociale lorsque

fait défaut la reconnaissance. Pour C. DEJOURS, cette théorie permet d'aborder la question de l'intégration sociale sur le modèle d'un processus de socialisation sur les trois niveaux évoqués se reconnaître Soi comme insuffisant, comme autonome et comme utile, en d'autres termes, ne pas avoir assez pour TOUT mais avoir SUFFISAMMENT et SINGULIEREMENT pour PARTICIPER UTILEMENT.

c) Les ordres de socialité

Ces trois ordres de socialité sont interdépendants et leur articulation est nécessaire dans un rapport à soi positif sous la forme de suppléance réciproque en cas de faillite de l'un. Ainsi plus un sujet bénéficie d'investissements fructueux sur les trois niveaux et plus il est adaptable et riche de capacité de Résilience lui permettant de conserver un étayage en cas d'évènements susceptibles de malmener la reconnaissance dont il bénéficie dans une sphère ou l'autre. En cela, la reconnaissance est une assurance sociale ce qui pourrait expliquer que « le succès de la réinsertion professionnelle dépend des possibilités d'étayage affectif, sur les proches (la famille), mais aussi d'étayage sur des pairs, au sein du collectif de travail ». Elle serait aussi un capital symbolique encourageant les investissements de départ.

Dans une démarche de réinsertion, la reconnaissance est à la fois une condition de cet engagement et la sanction de son succès.

d) La reconnaissance par autrui et par soi-même

Cette « théorie de la reconnaissance » insiste essentiellement sur la reconnaissance par autrui Selon P. RICOEUR [417], cité par C. DEJOURS, la reconnaissance implique l'idée fondamentale d'une réciprocité associant la reconnaissance par autrui et la reconnaissance par soi-même.

Ainsi, « l'autoévaluation par le sujet de ses capacités, l'incidence sur cette évaluation des succès ou au contraire des échecs rencontrés au travail : autrement dit, c'est ne pas tenir compte de cette dimension thématisée par BANDURA[418] (2003) sous le nom de « sentiment d'efficacité personnelle », et reconnue comme un déterminant majeur des possibilités de réinsertion. »

---

[417] RICOEUR. P (2004) Parcours de la reconnaissance. *Trois études*. Paris: Gallimard, coll. Folio, cite par C. DEJOURS.

[418] BANDURA. A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press. Bandura, A. (1997) *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY, USA: W. H. Freeman & Co, Publishers. Trad.fr (2003) *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*. Bruxelles : De Boeck. Cités par C. DEJOURS.

Conclusion

Ce lien social fédère les individus dans le sens où de manière égale et libre, ils adhèrent à des croyances comme les tabous, comme la dette sociale, comme le don et le contre-don ; et mettent en œuvre des moyens tangibles, visibles de matérialiser ce lien par les marchandises, par les cadeaux, par le langage. L'intérêt qu'ils y trouvent est la survie grâce à :

- La protection dans l'association solidaire c'est-à-dire l'ensemble des supports mobilisables par le sujet pour faire face aux aléas de la vie, « compter sur »;
- La reconnaissance ce qui lui fournit la preuve de son existence et de sa valeur, « compter pour ».

Concourant à l'instauration du principe de l'Etat Providence à la Sécurité Sociale . La rupture de l'homéostasie entraîne alors soit la désintégration du lien social dans un processus d'exclusion, soit l'aliénation par la perte du principe de fluidité par rigidification des échanges perdant les dimensions égalitaires et libérales.

L'emprise du regard de l'autre contraint l'individu à une certaine conformité avec les règles et normes sociales, en échange, ce regard accorde au sujet, la satisfaction de son besoin vital de reconnaissance ; cette approbation nécessaire à la mobilisation pour chacun du sentiment d'exister selon une modalité continue et sécure est le pivot affectif du lien social dont parlait ELIAS. Elle ne se limiterait pas à la sphère du travail, elle concernerait toutes les interactions humaines dont elle constitue le fondement. C'est dans cet enjeu des interdépendances que se dialectise la question de la dépendance et de l'autonomie. Pour insister sur ce point, la primauté de la perception de l'autre sur le développement de la conscience de soi a été démontrée par George Herbert MEAD[419]. Un individu ne peut prendre conscience de lui-même que dans la mesure où il apprend à considérer ses actions à travers les échanges qu'il établit avec des personnes, elles-mêmes engagées et orientées les unes envers les autres.

[419] George Herbert Mead. L'esprit, le soi et la société. Première édition en angla
is en 1934. Paris, PUF collection « le lien social ». 2006.

Réflexions

ELIAS et SIMMEL nous ont permis d'aborder la forme des réseaux constituant le tissu social d'un individu à notre époque et dans notre société ; ce système comprend l'association de plusieurs cercles indépendants les uns des autres dont le seul point commun est le sujet entre autres, la pluralité des espaces invitant à la pluralité de rôles. Les systèmes traditionnels utilisaient des cercles de type concentriques contraignant un individu à un rôle l'obligeant à être garant des valeurs de son groupe d'appartenance quelque soit le lieu où il se trouve.

Il nous semble que la PI dans son fonctionnement adopte des points communs avec ce système concentrique traditionnel. Le secteur prônant justement l'unité de lieu et de temps favorisant donc la continuité des soins par une équipe dedans- dehors qui accompagne le patient dans sa vie « entière ». Le Club Thérapeutique mobilise les ressources participatives du patient, entre les patients et les soignants. TOSQUELLES décrivait Saint Alban comme le jardin du secteur dont elle dépendait, comme un centre névralgique, un lieu ressource, un Asile-Village. L'Asile est intégré au Village et vice et versa.

La PI nous donne ainsi le sentiment d'entretenir avec le patient une relation fermée dans laquelle, le patient ne peut rester que le malade vis-à-vis du soignant, il ne peut prendre d'autre rôle et ce malgré toute la bonne volonté de ce dernier considérer sa parole et son être au-delà de la maladie. Elle s'intéresse au « holding » de WINNICOTT, « La première forme de reconnaissance liée à la constitution et à la confirmation de la valeur de notre existence en tant qu'êtres d'affects et de besoins. C'est l'amour, au sens large, qui permet d'acquérir cette forme de reconnaissance, qui se traduit concrètement par une forme d'attention au besoin de l'autre, par un souci et un « prendre soin » visant à lui garantir des conditions de vie satisfaisantes. » comme le décrit HONNETH dans la théorie que nous venons d'aborder. A ce titre institutionnellement, nous aurions tendance à la considérer comme un principe maternant globalement, utilisant des modalités familiales de tissage des liens, favorisées par le refus de la hiérarchie statutaire : nourrissage, portage et espace de mise en jeu de la relation sur une tablature « espace contrôlé dans lequel l'incontrôlable de la rencontre » peut advenir. Il s'agit d'un espace relationnel créé « possibilisé » pour favoriser la rencontre. Un espace de travail où l'œil du soignant ainsi que son psychisme alerte des évènements. Elle ne reconnaît pas comme les stratégies de réhabilitation en tant que telles, elles sont intégrées comme appartenant au holding.

La RPS semble prendre une position que l'on pourrait qualifier de paternante. Elle au contraire ne tient pas compte de la dimension de holding dévolue à la famille ou aux structures médico-sociales ; pour elle, ce « care » à l'hôpital expose à induire un comportement de dépendance à l'institution de la part du patient et à favoriser la chronicisation. Elle favorise pour le patient un système d'étayage extérieur de type multicentrique vers lequel elle le mobilise pour s'intégrer. Les différents niveaux de reconnaissance abordés sont concomitants pour la RPS et doivent être accompagnés par plusieurs équipes, le soin devant se décentrer pour limiter la position de toute puissance.

Dans notre réflexion en nous rappelant la dispute de LE GUILLANT et TOSQUELLES, il nous a semblé complémentaire d'envisager les deux dimensions, de façon à répondre à des situations de patients différents.

La stigmatisation et déviance
Individu et Société 2

Introduction

La stigmatisation nous intéresse, comme nous l'avons vu en abordant les concepts de la Réhabilitation Psychosociale parce qu'elle est reconnue comme ayant une incidence négative sur l'égalité et l'inclusion sociale des personnes en situation de handicap psychique, sur leur accessibilité aux soins primaires mettant en danger leur santé, sur l'évolution défavorable de la maladie mentale.

La Stigmatisation est le troisième volet de « Individu et Société », après avoir analysé le Lien Social qui nous enseigne comment se construit et les Représentations Sociales en Psychiatrie, le Stigmatique nous enseigne comment une Société construit ses normes et comment et pourquoi elle opère un rejet de « qui en dévie ».

Il nous semble indispensable de nous appuyer comme un fil conducteur sur l'ouvrage de Erving GOFFMAN, *Stigmate, les usages sociaux des handicaps* pour conférer un cadre de réflexion à notre propos que nous débuterons en soulevant trois points comme approche préalable du concept de stigmate.

° Les Grecs inventèrent « le terme de stigmate pour désigner les marques corporelles destinées à exposer ce qu'avait d'inhabituel ou de détestable le statut moral de la personne ainsi signalée. Ces marques étaient gravées sur le corps au couteau ou au fer rouge, et proclamait que celui qui les portait était un esclave, un criminel ou un traitre, bref un individu frappé d'infamie, rituellement impur, et qu'il fallait éviter surtout dans les lieux publics.[420] »

° La question de la stigmatisation pose celle de la déviance[421], c'est-à-dire de la transgression d'une norme sociale. Il n'y a pas de déviance, s'il n'y a pas de norme, de transgression de la norme et d'instance pour repérer par des stigmates dans une logique de contrôle social ce qui relève de la transgression de la norme.

---

[420] GOFFMAN Erving. Stigmate, les usages sociaux des handicapés. Les éditions de Minuit, collection : « le sens commun », 1975.

[421] Concept développé par Edwin LEMERT, sociologue américain, école de Chicago, théorie de la stigmatisation. La déviance : normes, transgression et stigmatisation. Sciences Humaines, 1999, N°99, pp 20-25.

« Le normal et le stigmatisé ne sont pas des personnes mais des points de vue. Ces points de vue sont socialement produits lors de contacts mixtes, en vertu des normes satisfaisantes qui influent sur la rencontre. »[422]

A) La définition du stigmate

Le mot stigmate sert à désigner selon GOFFMAN un attribut qui jette un discrédit profond ; ce discrédit se définit par la relation établie entre le stigmate et celui qui le possède. « Le maniement du stigmate n'est qu'un rameau d'une activité fondamentale dans la société, à savoir le stéréotypage, le « profilage » de nos attentes normatives quant à la conduite et au caractère d'autrui (…) [423]»

Ainsi, la stigmatisation est le produit d'une structure de pouvoir social qui en favorise l'existence. Elle reposerait sur l'accès d'un individu au pouvoir social, économique et politique - en fait la citoyenneté -, qui lui-même permet l'expression de la désapprobation, du rejet et de la discrimination d'un autre.

1) Le rôle social du stigmate

a) Le passage de l'inconnu au connu

GOFFMAN utilise le terme d'attributs pour définir les repères que nous utilisons pour répartir les inconnus - et plus largement les personnes rencontrées dans le quotidien des échanges sociaux – dans des catégories. Ce contingent de signes et le procédé visant à les relier à du « connu » en l'occurrence à des représentations nous permet d'anticiper les dangers et favoriser une sécurité dans le quotidien. Nous permet également d'intégrer l'autre dans notre espace en d'autres termes de ne pas avoir besoin de s'en défier. Il s'agit effectivement en accordant un crédit à qui appartient à telle catégorie et un discrédit à qui appartient à telle autre, de s'attacher à considérer les notions de confiance, de sécurité, de dangers inhérentes aux relations humaines.

---

[422] GOFFMAN Erving. Stigmate, les usages sociaux des handicapés. Les éditions de Minuit, collection : « le sens commun », 1975, p 161.

[423] GOFFMAN Erving. Stigmate, les usages sociaux des handicapés. Les éditions de Minuit, collection : « le sens commun », 1975, p68.

b) L'information sociale

L'information sociale concernant un individu est constituée à partir d'un ensemble de signes « fréquents, stables, toujours recherchés et habituellement reçus[424] », auxquels une attention particulière est portée, que l'on appelle des symboles qui peuvent renvoyer à une position sociale prestigieuse, stigmatisante ou de désidentification – c'est-à-dire des symboles mettant en doute un ensemble cohérent en provoquant de l'inattendu selon une discrimination positive.

° Les symboles ou passage du signifiant au signifié

Les symboles de stigmates se réfèrent à une sémiologie « dont l'effet spécifique est d'attirer l'attention sur une faille honteuse dans l'identité de ceux qui la portent, et qui détruisent ce qui aurait pu être un tableau d'ensemble cohérent, avec pour conséquence un abaissement de l'appréciation ; ils peuvent être **institués** – c'est-à-dire il leur est attribué le rôle de donner de l'information sociale, comme la marque au fer rouge des bagnards –

Ils peuvent être **inopinés**, fugitifs comme les cicatrices de phlébotomie sur un poignet, pour lesquels l'information sociale apportée est indirecte. Un stigmate serait donc « un signe dont la présence transmet de l'information sociale contre la volonté du porteur ». De plus les symboles des stigmates dépendent profondément du groupe social d'appartenance du sujet, en effet, ce stigmate n'aura pas la même signification d'un groupe à l'autre.

° Les monstruosités, les tares de caractère et les stigmates tribaux

Il existe plusieurs types de stigmates : « les monstruosités » c'est-à-dire les déformations du corps mais également « les tares de caractère » dans lesquelles peuvent s'inscrire les pathologies psychiatriques comme d' « avoir été mentalement dérangé, emprisonné, drogué, alcoolique, homosexuel, chômeur, suicidaire, d'extrême gauche », à quelques exceptions près la litanie des motifs d'enfermement énoncée par FOUCAULT[425] ayant cours au XVIIème siècle et enfin, les stigmates tribaux comme la race, la nationalité, la religion, transmis de génération en génération et « contaminant » tous les membres d'une famille .

---

[424] GOFFMAN Erving. Stigmate, les usages sociaux des handicapés. Les éditions de Minuit, collection : « le sens commun », 1975, 59.

[425] FOUCAULT M. Histoire de la folie à l'âge classique. Paris, Gallimard, Collection Tel, 1972, p 688.

c) La visibilité du stigmate

° Le terme stigmate

Le mot stigmate, parce qu'il est relié aux représentations qui référencent la lecture du monde pour un individu, en venant signifié la « chose » ou le « signifiant », charge de sens péjoratif ce signifiant. Lorsque le « signe monstrueux » est visible, l'interaction débute par la perception puis le traitement du « signe » en stigmate. Lorsque le signe ne l'est pas, au cours de l'interaction, le « normal » perçoit du connu, l'interaction est favorable. Si le « normal »réalise que la personne est porteuse d'une infamie, d'une déviance au regard des normes sociales, sans qu'il ait pu en prévenir le processus de stigmatisation, s'opère pour rendre visible ce qui ne l'était pas et qui a trompé l'autre. Il s'agit de passer du non représentable au représentable.

° La stigmatisation

Les Grecs et l'Inquisition optèrent pour le fer rouge, et d'autres pour l'étoile jaune que ce soit au Moyen Age ou sous le IIIème Reich. Pour les malades mentaux d'autres formes sont utilisées comme le costume « le fou du village » ou « fou du Roi » ou bien encore de l'enfermer en un lieu qui « stigmatise » qui permet une localisation, un espace sérié que ce soit une tour ou un hôpital, constitue une démarche visant à discriminer pour rendre visible, repérable facilement. Ce processus d'ailleurs ne se fait sans une certaine jouissance.

° Perceptibilité ou évidence et la notoriété du stigmate

Au-delà du terme de visibilité, GOFFMAN glisse vers les termes de perceptibilité ou d'évidence, ce qui « saute aux yeux » en le reliant à celle de la notoriété du stigmate c'est-à-dire ce qui en est dit avant de le rencontrer, et de son importunité c'est-à-dire sa tendance à contrarier le flux d'interaction. Cette considération nous renvoie au concept de handicap, comme nous l'avons vu, qui ne prend sens qu'en fonction de la situation à laquelle il est confronté. Etre en fauteuil roulant à une réunion où tout le monde est assis, n'est pas foncièrement gênant en soi, bégayer à cette même réunion en présentant un projet central est un handicap sévère. L'interlocuteur bien attentionné qui voudrait ignorer ce défaut et ce concentrer sur le fond, devra déployer une énergie importante, - ramené continuellement à ce stigmate du fait même qu'il est au centre du discours - , pour s'en dégager. Il en résulte une mise en tension de l'interaction et de la relation qu'il est logique de fuir par économie psychique. Cet élément montre à quel point pour les « normaux » - toujours en référence à une situation donnée – se dégager de ce processus auto conservateur archaïque de discrimination-stigmatisation nécessite un effort au premier abord et une conscientisation du

processus pour s'en dégager ainsi qu'une ligne de conduite éthique. Outre la question de la mise en tension de l'interaction, des manquements à « l'étiquette de la communication » entrainent une rupture avec les mécanismes rétroactifs de l'interaction verbale notamment. L'importunité du stigmate fait également l'objet d'a priori quand au champ des activités possibles dont le stigmatisé est accrédité ou non, ce champ est appelé le foyer apparent du stigmate.

d) L'effet de rejet du sujet stigmatisé

° Le décalage est une menace

L'individu porteur d'un stigmate a le tort de provoquer un écart inacceptable et impensable pour l'autre « le normal » entre ce qui est et ce à quoi nous nous attendions. Ce « ce à quoi nous nous attentions » dans le comportement de l'autre est le crédit accordé à l'autre. Ce crédit est le fait que nous croyons capable cet autre de sociabilité. Cette capacité dont il s'agit a été abordée dans le champ théorique de la PI et de l'espace potentiel et transitionnel. Il s'agit de la capacité de contenir ses pulsions et de pouvoir satisfaire à une relation sociale dégagée d'agressivité et de menaces. En d'autres termes d'avoir accédé à l'intériorisation de la Loi c'est-à-dire à ce qui légitime ce crédit. Ce décalage dans la rencontre entraîne l'extinction des autres attributs notamment positifs et de tout ce qui pourrait élargir donc ouvrir le jugement porté, au contraire le stigmate entraîne une scotomisation du sujet et une réduction à cet attribut fâcheux. Le sujet en situation de menace ne parvient que difficilement à se dégager de ce processus. L'évidence est cette propension sociale à accorder du crédit à qui ne porte pas de stigmate. Le stigmate vient rompre cette cohérence, introduit un désordre qui bloque le fluide du déroulement du mouvement social. Il dérange l'autre dans « sa sécurité ».

Au fond ce qui est dit là, la conclusion implicite qui est tirée est « celui-là n'est pas vraiment humain, parce qu'il n'est pas capable de sociabilité ». Ce postulat permet par un montage théorique a posteriori par le jeu des représentations de justifier des attitudes discriminantes, en consolidant de cette façon le stigmate et la position du stigmatisé en le reliant de manière idéologique à d'autres disgrâces « logiquement » inhérentes à la première.

Réflexions

Il nous semble que ce point théorique visibilité, perceptibilité, évidence, et importunité du stigmate constitue un espace de réflexions pour comprendre la pathologie psychotique et envisager les moyens d'éviter que le stigmate n'entraîne le rejet.

La perte de la capacité de percevoir l'autre et la perte de l'intimité

La pathologie psychotique consiste en cette perte de la capacité à percevoir l'autre certes, mais plus précisément les capacités de l'autre, il ne pourrait au fond effectuer un processus de stigmatisation pour lui-même. En cela il crée une étrangeté dans l'interaction et ne peut s'ajuster à l'espace psychique de l'autre. Ceci nous permet de comprendre à quel point le stigmate est une métaphore de cet espace psychique, de cette intimité. Le sens des pratiques de soin en RPS comme l'entraînement aux habilités sociales me semble s'appuyer sur cette idée. Il s'agirait, en fait, de proposer aux patients des techniques leur permettant de mieux appréhender la relation sociale. Cette relation sociale pouvant s'entendre comme un espace où il s'agit d'être dans le « semblant » social, c'est-à-dire de protection de cette intimité comme nous avons pu l'aborder avec LACAN. Cette intimité et ce semblant social nous semble être essentiels en protégeant l'individu d'accéder à l'intime de l'autre et d'en jouir « gratuitement, hors échange » dans une fascination. Cette dimension nous permet de considérer que ce « semblant » de l'inaperçu est non seulement un intégrateur social mais aussi un régulateur des échanges, une zone d'ajustement repérée par les normes sociales.

Les normes sociales : résister ou collaborer, une autre alternative ?

Cependant travailler dans ce sens c'est se soumettre sans discussion aux normes sociales comme les convenances a minima et au fond, « entraîner » les patients à se soumettre au jeu social. Ce processus, cette posture pouvant être considérée comme aliénante pour le sujet, la RPS pourrait être alors perçue comme un outil d'aliénation sociale par le contrôle qu'elle permettrait. Cette situation nous ramène à PINEL et au rôle de validation médicale de l'enfermement négociant la tranquillité sociale. Ce reproche est l'un de ceux que la PI adresse à la RPS quand à ses techniques. En d'autres termes, le risque encouru d'agir à ce niveau est le glissement vers la manipulation par conditionnement – cette crainte est toujours présente dès qu'il s'agit de techniques ré éducatives qui « redressent » un sujet déviant – et la « collaboration » au contrôle social. Nous avons volontairement utilisé ce terme pour relier

l'idée qu'il porte au système de représentations auxquelles nous semble correspondre la PI, celui de la seconde guerre mondiale et de la Résistance.
En effet, cette période dramatique et traumatique – nous la reborderons d'une autre façon - a particulièrement montré le désastre provoqué par de telles techniques de stigmatisation discrimination mises au service de l'extermination avec la complicité de certains médecins.

La Société rejetante ou incompétente, à condamner ou à aider ?

La Société serait considérée implicitement, il nous semble, comme pourvoyeuse de rejets, stigmatisante, n'étant pas à l'écoute du message existentiel délivré par la folie. Cette position déclenche des comportements de soin protecteurs, enclins, comme nous l'avons déjà abordé, à victimiser le malade mental « aliéné socialement » car incompris. Nous caricaturons volontairement les traits pour dégager les dynamiques internes qui nous semblent s'opposer radicalement entre la RPS et la PI. La RPS considère qu'elle n'est ni bonne ni mauvaise, elle se structure avec des mécanismes de défense qui ont du sens et qu'il s'agit de comprendre pour les dépasser ; aussi, il ne serait pas possible de reprocher à la RPS une collaboration si elle ne se montrait pas investie dans le domaine politique et dans sa volonté de changer les représentations sociales. Nous verrons dans les intégrateurs sociaux combien ce débat montre à ce niveau une certaine complémentarité de la RPS et de la PI, la première s'adressant à la société politiquement, la seconde, il nous semble « au peuple » au sens noble culturellement.

Le grain de folie : ça grippe les machines

La PI considère **dans** la psychiatrie la présence de la « folie » en tant qu'espace noble comme l'écrivait les philosophes romantiques et les surréalistes, qui est porteuse de la vérité d'un sujet qu'il s'agit d'accepter et de respecter en l'état dès lors qu'il ne souffre pas. Pour la PI, la Société aurait à s'adapter à ce fait, elle a à entendre un autre discours que le sien, le sujet pouvant alors rester lui-même. La PI « n'exige pas » du patient qu'il change ses comportements sociaux dès lors qu'ils n'agressent pas l'autre physiquement ni verbalement, qu'ils ne sont pas réellement dangereux. Ces comportements étant « excusés » et résumés à la psychopathologie « l'aliénation mentale » qu'il s'agit de soulager.
Pour la RPS, la folie hors ou dans la psychiatrie n'est pas son propos. Elle se réfère à l'EBM. La dimension existentielle sous tendue par un rapport philosophie à la psychopathologie, non plus. Nous pourrions considérer sa position comme dans le traitement du diabète : donner au patient les outils que ce soit une seringue d'insuline, des informations pour gérer les hypoglycémies ou bien que ce soit un entraînement aux habiletés sociales, une injection de

neuroleptiques retard. Il ne s'agit pas de juger de la « justesse », à ce niveau, de la politique des normes sociales, comme il ne s'agirait pas de juger de la justesse physiologique de la norme glycémique ; l'action de soin ne peut être subversive dans la mesure où elle entraînerait l'exclusion du patient en le stigmatisant par le soin et en le contraignant à une sorte de relation de fidélité à une cause dans laquelle il serait pris du fait de sa maladie. La RPS reproche ce point à la PI, - dans notre actualité s'entend -, sans dénier le bien fondé de ses positions résistantes d'antan.

Un espace de transition

Peut-on envisager le soin en psychiatrie sans s'intéresser aux normes sociales, manifestement non, ce point paraît consensuel même si les approches sont différentes soit en créant un espace hors de ces normes auxquelles le patient ne peut prétendre, soit en entraînant le patient pour qu'il accède à ces normes. Cette question nous semble appartenir au patient, et le système de soin devrait pouvoir proposer les deux, de façon à tenir compte de ceux qui peuvent et de ceux qui ne peuvent pas, de ceux qui veulent et de ceux qui ne veulent pas. Au fond, la réhabilitation doit respecter que d'aucun puisse se sentir habilité en tant que sujet en opposition avec le système social. « Ce qui nous invite à la question philosophique « faut-il tolérer les intolérants ? »

Peut-on envisager le soin en psychiatrie sans s'intéresser au discours de la Folie, manifestement ce point fait divergence, pour la PI il est essentiel, il est garant du sens et du sujet alors que pour la RPS, il ne la concerne pas. La culture en ce sens qu'elle invite à la créativité nous semble être un intégrateur social et un moyen extrêmement puissant de changer les représentations sociales qui est envisagé par la PI et ainsi que par la RPS.

Pour l'heure continuons notre parcours théorique concernant la stigmatisation.

° Le statut et le vécu du stigmatisé

Le point de vue du stigmatisé est en général de la honte, conditionné à l'idée qu'il possède une chose avilissante ou qu'il lui manque des attributs pour figurer sur un pied d'égalité avec ceux de même catégorie sociale que lui. GOFFMAN décrit cette fracture de tonalité identitaire comme un écart entre l'identité sociale virtuelle et réelle, créant une mise en tension existentielle chez le sujet et le rejet chez le « normal ».

Selon GOFFMAN le statut du stigmatisé lui confère une place dans laquelle il se vit systématiquement comme inférieur ce qui l'entraîne vers un sentiment chronique d'insécurité intérieure ; chaque interaction sociale est comme une épée de Damoclès, elle implique

l'angoisse de ne pas être traité avec les égards élémentaires dus à tout individu ; le regard des autres comme un cercle vicieux est vécu comme capital pour restaurer une consistance d'existence et en même temps ne rassure jamais, plaçant le stigmatisé dans une situation de « qui vive » dans laquelle il ne peut jamais « être » et doit « faire semblant ». Il peut également avoir le sentiment d'être exposé sans protection, que sa vie privée peut être envahie, d'aucuns pouvant se permettre de l'interpeler directement par son stigmate quand il est visible. L'accès direct de l'autre à sa faille identitaire entraîne constamment une menace d'effraction et d'effondrement, qui signifie que l'espace de l'intime est mal défini versus l'espace public, des informations intimes étant susceptibles de fuir de manière hémorragique.

Le malaise induit par l'interaction mixte de la rencontre physique d'un « stigmatisé » et un « normal »

Ce sentiment de malaise naîtrait de la difficulté d'ajustement relationnel, le « normal » étant dépourvu de schème comportemental, il peut « faire comme si » le stigmate n'existait pas, surestimer ou sous estimer son interlocuteur, finalement n'être jamais « juste ». L'un des risques majeurs de cette problématique comme nous l'avons vu, qui pu être modélisé comme une déchirure entre identité réelle et virtuelle, est ni plus ni moins le rejet de la société par discrédit.

° L'entourage du stigmatisé

Face à l'adversité, le sujet peut alors trouver refuge dans un « monde réduit » fait de personnes compatissantes ce que GOFFMAN appelle « le cercle des lamentations » où l'adversité est estompée, acceptée et réconfortée le sujet y trouve la paix et la reconnaissance ; se créent une « micro société », enclave dans la société rejetante. Soit il s'agit d'une communauté de semblables c'est-à-dire de personnes vivant la même disgrâce, soit dans un ensemble « d'initiés » c'est-à-dire des personnes « normales » « qui pénètrent et comprennent intimement la vie secrète des stigmatisés ». Il s'agit en général d'un sujet marginal pour lequel une expérience de vie particulière le situe en capacité d'ajuster sa relation aux « stigmatisés » sans difficulté.

Les premières catégories d' « initiés » sont les personnels officiant auprès des personnes stigmatisées ; les autres pouvant être des personnes liées socialement à l'individu comme son époux (se), ses enfants, ses parents, ils ont la particularité d'être en situation de contamination du stigmate et prendre sur eux une partie du discrédit, en effet, se montrer avec un sujet stigmatisé en société, c'est donner aux autres de l'information sociale sur soi. Ainsi les familles des malades mentaux peuvent-elles témoigner que leur monde social se réduit

progressivement autant que celui de leur membre malade. La capacité du stigmate à se répandre rappelle l'image de la contagion et peut expliquer les processus d'enfermement utilisés pour les malades mentaux de façon à endiguer cette contagion vis-à-vis des familles et de la Société.

Actuellement, après avoir été en position de rejeter le malade et d'être rejetées par le corps médical, les familles se saisissent du stigmate et en font leur cause au sein d'associations comme l'UNAFAM au nom de cette contagion qui les légitime à se défendre. Dans cette logique, GOFFMAN[426] évoque un glissement « de la stigmatophobie du normal se trouve contre carrée par la stigmatophilie de l'initié » ; les stratégies de « portage » du stigmate à titre honoraire peuvent également provoquer des malaises dans les relations avec les « normaux » ; la volonté sous jacente implique tellement un désir d'acceptation, que la banalisation, voire la neutralisation du stigmate et de la différence, prime au risque d'exposer de manière violente le stigmatisé et le brandir comme fer de lance de la moralité non discriminative. C'est de la différence entre lui et le stigmatisé qui est mise en jeu, au même titre que le malaise dans la rencontre stigmatisé-normal est induit par l'écart entre porter un stigmate qui vous appartient et porter un stigmate de manière honoraire qui fait que le membre honoraire interroge une certaine marginalité à se situer ni dans le groupe des stigmatisés se demandant s'il est vraiment accepté ni dans celui des normaux pour lesquels il incarne l'exclusion qu'ils opèrent vis-à-vis des sujets stigmatisés.

---

[426] [426] GOFFMAN Erving. Stigmate, les usages sociaux des handicapés. Les éditions de Minuit, collection : « le sens commun », 1975, p 44.

2. L'intégration sociale

a) L'habituation

Pour parvenir à une certaine intégration sociale dans un espace « normalisé » comme nous l'avons abordé dans les concepts de CNANN de la Réhabilitation Psychosociale, certains handicapés témoignent d'un processus « de brèche dans la bonne éducation du monde » ou de « normalisation des cercles », par lequel le sujet stigmatisé s'efforce de passer à un registre relationnel d' « habitué », celui qu'on connaît, où les relations se détendent, où la vision catégorielle s'atténue et intègre les autres qualités du sujet notamment, des qualités qui ramènent du côté des être humains, des semblables. Il en résulte une position de plus en plus neutre au sens pondéré, ajusté émanant d'une estimation réaliste ni surestimé ni sous-estimé de cet autre étrange qui devient par ce travail psychique familier.

b) La tolérance

Ainsi le fait que les magasins à proximité des hôpitaux psychiatriques se montrent particulièrement tolérants à l'égard du comportement des psychotiques reflète ce phénomène de tolérance. Ce terme de tolérance est intéressant et à mon sens complémentaire de l'habituation ; étymologiquement il signifie, du latin tolerare, supporter, la démarche visant à accepter par vertu ce que l'on refuse spontanément car inacceptable, cet inacceptable se définissant comme contraire à la norme, aux valeurs et à la morale, en d'autres termes ce qui menace le lien social donc la cohérence sociale, donc la protection des individus. La tolérance au fond, comme dans le domaine technique est un espace souple défini pour permettre l'ajustement et l'écart par rapport à la règle, à la loi, c'est une zone de relativisation, de compromis, qui se différencie de l'indifférence dans le sens où elle requiert une conscientisation, une remise en question et un effort, un véritable travail psychique pour modifier les représentations dans leur zone périphérique comme nous l'avons vu. Cet espace rend la paix possible dans la mesure où les conflits sont maintenus à distance, un certain équilibre dans les intérêts de chacun et les efforts pour se supporter est atteint.

Cette représentation de cette zone qui n'est pas celle de la reconnaissance du respect et de la dignité de l'autre, est aussi celle du conflit interne à l'œuvre chez un individu « normal » qui accepte mais à contre cœur, qui fait avec ce qu'il ne peut pas changer comme l'installation d'un hôpital psychiatrique à proximité de chez soi. Dans la logique de LOCKE dans sa lettre sur la tolérance, il souligne que la tolérance n'est pas une valeur individuelle mais un dynamisme évoluant entre la réception de la règle et la capacité de l'Etat à la faire respecter.

Cependant, la tolérance a des limites qui sont celles de ne pas tolérer des comportements qui conduiraient à sa propre perte.

Réflexions

Les professionnels en psychiatrie : changement de paradigme

Il nous semble possible de rapprocher ce propos aux études évoquant le vécu des infirmiers psychiatriques se considérant comme des infirmiers « de seconde zone » par rapport à ceux, en soins généraux, valorisés par la technique et une gratification plus rapide, plus évidente des actes de soin mis en œuvre ; et s'assurant avant de venir travailler en psychiatrie de ne pas s'y trouver enfermés comme leur prédécesseur les ISP et les malades. Les stratégies de défense utilisées « pour échapper au stigmate » consistent, à notre sens, à ravaler les soins en psychiatrie à une technicité au travers d'actes de soin lisibles, préhensibles comme les injections, les contentions, les prises de constantes, ce qui se rapprochent le plus des soins généraux, de façon disent-ils à conserver une maestria, clé essentielle pour leur sortie, un passage en psychiatrie étant dévalorisé dans une trajectoire professionnelle. Il nous semble que l'une des différences entre les ISP et les infirmiers actuels, la réflexion pourrait s'étendre aux psychiatres et à la psychiatrie en général toujours en recherche de reconnaissance vis-à-vis de la médecine, consiste en l'engagement ; en effet, les « anciens » impliqués dans une lutte militante comme les tenants de la psychothérapie institutionnelle portaient le stigmate avec le patient et avaient à cœur de créer l'espace de soin notamment comme un lieu d'acceptation du stigmate, lieu où les soignants étaient véritablement des initiés et se valorisaient comme tels, lieu protégé où les patients n'avaient pas continuellement à négocier leur identité et leur faille narcissique au regard « des normaux, dehors ». Au fond le soignant de la PI créait et crée encore un milieu tel une famille au sens de GOFFMAN, où le stigmate était de l'ordre de l'ordinaire et s'inscrivait dans le quotidien, le sujet pouvant alors s'en dégager voire ne pas en avoir conscience et se faire valoir au-delà du stigmate. En général, l'école dit GOFFMAN comme premier évènement de socialisation constitue une épreuve morale, taquineries, sarcasmes, ostracismes, bref toutes les stratégies discriminatives possibles pour maintenir à distance cet être-pas humain. La rencontre amoureuse et la recherche d'un emploi en sont les étapes suivantes.

La Réhabilitation Psychosociale prônant fortement la «déstigmatisation », propose un concept selon lequel la problématique du stigmate est traitée par voie légale et politique.
Elle encourage la société de se doter de tous les moyens possibles pour garantir un accès aux « stigmatisés-handicapés ». Cette accessibilité vise à éviter la réduction du monde du stigmatisé, dont la trajectoire de vie, doit avoir légitimité à croiser celle de tous. La place de l'individu est dans la cité en milieu « ordinaire » pour la RPS, il ne s'agit plus d'utiliser l'espace de soin comme un asile où l'on se protège des agressions extérieures ; les valeurs d'autonomie soutenues sollicitent le patient à porter son stigmate et est encouragé à se l'approprier et à le maîtriser par voie éducative. Les soignants ne sont plus mobilisés à cette place de partage, et de portage qui est dorénavant demandée à la société et aux familles mais à une place de « prothésiste » faisant des handicapés psychiques des « héros de l'adaptation », « à la conquête du normal ».
Elle tend à procéder en sommant les individus par voie légale à se débarrasser de leurs préjugés et se comporter sans discrimination au risque d'être sanctionné ; d'une faute morale, la stigmatisation devient illégale ; en essayant parallèlement de modifier les représentations sociales comme nous l'avons vu dans le chapitre concerné.

---

c) La socialisation ou intégration sociale du stigmatisé

° L'itinéraire moral

Cette approche de la RPS vis-à-vis du handicap psychique nous invite à considérer les observations de GOFFMAN sur l'assimilation, l'identification, l'appropriation du stigmate par la personne atteinte ; c'est par ce qui est appelé « le cycle de l'affiliation » que le processus s'enclenche. « Dans tous les cas, que le groupe soit constitué ou non, c'est essentiellement en rapport à lui que l'on peut analyser l'histoire naturelle et l'itinéraire moral de l'individu stigmatisé [427]» il semblerait que l'une des étapes fondamentales est la découverte que les individus appartenant au groupe sont des êtres humains comme les autres ; la suivante, est parfois celle d'une hospitalisation vécue comme un moment d'impuissance mais aussi un moment propice à la réflexion et au réaménagement identitaire.

[427] GOFFMAN Erving. Stigmate, les usages sociaux des handicapés. Les éditions de Minuit, collection : « le sens commun », 1975, p 53.

Le processus de classification est un processus de discrimination des stigmates, c'est-à-dire un repérage de signes qui indique, permet d'identifie une entité pathologique en l'occurrence. Ainsi le premier traitement en psychiatrie a été de faire « un tri » des patients selon des stigmates stables inscrits corporellement donc tangibles, sur lesquels il était possible d'être assuré : le sexe, l'âge, le comportement selon le volume-espace occupé soit sur le plan physique soit sur le plan sonore définissant le degré de dangerosité et de contention nécessaire. En effet, c'est en référence à des modalités de cohabitation sociale de base, à savoir le respect de l'espace de l'autre que la discrimination de la folie s'est faite. L'itinéraire moral est décrit comme le parcours d'apprentissage du stigmatisé vis à vis de son stigmate qui comprend l'apprentissage de la position des normaux vis-à-vis du stigmate, la perception qu'il fait partie de ceux qui porte le stigmate, l'apprentissage du faux semblant et l'acceptation du stigmate. Cette dernière étape conduit le sujet à accepter son stigmate en le couvrant, « cette couverture » est selon GOFFMAN un procédé visant de la part du stigmatisé à diminuer les tensions dans l'interaction et d'aider le « normal » à se dégager de son stigmate. Cette dimension est extrêmement importante dans les techniques dites d'assimilation ; il ne s'agit plus de faire semblant mais de maîtriser dans une certaine limite l'impact du stigmate en attachant une attention particulière à « l'étiquette et les mécanismes de la communication » ce qui joue en faveur de l'individu stigmatisé quand à son assimilation sociale est la possibilité de mettre en évidence son intention de ne pas déroger aux règles sociales, au contraire de s'y plier au maximum de ses possibilités. Il s'agit de minimiser l'importunité de leur stigmate comme nous l'avons vu.

° La compensation

Au fond, les mécanismes de compensation prônés actuellement vont dans ce sens ; ils proposent aux stigmatisés-handicapés des moyens variés permettant la minimisation - sans banalisation – de l'importunité du stigmate de façon à détendre les interactions procurant le moins de malaise possible et d'entrave à la fluidité des échanges. Le processus de compensations interroge quand à la subtilité et au tact nécessaire dans ce processus pour être facilitateur sans nier le stigmate ce qui reviendrait rapidement à nier l'autre dans son identité ; on voit à quel point la marge est mince entre la normalisation au sens de la Réhabilitation Psychosociale – pouvoir accéder aux mêmes choix que les autres dans un espace normal – et la « normativisation » s'inscrivant dans une démarche de contrôle social d'une société qui vise à l'uniformisation. L'énergie, la considération et la dépense encouragées par les stratégies de compensation pourraient s'entendre comme constituant – si elles se font avec l'accord du stigmatisé, au rythme singulier de son parcours ou « itinéraire moral » et non

selon une exigence sociale de performance intégrative – la marque de l'attention portée socialement à la différence, à l'altérité. Ainsi, au fond, la possibilité de communication de sujets différents s'harmonisent-elles selon un système de convenances sociales qu'il ne s'agit pas de minimiser ni de dénigrer comme archaïsme social dont on devrait culpabiliser « les normaux » mais comme une condition essentielle de la rencontre possible. Cette « normativisation » est aussi appelée « normification » par GOFFMAN[428] qui met en garde contre le risque de devenir un « bon déviant » en l'occurrence « le héros à la conquête » de la norme sociale et de l'adaptation réussie, un sujet qui adhère parfaitement à la conduite prescrite, en totale adéquation entre son identité personnelle et sociale. Cette dimension est particulièrement interrogée par la PI soucieuse de lutter quant à elle contre l'aliénation sociale dont nous avons vu les implications dans le rapport de l'individu dans son rapport à la norme ou la critique formulée contre les techniques de Réhabilitation qui viseraient à soulager les « normaux » du poids de devoir considérer que porter un stigmate entraîne une souffrance vis-à-vis de laquelle ils ne sont pas étrangers. Nous entendons les normaux dans ce cas comme représentants du corps social. Ces techniques visant à restaurer une compétence sociale, une habileté sociale évitant une chute de la représentation du stigmatisé qui entraînerait la leur.

° La faute et la responsabilité

Il s'agit effectivement de cultiver une vigilance à ne pas exiger des stigmatisés de s'excuser d'être ce qu'ils sont comme s'ils en étaient coupables en leur demandant implicitement de « compenser » eux aussi vis-à-vis des « normaux » le désagrément que leur rencontre et leur existence provoquent pour le « normal » ainsi que la culpabilité pour le « normal » de voir apparaître et de mobiliser en lui des archaïsmes condamnables moralement. Au fond, il s'agit toujours en arrière fond pour le stigmatisé de s'excuser en déployant des stratégies de contournement, d'adaptation de déranger l'ordre social et en remerciant infiniment les « normaux » des efforts importants qu'ils font à son égard pour le tolérer comme si au fond il serait « normal » qu'il soit exclu et que ne l'étant pas c'est une grâce qui lui est faite. Ce type de relation est connue sous le nom de relation paternaliste ou colonialiste, particulièrement marquée de condescendance et niant ce que la RPS cherche à promouvoir c'est-à-dire l'égalité et la citoyenneté des stigmatisés-handicapés. Ainsi, l'intégration et la considération à leur égard n'est plus une faveur mais une obligation légale émanant de droits fondamentaux et

[428] GOFFMAN Erving. Stigmate, les usages sociaux des handicapés. Les éditions de Minuit, collection : « le sens commun », 1975, p 132.

inaliénables. Cette condescendance se voit suppléer par une transcendance, celle de La loi des Hommes, qui dit l'intégrité de l'Autre comme un individu entier, de valeur égale n'attenant pas à ses qualités morales, corporelles, intellectuelles, psychoaffectives mais à sa dignité, au poids ontologique de son être au monde. Par les lois luttant contre la discrimination ce qui est en jeu c'est la condamnation non plus de celui qui porte le stigmate comme la marque d'une infamie mais celui qui porte un jugement de valeur en s'octroyant des droits auxquels sa citoyenneté ne l'autorise justement pas.

°« La ronde journalière d'un individu stigmatisé »[429]

Pour GOFFMAN, cette ronde est un concept majeur car elle relie l'individu à ses diverses situations sociales. Il parle plus précisément de patients sortant de l'hôpital psychiatrique et bénéficiant de services de réhabilitation sociale, ils évoquaient leur difficulté et les stratégies de dissimulation du stigmate et l'angoisse qui découlait notamment dans le milieu professionnel de savoir « qui savait ou pas » ou la falsification des signes en les attribuant à une autre cause moins stigmatisée, ainsi, il est connu que les toxicomanes préfèrent ce stigmate à celui de schizophrène, moins infamant. Le stigmatisé doit déployer des trésors pour « sonder l'autre » finalement le « profiler » pour savoir si la révélation du stigmate entraînera la rupture ou pas. GOFFMAN évoque également, que les malades mentaux sortis de l'hôpital psychiatrique entretiennent des relations distantes et prudentes, allant jusqu'à ignorer une personne connue lorsqu'elle est avec des normaux pour éviter qu'elle ait à rendre des comptes et qu'elle ne soit « contaminée » comme nous l'avons vu par le stigmate. Dans cette situation l'ensemble des relations est modifié, toute relation obligeant ceux qui l'entretiennent à échanger une quantité convenable de détails intimes sur leurs personnes, en signe de confiance et d'engagements réciproques, il devient logique d'un individu notamment malade mental, discréditable, vivant dans un certain « faux-semblant » entretienne des relations distantes qui favorisent sa marginalité, pour éviter d'avoir à partager des détails intimes.

Cet apprentissage du faux semblant est une des phases d'appropriation et de socialisation du sujet stigmatisé.

° L'alignement sur le groupe

L'une des difficultés colossale du sujet stigmatisé est la gestion, la recherche de cohérence vis-à-vis du paradoxe vécu d'être dit « un être humain normal » mais de « se sentir à part ».

[429] GOFFMAN Erving. Stigmate, les usages sociaux des handicapés. Les éditions de Minuit, collection : « le sens commun », 1975, p 112.

Cette question nécessite d'observer le stigmatisé dans deux groupes distincts, celui portant le stigmate similaire et « les normaux », ceux qui ne le portent pas. Ainsi c'est au milieu de lignes de prescriptions des conduites que la vie du stigmatisé est encadrée l'obligeant à une vigilance importante dans les interactions de la quotidienneté, ainsi pour lui la quotidienneté n'existe pas en ceci, qu'il n'y a pas pour lui d'espace de banalisation. Il est dit « conscient de la situation », là où les normaux sont *dans* la situation considérée comme un background négligeable. En d'autres termes les processus d'ajustement ne peuvent jamais être en pilotage automatique, ils doivent rester sous contrôle continuellement. Le groupe auquel appartient le stigmatisé donne la partition des conduites à tenir vis-à-vis du stigmate.

« Par suite, le vrai « groupe » de l'individu, c'est l'agrégat de ceux contraints d'endurer les mêmes privations à cause du même stigmate, c'est en fait, la catégorie apte à le discréditer.[430] »

« Nous avons là à n'en pas douter, l'illustration évidente d'un thème sociologique fondamental : la nature d'un individu, que nous lui imputons et qu'il s'attribue, est engendrée par la nature de ses affiliations. »

« En d'autres termes, à moins qu'il existe une culture étrangère sur laquelle se rabattre, plus il se sépare structurellement des normaux, plus il en vient à leur ressembler culturellement. »

3) Le malade mental sujet discrédité ou discréditable ?

° La théorie de l'anomalie individuelle ou le médecin comme promoteur des théories du déterminisme individuel

Le médecin a justement cette position « ésotérique » qui le distingue du profane et qui grâce à son savoir lui permet de saisir des signes invisibles pour le quidam, lui donnant le pouvoir de confondre l'autre qui aurait voulu garder son identité secrète. D'où l'importance qu'une telle prérogative soit tenue en dehors de toute jouissance possible inhérente à ce pouvoir par le secret professionnel. Cette question a été très vibrante historiquement dans le contexte de l'expertise psychiatrique et du concept des monomanies, où l'enjeu était pour les juges de considérer ou non si les psychiatres en savaient plus qu'eux sur la folie, en ce sens que toute folie n'était pas visible ou accessible à un non initié. Le domaine judiciaire a longtemps cherché dans des techniques comme la phrénologie des techniques de mesure permettant de

[430] GOFFMAN Erving. Stigmate, les usages sociaux des handicapés. Les éditions de Minuit, collection : « le sens commun », 1975, p 134.

faire apparaître ce qui est des dispositions criminogènes d'un sujet, à son insu, avant tout passage à l'acte ; la loi sécuritaire contre la délinquance, dans sa version du projet de 2007, et le rapport de l'INSERM concourant à valoriser des marqueurs de trajectoire délinquante chez un enfant de quatre ans en étaient aussi un exemple.

« Au XVIII ème siècle, les scientifiques ont reproduit le préjugé selon lequel un individu déviant socialement ne pouvait être qu'un individu anormal biologiquement. Toute la vision évolutionniste de la culture occidentale le prédisait : à l'opposé de la civilisation raffinée, le criminel, la prostituée, le clochard, l'alcoolique, le fou ne pouvaient être que des erreurs de la nature incapables d'accéder à une vie normale et logiquement rejetés par la société.[431] »

L'explication biologique et son corolaire l'eugénisme domine dans l'entre –deux guerres. Ce courant aura cependant des difficultés à s'imposer en France même s'il est soutenu directement par des médecins nobélisés comme CARREL et RICHET, et plus indirectement E. TOULOUSE. Le préjugé naturaliste reprend un nouveau souffle par l'engouement médical dans les années 60 pour la recherche génétique s'appliquant notamment à rechercher le gène du crime ou de l'alcoolisme. Cependant, ces scientifiques ont eu la possibilité sans difficulté de poursuivre des recherches sur des cohortes de population pour tenter de prouver leurs allégations, ce qu'ils n'ont pas réussi à faire.

Conclusion

Entre inégalités sociales et discriminations sociales, lutter contre la stigmatisation

L'articulation du sanitaire et du social par un troisième terme

L'anthropologie de la santé[432] s'efforcerait d'articuler le sanitaire et le social en évitant la sanitarisation du social et la socialisation du psychiatrique. Il n'y aurait d'issue possible que dans l'interdisciplinarité entre sciences médicales et sciences humaines. Elle doit faire lien

[431] Concept développé par Edwin LEMERT, sociologue américain, école de Chicago, théorie de la stigmatisation. La déviance : normes, transgression et stigmatisation. Sciences Humaines, 1999, N°99, pp 20-25.

[432] A partir des réflexions de TAP P. Professeur émérite en psychologie à l'université de Toulouse le Mirail, codirecteur du centre de recherche en psychologie de l'université autonome de Lisbonne et ROUDES R. Psychologue consultante en ressources humaines. « Qualité de vie, souffrances et identité(s) ». Dossier : La psychologie de la santé et la clinique. Journal des psychologues. N° 260-Septembre 2008, p 42 à 47.

entre une épistémologie générale et une éthique et dans le même temps définir de nouvelles praxis, de nouveaux lieux, de nouvelles techniques. Les objectifs pourraient être :

Le terme de souffrance serait substitué à celui de maladie.

Porter un projet d'individuation sans être dans l'oppression

Produire des normes acceptables, appropriables par tous

Favoriser le phénomène d'habituation en légiférant

En promulguant la loi contre la stigmatisation et les discriminations, le point d'impact est de contenir le rejet immédiat en contraignant d'aucun à se confronter dans la quotidienneté à la problématique de la différence de l'autre, en le confrontant à un conditionnement à la présence de l'autre. La Loi vient arrêter le processus et exige la tolérance. Il nous semble que cette première étape est indispensable pour conduire à la seconde : la reconnaissance de l'autre.

Ce processus est appelé l'inclusion active, nous l'abordons de manière concrète dans le chapitre de l'exclusion sociale.

Favoriser une approche culturelle

Il nous semble que les mécanismes en jeu dans la stigmatisation et les représentations sociales étant très puissants et irrationnels, la voie informative et explicative pourraient être vouées à l'échec. L'approche culturelle nous intéresse particulièrement dans le sens où elle s'adresse à l'individu à un moment de disponibilité psychique propice à une rencontre ; il faut être soi suffisamment en sécurité et valorisé pour pouvoir laisser en soi de l'espace à l'autre.

Une démarche d'accompagnement au changement

La démarche d'aller voir un film, une exposition, lire un livre ou un article, est volontaire et marque une propension du sujet à l'écoute à une envie « d'autre chose » comme pour l'exposition sur la Mélancolie ayant connu un succès extraordinaire. L'utilisation de supports auxquels la population est sensible comme internet, la télévision, les messages publicitaires comme la campagne en faveur des personnes handicapées « si vous prenez leur place, prenez aussi leur handicap ».

Les Représentations Sociales en psychiatrie

L'Individu et la Société 3

Introduction

Après avoir abordé le Lien Social dans une première partie, nous nous proposons dans la suite logique de nous intéresser aux représentations sociales qui, nous allons le voir constituent la cartographie avec laquelle l'individu décrypte le monde, de telle sorte qu'elles contribuent étroitement aux liens sociaux et déterminent l'inclusion ou l'exclusion d'un sujet.

Comment notre société perçoit-elle le malade mental ?

Les études montrent une représentation de la psychiatrie et de la maladie mentale très péjorative fortement imprégnée d'incurabilité et de dangerosité. Du fait de cette dimension péjorative, les patients n'accèderaient pas, par honte et humiliation aux soins nécessaires à leur état de santé. Compte tenu de l'impact très grave de ces représentations imputant gravement les possibilités de soins pour les malades, les politiques de santé ainsi alertées ont institué comme un des objectifs fondamentaux de prise en charge du soin en santé mentale des stratégies de communication à l'intention du grand public pour tenter de modifier ces représentations de la maladie mentale.

Afin de pouvoir se faire une idée de l'ampleur de ce phénomène, nous présenterons les études ayant tenté de cerner de problème ; puis nous appréhenderons la définition des représentations sociales en faisant appel à des concepts de sociologie et psychologie sociale ; ensuite nous retracerons de manière synthétique une histoire et une conceptualisation des représentations de la folie, de l'aliéné et du malade mental, nous conclurons par une réflexion sur les mesures prises et à prendre au regard de ce problème.

A) Les études ayant trait aux représentations sociales de la folie, de l'aliéné et du malade mental

1) **Aux Etats Unis le Directeur Général des Services de Santé ou Surgeon General, publiait en 1999 un rapport sur l'état mental de la société américaine**, à partir d'études menées depuis 1996 faisant un parallèle avec celles menées en 1950 sur l'attitude des américains vis-à-vis de la maladie mentale. En 1996, il est démontré que les américains avaient acquis une meilleure connaissance de la maladie mentale mais

que ce progrès n'avait en rien désamorcé le climat de honte et de rejet qui règne dans la société vis-à-vis des « fous ». A été proposée une double analyse de ce sujet mettant en cause

° D'une part l'influence des médias, ne parlant de maladie mentale qu'à l'occasion de drame notamment à connotation de dangerosité pour la société comme des tueries ;
° D'autre part, la désinstitutionalisation à l'œuvre aux Etats Unis comme nous l'avons vu précédemment, dont les promoteurs espéraient une déstigmatisation des malades mentaux du fait de leur réintégration dans la vie de la cité. Le processus de familiarisation et d'habituation portait cet espoir.
° Ce qui vient souligner l'échec de cette politique de soin selon le Surgeon General est le fait que la moitié des américains souffrant de troubles mentaux ne se font pas soigner ; pour lui cette « réticence » serait due au fait que le diagnostic posé de pathologie psychiatrique revêt un caractère si infamant dans la société américaine, qu'il est insupportable de la porter sans perdre sa respectabilité sociale ; maladie mentale signifiant donc clairement exclusion sociale.

2) Dans le cadre de la préparation de la loi d'orientation en santé publique, Philippe CLERY-MELIN, Viviane KOVESS et Jean-Charles PASCAL[433]

Ils attirent l'attention sur les problèmes posés par les soins psychiatriques sous contrainte et précisent que « cet état de fait conforte et entretient les représentations mentales de la population qui assimile l'hôpital psychiatrique à une prison ; la peur du délinquant et la hantise de l'évasion poussent à l'enfermement dans les cellules d'isolement et à la contention à l'hôpital. Cela est tout à fait inadmissible pour les services de psychiatrie ouverts à toute population et qui ne peuvent accepter l'enfermement comme mode de soins ».

3) **Une enquête française[434] réalisée en 1998-2000 sur les images de la santé mentale en population générale a été publiée en 2001**.

Elle visait deux objectifs : évaluer la prévalence des principaux troubles mentaux et décrire les représentations de la folie, de la maladie mentale et de la dépression. Plus de 900 interrogatoires sur 7 sites ont été réalisés soit 10 882 personnes. Pour 80 % des personnes interrogées, les structures extrahospitalières comme lieu de soins sont ignorées, l'hôpital

[433] Philippe CLERY-MELIN, Viviane KOVESS et Jean-Charles PASCAL. Agir aux racines de la violence, Contribution à l'exercice de préparation à la loi d'orientation en santé publique de mars 2003.
[434] Enquête réalisée par l'Association septentrionale d'épidémiologie statistique avec le concours du département d'informations et de recherche médicale ou le DIRM de l'EPS de Lille Métropole et centre collaborateur de l'OMS, le CCOMS en 2001.

psychiatrique restant le lieu « des fous » où sont administrés les traitements. 34 % des personnes interrogées présenteraient un trouble psychiatrique au moment de l'enquête.

Concernant les représentations sociales, il s'agissait sur le plan méthodologique d'associer, pour les personnes interrogées, un des 18 items proposés aux termes : « fou », « malade mental » et « dépressif ». De manière significative, encore au XX ème siècle, ces termes « fou » et « malade mental » sont associés à violence, dangerosité et incurabilité tandis que « dépressif » renvoie à tristesse, mal être, curable en dehors de l'hôpital, ce qui incline à penser que « dépressif » bénéficie d'une meilleure acceptation sociale, se défaisant d'adjectifs péjoratifs qui justifieraient une exclusion.

Cette étude va également dans le sens de l'étude américaine : une meilleure connaissance des maladies mentales par une meilleure information ne désarme pas la stigmatisation, du fait semble-t-il de quatre raisons principales :

Une image floue des évolutions en cours ;

L'absence d'un discours unitaire des professionnels de la psychiatrie ;

Un système de santé mentale encore balbutiant ;

Le statut, en propre, de la psychiatrie

4) **Les représentations sociales des soignants de la psychiatrie**

Les soignants sont les héritiers des gardiens de fous, décrits imaginairement comme, « de sujets incultes et brutaux ». Le manque d'attractivité[435] de la profession d'infirmiers en psychiatrie a fait l'objet du mémoire de cadre de santé de J.-C. TRABOUILLET[436] ayant mis en évidence que la spécificité psychiatrique serait vécue par les étudiants en soins infirmiers comme dévalorisante ; une orientation vers la psychiatrie conduirait pour l'avenir à « une moins grande employabilité et à la crainte d'être soi-même enfermé dans la psychiatrie. Par ailleurs, la difficulté de conceptualisation des soins infirmiers en psychiatrie serait liée à la part importante de réponses relationnelles et sociales que requiert la maladie mentale. Et les aspects techniques et médicaux du soin prévaudraient contre les aspects relationnels et sociaux.»

---

[435] PIEL E. et ROELANDT J.-L. Rapport De la psychiatrie vers la santé mentale, rapport de mission, juillet 2001. Dans leur rapport, figurait déjà en 2001 un manque d'attractivité de plus en plus flagrant de la psychiatrie pour les jeunes infirmiers en moyenne 1/30, la pénurie d'IDE en elle-même aggravant sans doute la problématique.

[436] TRABOUILLET Jean-Claude, cadre de santé au CH d'Abeville (80). Les représentations sociales influencent-elles le choix de l'exercice en psychiatrie ? Soins Psychiatrie, N°229, novembre/décembre 2003, p 30-32.

° La représentation majeure sous tendue est celle que les soignants, par perte de leur compétence technique, se trouveraient enfermés en psychiatrie.
° La seconde représentation est que la formation initiale les confronte à un sentiment d'impuissance ; en résumé, leur carence serait celle de la formation.
Selon les étudiants, pour remédier à ce défaut d'attractivité, il faudrait modifier la formation initiale en proposant « des techniques » de soins relationnels, pour exercer convenablement en milieu psychiatrique. En d'autres termes, adapter le soin en psychiatrie, aux modalités de soins protocolisés des milieux de soins généraux, ce qui semble induire une valorisation du soin psychiatrique qui ne ferait pas chuter la possibilité d'employabilité en dehors de la psychiatrie, au fond qui garantirait la possibilité d'y échapper avant même de l'avoir intégré.

Réflexions

L'exercice du soin en psychiatrie, en effet, semble mettre à mal la polyvalence, c'est-à-dire la qualité fondamentalement requise de l'infirmier, valorisée par le décret de compétences infirmières qui en fait un professionnel tout terrain, hyperadaptable. « Ils ne désirent pas de recettes, mais acquérir un savoir faire évolutif. La psychologie relationnelle (méthode des cas, relation d'aide, écoute, interactions, distance thérapeutique, groupe Balint…) apporterait de toute évidence une réponse à leurs insuffisances pratiques. »
La spécialisation des infirmiers exerçant en psychiatrie est de nouveau discutée mais déclenche des réflexions sur le risque d'être de nouveau enfermant par ce biais pour la profession reposant la question du « à part » de la médecine et d'une moindre flexibilité et polyvalence des ressources humaines. La question de la spécialisation soulève celle de l'engagement. Au fond qu'est-ce qui fait qu'un infirmier anesthésiste ou puériculteur ne s'interroge pas de la même façon sur un risque d'enfermement dans sa discipline ou sur le risque de perte de technicité du fait de l'utilisation d'une technicité hyperspécialisée. L'identité de l'infirmier psychiatrique est-elle commune à celle des infirmiers en soins généraux ; le premier niveau de différenciation géographique est-elle significatif quant à cette problématique ; la notion d'équipe est-elle différente ?

5) **En mars 1994[437], à l'occasion de l'ouverture des journées sur « les rencontres de la psychiatrie », Simone Veil, ministre d'état des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville, annonce la création d'un comité de pilotage sur « l'image et la communication en santé mentale ».**

Ce comité fonctionne sous l'autorité du Professeur ZARIFIAN regroupant autour de lui des personnalités diverses. Il s'agissait de dresser le bilan de l'existant en matière de communication, d'étudier des solutions et de faire des propositions d'action. L'un des axes considéré fut l'image de l'institution psychiatrique en liaison étroite avec l'amélioration des droits et de la citoyenneté des patients.

Plusieurs enquêtes portant sur l'image de la psychiatrie dans le grand public et auprès des professionnels ont été analysées ou produites par le Comité de Pilotage.

L'image de la psychiatrie dans le grand public :

En 1989, une enquête de Robert WOOD de la Johnson Foundation Program est conduite auprès de 1300 américains de plus de 21 ans, de Pennsylvanie et Columbus à propos de leurs attitudes face à la maladie mentale chronique et aux maisons qui accueillent les malades[438]. Parallèlement, une étude lancée à Paris en 1993 à l'initiative de PSY COM 75, syndicat inter hospitalier[439] : 1700 parisiens, familles et professionnels (assistants sociaux, médecins généralistes, responsables d'association et membres des hôpitaux psychiatriques) ont été interrogés. Ces deux études ont en commun de montrer que pour les non professionnels, « les maladies mentales sont perçues comme fréquentes et croissantes et représentent un problème qualifié de sérieux ». 65 % des Américains évoquent la peur du stigmate et perçoivent ces maladies de manière péjorative. Pour les américains, la dimension sociale n'apparaît pas comme pouvant contribuer à l'émergence de ses pathologies, contrairement aux français ; pour les deux, un environnement social satisfaisant est aidant et peut améliorer les troubles psychiques. Pour 75 % des américains, n'importe qui peut développer une maladie mentale contre 50 % en France.

En France, la folie est marquée par l'hérédité, l'inexplicable et l'incurabilité. Pour 75 % des américains, elle est transmise par des perturbations physiques (maladies du cerveau, stress,

---

[437] ROELANDT J.-L. La mariée était pourtant belle…Nervure, Tome IX, N°9, décembre 1996/ janvier 1997.

[438] Public Mental Health Marketing, Developping a consumer attitude,Douold R. Self, DBA Editor, Robert WOOD, Johnson Foundation, Boston, Massachusset, 1989.

[439] PSYCOM 75, 1992-1993, Etudes sur l'image des maladies mentales à Paris.

alcool, drogue) et est considérée comme curable. Le manque d'information est patent pour les deux, pour les américains les médias constituent leur source d'information de 75 % à 90 % même s'ils la qualifient de peu crédible.

La dangerosité du malade est abordée de manière ambiguë et mitigée. La question de la tolérance est difficile à approcher ; 20 % des français expriment une gêne à envisager un voisin malade mental ; la prépondérance du phénomène du NIMBY ou Not In My Back Yard ou « Pas sur mes plates bandes » : 53 % des américains pensent que les malades mentaux doivent vivre entre eux en communauté, 1/3 étant très réservés à l'idée de l'installation d'une telle structure près de chez eux. « Etre tolérant et progressiste oui mais pas sur mes plates bandes ».

B) Définition des représentations sociales

1) L'être au monde

a) La reconstruction de l'objet

Les représentations sociales sont considérées comme « à l'interface » du psychologique et du sociologique : selon Denise JODELET, incontournable de part son ouvrage sur *les Représentations Sociales* [440] , les définit comme suit : « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social. » ou encore « le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu, ou un groupe, reconstruit le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique. » Le sujet procède à un remodelage mental » c'est-à-dire une véritable reconstruction de l'objet donc de la réalité en se référant aux valeurs, croyances et modèles du groupe social en vigueur pour cet individu. Cette disposition canalise, modifie, régule et oriente l'activité de production des individus. Ces représentations sociales permettent la communication entre les individus, mettant en évidence le double champ d'interaction entre sujet et les autres ; et les autres et le sujet.

b) L'instrument de compréhension de l'Autre

« Toute représentation mentale est représentation de quelque chose et de quelqu'un. Elle n'est donc ni le double du réel, ni le double de l'idéel, ni la partie subjective de l'objet, ni la partie objective du sujet. Elle est le processus par lequel s'établit leur relation[441]. » Il s'agit d'un

[440] JODELET Denise. Les Représentations Sociales. Paris, PUF, 1997.

[441] JODELET Denise. Folies et Représentations Sociales, Paris, PUF, 1989.

instrument de compréhension de l'Autre, défini en tant que sa place sociale et la stratégie pour le rejoindre et le rencontrer. La représentation sociale entretient avec son objet un rapport de symbolisation « elle en tient lieu » et un rapport d'interprétation « elle lui confère des significations ».

Selon DOISE W.[442] c'est « comme des principes générateurs de prises de position liées à des insertions spécifiques dans l'ensemble des rapports sociaux. Quelles sont ces insertions spécifiques ?

c) Système de valeurs, de croyances, de références participant de l'identité

« Les représentations sociales constituent donc des tentatives de compréhension d'un environnement social donné exposé à une controverse ou une absence de certitude a minima. Elles se réfèrent à l'interface de la psychologie individuelle et sociale, elles font appel à un système complexes de valeurs, de croyances, de références, d'appartenance, participant de l'identité. Celle de la folie serait une modalité de réponse à une question éthique posée par la folie ontologiquement, l'altérité. Le fou est-il notre alter ego ?

C'est par l'intermédiaire de deux processus que peut s'approcher la question des représentations sociales :

2) le processus d'objectivation et le processus d'ancrage.

a) Le processus d'objectivation

Le processus d'objectivation qui « rend concret ce qui est abstrait » selon DOISE procure des métaphores imagées de réalités abstraites et matérialise les notions complexes.

La pensée sociale à laquelle correspondrait ce processus viserait selon ROUQUETTE[443]la simplification d'éléments d'information relatifs à l'objet, la concrétisation de notions en faisant correspondre des choses aux mots et le résumé à grands traits selon une logique interne au groupe. Ce n'est qu'à ce prix de transformation de l'information – simplification, résumé, inscription dans la logique – qu'elle pourra être communicable. Elle est donc schématisée cette information, sélectionnée pour former ce que MOSCOVICI[444] appelle « un noyau

[442] DOISE W. Textes de base en psychologie. L'étude des représentations sociales, Delachaux et Niestlé, 1986.

[443] ROUQUETTE M.-L. La pensée sociale. In : MOSCOVICI S. Introduction à la psychologie sociale. Paris, Larousse, Tome 2, 1973, p 298-326.

[444] MOSCOVICI S. La psychanalyse, son image et son public. Paris, PUF, deuxième édition, 1976.

figuratif », un ensemble cohérent et imagé, faisant l'acquisition par là d'un statut d'évidence le rendant « non discutable » ; il s'intègre dans la réalité selon « le sens commun ».

b) Le processus d'ancrage

Le processus d'ancrage « concerne l'enracinement social de la représentation et de son objet » selon JODELET. L'intégration, pour un sujet, d'un objet nouveau s'opère en référence à des croyances et des valeurs et des savoirs qui préexistent et qui dominent pour un groupe donné. Il s'agit d'un processus par lequel on va rendre familier ce qui est étrange selon MOSCOVICI, l'objet fait sens uniquement s'il est intégré dans un réseau de significations selon un système hiérarchisé de valeurs sociales. L'ancrage c'est « accrocher » quelque chose de nouveau à quelque chose d'ancien pour l'intégrer ; pour ensuite permettre une transformation réciproque des deux l'objet nouveau et le cadre ancien, dans un double mouvement. Appréhender, interpréter, penser la réalité quotidienne c'est le rôle des représentations sociales.

3) Organisation des représentations sociales

Une représentation est constituée par un ensemble d'éléments inter reliés par une relation productrice de sens ; ces éléments significatifs minimum ont été appelés par CODOL des « cognèmes » et les a situés dans une organisation de structure de même que les travaux de GUIMELLI[445]pour lequel la représentation est organisée en deux composantes : un noyau central et un système périphérique.

a) **Le noyau central**

Il se caractérise par une fonction génératrice par laquelle est attribuée une signification éventuellement modifiable aux éléments de la représentation ; la fonction organisatrice par laquelle la nature du lien qui unit tous ces éléments est déterminée ; une propriété de stabilité est conférée par un principe de rigidité et de résistance aux transformations. Ce noyau est construit selon un contexte, une imprégnation historique, sociologique et idéologique. Il dépend fortement de la mémoire collective et à une valeur de fondation qui homogénéise le groupe de manière consensuelle.

[445] GUIMELLI C. Structures et transformations des représentations sociales. Delachaux et Niestlé, Paris, 1994. In : GUIMELLI C., professeur et chercheur en psychologie sociale en cognition socialeà l'université de Montpellier III et PENOCHET J.-C., psychiatre des hôpitaux à Montpellier. Représentations sociales, image du psychiatre et de la psychiatrie. Nervure. Tome IX, N°9, décembre 1996/janvier 1997.

b) **Le système périphérique**

Il donne un espace de liberté pour l'individu pour moduler ses représentations vis-à-vis du groupe selon son expérience et son vécu ; il permet un processus de différenciation à partir d'un ancrage commun « le semblable ». C'est un espace d'adaptation, de négociation par rapport à ce qui est contradictoire pour permettre au fondement de la représentation de conserver son unité et sa vocation princeps.

Ces deux systèmes sont étroitement dépendants l'un de l'autre, par complémentarité de rôles ; la fonction normative et théorique, centrale d'une part et la fonction adaptative et pratique, périphérique d'autre part.

4) **Les représentations auraient plusieurs dimensions** : L'élaboration des représentations n'est ni rationnelle ni logique.

La dimension informative constituée des informations et des savoirs que nous possédons sur un sujet ; elle varie en quantité et en qualité selon le niveau de culture et de compétence ;

La dimension de représentations c'est-à-dire le degré de cohérence que nous donnons à notre pensée pour agencer les informations et savoirs recueillis quelles que soient leur quantité et leur qualité ; même avec très peu d'éléments une représentation peut se construire quitte à déformer l'information pour boucher un trou et conserver une cohérence ;

La dimension d'attitude est une orientation générale envers le sujet, positive ou négative. Chaque objet entrant dans notre champ de conscience est catégorisé et classé en fonction de nos valeurs sociales et morales ce qui oriente nos conduites. Il semblerait que cette dimension d'attitude préexiste aux deux précédentes, nos valeurs et nos préjugés orientent notre jugement et notre conduite ; les informations sont triées selon cette orientation et non selon leur pertinence ; ainsi nous choisissons les informations qui vont dans le sens de nos valeurs et négligeons les autres notamment celles qui nous feraient remanier la cohérence du système.

L'attitude est cette position du sujet faite de ses valeurs qui constituent sa grille de lecture des informations, sa stratégie de catégorisation des informations ; elle peut être négative ou positive qui prédisposent aux modalités de l'action et de la conduite.

Les représentations répondraient de quatre grandes fonctions : « fonctions de savoir » pour comprendre et expliquer la réalité ; puis « des fonctions identitaires » permettant a posteriori de justifier des comportements ; des « fonctions d'orientation des conduites » guidant nos pratiques et enfin des « fonctions justificatives »comme mise en concordance de l'agir tel qu'il est représenté et du comportement dans la réalité en lien avec une pratique réelle.

5) Quelles sont les représentations sociales de la folie dans l'histoire

La folie, un monde à part

a) **Pendant l'Antiquité**,

les désordres psychiques font partie de la médecine hippocratique et bénéficie d'une approche étiologique identique à celle des autres troubles à savoir une analyse fonctionnelle de dysfonctionnement cérébral selon la théorie des humeurs, obéissant aux concepts selon lequel une maladie était une rupture de l'équilibre du corps-psyché indissociable, indépendante d'explication religieuse à type de punition. Le traitement social qui en découle associe un système d'hospitalisation, d'isolement au même titre et indistinctement par rapport aux autres pathologies, le repos étant le principe thérapeutique princeps pour Hippocrate qui voit là le moyen de potentialiser les ressources du sujet pour lutter contre ce qui l'agite.

Les Romains développent un système juridique statuant sur la responsabilité du malade mentale jusqu'à concevoir le tuteur pour la prise en charge des biens des « irresponsables ».

La question de l'exclusion sociale chez les Romains ou les Grecs est à envisager dans une lecture politique autour de la question de la citoyenneté.

b) **Au Moyen Age**

° Le lépreux

la représentation sociale du fou s'associe de manière analogique à celle du lépreux frappés de cette maladie venue d'Orient par les Croisés et de son corollaire l'exclusion de la cité et de l'église, selon des modalités très spécifiques. Excommuniés pour avoir déclenchés la colère de Dieu, ils restent cependant inséparables de la Grâce de Dieu le très miséricordieux. Ils vivent donc dans un monde à part, dans les léproseries, à distance de la Société. Le Bien et le Mal inscrivent dans les représentations une dialectique forte dichotomique dans laquelle sera pris le fou du Moyen Age. Il est cependant sacré car possédé, craint car aux prises avec des forces surnaturelles.

c) Divertir de la mort

Le thème de la folie selon FOUCAULT au Moyen Age prend la place de la lèpre comme pour détourner la peur de la mort. C'est de divertir de la mort et de l'absurdité de la vie que le fou est chargé.

° L'idiot

Il s'agit d'abord de l'idiot du village, pauvre d'esprit, vagabond, son statut d'handicapé mental était établi, nul ne lui reprochait de ne pas travailler le sachant incapable, on lui faisait la charité en échange de ses pitreries qui faisaient rire dont il forçait la note ; sollicités dans les diverses festivités, sa présence divertissante devient traditionnelle et incontournable ; il avait un statut de personnage de la ville.

° L'homme à la marotte, le fou populaire

Les fous de la fin du Moyen Age errent dans les villes et constituent une menace. Ils sont chassés hors de la ville, laissés au seuil ou embarqués sur des bateaux marchands sans destination comme en Allemagne ; la référence littéraire en la matière est la Nef des Fous ou *Narrenschiff*, de Sebastian Bant, dont les derniers feuillets paraissent lors du Carnaval de Bâle en 1494, il y montre une « cargaison de gnomes contrefaits, s'agrippant les uns aux autres dans un enchevêtrement d'oreilles d'âne tordues en tout sens et secouant leur grelot à la face du ciel. » L'image du fou telle qu'elle intrigue BRUEGEL ou BOSCH n'est ni un corps ni un visage mais un costume aux attributs symboliques. L'âne prête ses oreilles aux chapeaux clownesques, la folie est ainsi synonyme d'ignorance. L'habit aux multiples pièces cousues en tout sens n'est que frasque et dispersion, en jaune[446] et vert – des influences maléfiques seraient prêtées au safran, sensées entraîner des excès de folie - couleurs de la folie. La marotte – terme venant de Marie, donnant ensuite une mariolle c'est-à-dire une figure sainte ou une poupée au XVème siècle et une marotte - sceptre dérisoire, surmonté d'une tête de fou, double ridicule du roi. Vers le XVIIIème siècle, il reçoit un costume.

° Le fou du roi

Le fol du Roi réintroduit l'imprévisible dans le rituel de la cour. Il s'habille finalement pas tant comme un fou que comme un roi.

Le bouffon atteint de folie foliante, c'est-à-dire joyeuse et sans danger[447]

Il en serait fait mention déjà dans la Bible, à Rome, au Moyen Age notamment. Il obtient un statut officiel sous Philippe Le Bel. La folie est promue au rang d'institution présentant des avantages matériels, des privilèges qui étaient aussi convoités que le pouvoir à la Cour. Les dispositions particulières recherchées pour devenir fou du Roi n'étaient ni la difformité physique, ni l'infirmité cérébrale, ni la laideur mais la capacité de divertir le roi par

---

[446] Le « jaune » dans le jargon syndicaliste est celui qui trahit lors d'une grève ; une femme infidèle accommodait ; son mari au safran. Elle est aussi la couleur infamante de l'étoile juive, en 1254, obligation fut faite aux juifs de porter sur le ventre une pièce d'étoffe jaune ; le IIIème Reich renouait par cette étoile avec une tradition antisémite Moyen Ageuse. Le vert était l'emblème de la ruine et du deshonneur.

[447] SUTTER Jean. Les Fous de Cour. Synapse, octobre 88, N°47, p 38- 45.

l'inattendu à produire sur commande, la bousculade, le mélange de l'irrévérence et du respect savamment dosés, la multiplicité des rôles, des voix. Il a le droit de tout dire tout faire y compris le politiquement incorrect mais à condition de divertir.

D'autre part, le fou est aussi celui qui dit les vérités, la raison étant falsifiée ou affublée de la caricature du ridicule, de celui qui ne peut être pris au sérieux et aux propos duquel on ne prête que peu de crédit. Le contenant et le contenu se décalent pour produire le rire de la comédie burlesque de la folie.

Au XVI ème siècle, la Renaissance, les fols perdent leur caractère de créations populaires chargées d'un message archétypique. Les rois les utilisent à des fins politiques, modifient leur recrutement, il ne s'agit plus de pauvres erres mais de véritables postulants ayant bénéficié d'une formation. La spontanéité régresse, le discours est travaillé. Les gages sont très élevés et suscitent une compétition importante à ce poste. La fiction de la folie est entretenue par sa familiarité désinvolte à son maître. Les fols survécurent jusqu'au règne de Louis XIV.

Pour son maître qui estime le posséder, le fol est un signe extérieur de richesse exhibé avec complaisance, sa richesse s'étale sur ce piètre personnage accoutré en habits somptueux ; il est également chargé de son divertissement, rassurant son maître sur son bon équilibre mental dans le milieu hostile de la cour ; être propriétaire du fou c'est donc être le sage et tolérant puisque accompagné de ce fou et tolérant car endurant l'insolence, la familiarité et les écarts de conduite. Dans ces rapports règnent une grande ambigüité : la liberté du bouffon est apparente voire outrageante mais éminemment précaire et factice ; cette liberté du bouffon appartenant à son maître par analogie et contiguïté ; il est aussi un facteur de détente dans une atmosphère de contraintes et d'insécurité comme la cour, il calme le jeu, il déculpabilise le despotisme de son maître ; il peut parfois aller avec certains maîtres jusqu'à aiguiser une conscience morale et critique de soi ; il est aussi le messager, l'espion, le conseiller.

d) Au XVème siècle,

La folie hante l'imagination de l'homme occidental. La montée de la folie rappelle que la mort met une fin aux choses de la vie ; dans ce funeste rôle, la folie est le mauvais objet de la littérature et de la philosophie, celle qu'on ne veut pas voir.

ERASME, en la plaçant en chacun des hommes, réhabilite une dimension humaine, au même titre que la raison : « Il n'y a de folie qu'en chacun des hommes parce que c'est l'homme qui la constitue dans l'attachement qu'il se porte à lui-même et par les illusions dont il s'entretient[448]. » Toute folie a sa raison qui la juge. Don Quichotte de CERVANTES ou le Roi

[448] ERASME. Eloge de la folie

Lear de SHAKESPEARE sont des personnages qui représentent le lien entre la passion amoureuse déçue et l'issue dans la folie ou dans la mort à la quelle contraint la douleur.

e) La folie menace de l'ordre public

La pauvreté, le vagabondage et le crime sont au même rang que la folie et représentent une menace pour l'ordre public. Pour protéger la société du chaos auquel elle est promise si elle laisse évoluer librement « ces hors normes », elle les enferme.

Au début du XVIIème siècle, le grand enfermement fait rage, l'hôpital Général par ses murs délimite, isole cette masse à laquelle la société ne parvient pas à donner une forme intégrable. Le terme d'hôpital est associé à cette instance monarchique répressive, les malades étant quand à eux soigner à l'Hôtel-Dieu. Outre ceux qui commettent des crimes, c'est l'errance, la précarité et l'incurabilité qui sont écartées entre ces murs, hors de vue. Parallèlement, s'ouvrent des maisons de correction qui s'essaient à redresser les torts de ces gens ainsi définis « à enfermer » ou infirmés. La notion de mal est liée à celle d'insoumission créatrice de désordre. Le grand enfermement est à la fois une punition et une récompense, là au moins, elle est où on s'attend qu'elle soit, cette folie.

Le fou du Moyen Age est craint car possédé ; le fou du grand enfermement est craint car il sème le désordre. Il n'est plus porteur d'aucune valeur de vérité ou de message existentiel, il est réduit à un oisif vivant à la charge de la société, un inutile qui ne gagne pas sa vie. La Nef des Fous représente effectivement un équipage dans lequel chaque protagoniste symbolise un péché capital.

f) La folie ou l'animalité à corriger

Par contiguïté, le fou est assimilé au criminel et au débauché, à ceux qui transgressent les lois humaines et les lois divines. La déraison se mesure à l'écart avec la norme sociale ; les termes de « furieux » et « fureur » sortent de leur champ juridique et médical pour venir qualifier par vulgarisation toutes les formes de violence qui échappent à la définition rigoureuse du crime dans son assignation juridique. Elle vient qualifier encore une fois un espace informe échappant à la caractérisation, entre malade et criminel. La raison classique se serait donnée ce troisième terme face à cette expérience de la déraison.

Les formes historiques de la folie impliquent la simultanéité de plusieurs formes de conscience. La conscience critique dénonce la folie, la conscience pratique la réduit au silence, la conscience sereine qui la pense porteuse d'une vérité à décrypter, à la fois fascinante et terrifiante, la conscience énonciatrice, celle qui dit « le fou c'est celui là » et la conscience analytique : Le fou est toujours l'Autre jamais Soi.

C) Changer ces représentations sociales ?

1) Qu'est-ce que déstigmatiser ?

Pour la RPS, la désinstitutionalisation est un des synonyme de déstigmatisation dans la mesure où la folie en l'occurrence ce dont il s'agit de stigmatisant dans la maladie mentale est stigmatisée par le lieu, l'institution, du fait que Lieu de vie et lieu de soin sont confondus
Les représentations de la psychiatrie et des psychiatres sont en relation avec celles de la folie, il s'agit d'un objet social dont la force lui confère un statut particulier. Y a-t-il eu une évolution des représentations entre les premières études des années 1950 et actuellement ?

La folie comme menace de l'ordre public

« Alors ? Que s'est-il passé en 35 ans ?[449]Trois phénomènes distincts (habituation, atténuation et stigmatisation), tous trois liés aux intrications entre l'hôpital et le village, qui sont autant le fait de la circulation des malades dans les espaces sociaux et ce, dès les années 1980, que des liens étroits entre habitants profanes et employés de l'hôpital ou malades hospitalisés, des liens familiaux, de voisinage.

L'habituation était perçue au travers de la question posée : « comment reconnaissez-vous les malades mentaux ? » Les profanes de la société villageoise environnant l'hôpital psychiatrique s'étaient familiarisés avec des signes émis par les malades comme leur allure, qui confèrent aux malades une identité sociale bien catégorisée donc assimilable et intégrable par d'aucuns ; l'habituation entraînent une acceptation qui se manifeste dans l'atténuation de la virulence du discours, la dangerosité s'écarte au fur et à mesure que la familiarité s'installe ; il subsiste cependant des représentations archaïques qui fragilisent le processus d'intégration permis, initié par l'habituation et le « faire connaissance de la vie ensemble » mais le moindre évènement qui perturbe le climat serein conserve une tonalité violente, irrationnelle et défensive et entraîne le rejet social inéluctable. Ainsi, le fou resurgit derrière le malade et reste encore considéré comme un loup dans la bergerie.

L'atténuation est un processus de contrôle social de la folie que les profanes, à côtoyer le personnel de l'hôpital psychiatrique apprennent, acquièrent des ressources adaptatives dont ils

---

[449] MARTINAUD-CHEVRIER H., sociologue. Alors ? Que s'est-il passé en 35 ans ? Dossier Les représentations sociales de la folie. Soins Psychiatrie, N°229, novembre/décembre 2003, p 21-24.

MARTINAUD-CHEVRIER H. L'intégration des malades mentaux dans la cité modalités d'accès et d'octroi de place, DEA de sociologie, université Aix-en- Provence.

se servent dans leur quotidien lors des rencontres avec les malades ; là où d'aucuns seraient démunis. Il s'agit finalement d'un phénomène de tolérance, meilleure souplesse, élasticité du rapport à la norme.

La stigmatisation

Ce phénomène tiendrait « aux inconvenances situationnelles » imputées aux malades par les profanes ; il s'agit en général de manquement aux rites d'interaction décrits par GOFFMAN[450] : le malade mental a l'art et la manière « de déréguler la syntaxe des rencontres face à face ». Il se dérobe aux rôles sociaux que l'on attend de lui, menaçant alors les définitions des situations de face à face, et ne semble jamais tenir compte des signaux d'alerte de l'entourage. Pour ce dernier, la question fondamentale qui se pose est celle de l'intentionnalité, par laquelle il tente de dompter celle de la dangerosité – les signaux sociaux n'étant pas conformes au connu, au commun, l'alter ego ne se reconnaît pas, un sentiment d'étrangeté submerge, les repères se perdent, le monde se dérobe – de inoffensif, à danger potentiel à menace réelle, il n'y a que quelques pas. Parallèlement, les malades bénéficient rarement dans la cité des prérogatives d'usage comme la déférence ou les règles cérémonielles ; ils sont appelés facilement par leur prénom, tutoyés.

2) Comment peut-on changer nos/les représentations ?

« Changer nos représentations pour mieux soigner »[451]. « A l'échelle internationale, il semble que chacun s'accorde à penser qu'il faut favoriser une modification des représentations sociale sur la maladie mentale, déstigmatiser la maladie mentale, notamment par une meilleure formation, est l'une des voies possibles[452]. »

a) L'accueil

Dans leur article GUIMELLI et PENOCHET[453], préconise « Les patients eux aussi, comme les soignants d'ailleurs sont soumis aux mêmes représentations. De ce point de vue, lors des

---

[450] GOFFMAN E. Les rites d'interaction. Paris, Editions de minuit, 1974.

[451] PETIT Brigitte, psychologue, CHU, Hôpital saint Jacques à Nantes (44). Changer nos représentations pour mieux soigner. Dossier : Les représentations Sociales de la Folie. Soins Psychiatrie, N°229, novembre/décembre 2003, p 25-29. Article également paru sous le titre : Réflexions sur l'éthique dans le soin infirmier dans l'Information Psychiatrique, vol. 79, septembre 2003 ; 7.

[452] DUPONT Jean-Paul, directeur général adjoint de la fondation du Bon Sauveur d'Alby à Albi (81). Stigmatisation et reconnaissance, une question de volonté politique. Soins Psychiatrie, N°229, novembre/décembre 2003, p 33-35.

[453] GUIMELLI C. Structures et transformations des représentations sociales. Delachaux et Niestlé, Paris, 1994. In : GUIMELLI C., professeur et chercheur en psychologie sociale en cognition socialeà l'université de

premiers contacts, l'importance de la présentation du type de prise en charge et le renforcement des aspects positifs sont donc essentiels à considérer pour l'établissement d'une relation de confiance. Mais il faut pouvoir aborder le non dit des conceptions négatives pour le désamorcer et se défausser des lieux d'exclusion. »

Il s'agit là de la fonction d'accueil, longuement abordée et théorisée par la Psychothérapie Institutionnelle qu'elle plaçait de manière essentielle déjà dans sa pratique.

b) **Les actions de communication préalable au comité de pilotage de** 1994.

Une psychiatrie pédagogique à Lorquin en 1994 en créant un département audiovisuel.

Une semaine d'informations nationales de la santé mentale depuis mars 1991 sous l'égide de plusieurs associations de professionnels et d'usagers, mettant en place diverses manifestations (débats, films, expositions) pour favoriser la sensibilisation et la réflexion. Il s'agit de remettre ensemble dans la cité les préjugés qui nous animent. Le discours humaniste est au centre de cette action, visant à promouvoir la tolérance de toute forme « d'anormalité ».

PSYCOM 75 en 1989 est un syndicat inter hospitalier qui rassemble 4 hôpitaux parisiens et se fixant le but de développer l'information auprès des parisiens, du secteur sanitaire, social et des élus. Ils éditent en 1993, le guide de la psychiatrie publique et il publie un journal trimestriel ; il est également à l'origine de la commission de patients à l'hôpital Esquirol en collaboration avec l'UNAFAM et FNAP-PSY.

c) **La place des médias et la communication**

Les éléments négatifs prêts à resurgir sont très mobilisables comme le montre la nature des messages véhiculés par les médias.

« En considérant la force des représentations et de leur résistance au changement et le fait que ces éléments se présentent en quelque sorte sous un aspect de nécessité, il n'est pas étonnant que les médias s'emploient systématiquement à tenter de nous confiner dans cet espace. Mais, plus ou moins à son insu, le journaliste apparaît comme plutôt assujetti à ces conceptions que placé dans une fonction où il en serait le promoteur. Il ne faudrait donc pas en surestimer l'impact. L'information portant sur une connaissance extérieure de l'objet est finalement peu

---

Montpellier III et PENOCHET J.-C., psychiatre des hôpitaux à Montpellier. Représentations sociales, image du psychiatre et de la psychiatrie. Nervure. Tome IX, N°9, décembre 1996/janvier 1997.

susceptible d'en modifier la représentation, et l'aggravation de l'image n'est pas à craindre.[454] »

« Dans ce domaine, on sait bien qu'en raison de la dimension économique des processus cognitifs, les campagnes de prévention par exemple ont un impact très faible. (…) cependant, ne pas communiquer serait une erreur. (…) La structure de la représentation nous incline au contraire à renforcer les éléments centraux en évitant de polémiquer sur les aspects négatifs et en favorisant la communication dans un objectif de sur activation des éléments positifs (aspect scientifique, écoute, progrès, modernité…). »

Dans ce sens, le rapport préconise comme l'un des axe prioritaire au plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale, un programme d'information sur le thème « informations et troubles psychiatriques » ; cette campagne de sensibilisation est envisagée avec un encadrement par une charte de communication, élaborée avec les journalistes « afin d'éviter les effets désastreux d'une exploitation outrancière et erronée de quelques faits divers[455] »

d) Les résultats des réflexions du Comité de Pilotage en 1996[456]

L'idée majeure est de dire que le levier du changement des représentations sociales est d'intégrer profondément le patient dans sa liberté d'expression et de responsabilité. A ce titre la commission d'usagers a été proposée par secteur avec des représentants au sein des CA des hôpitaux.

Un pôle national de communication sur les maladies mentales et la psychiatrie, centre de référence, groupement d'intérêt public fédérant établissements et associations sur le mode du volontariat est chargé de définir une politique d'information et d'amélioration des maladies mentales, soutenir les initiatives de communication et valoriser les expériences.

Une campagne nationale avec le CFES ou Comité Français d'Education pour la Santé, une semaine annuelle ;

Création d'un annuaire commenté de l'offre de soins en santé mentale ;

---

[454] Ibid

[455] Philippe CLERY-MELIN, Viviane KOVESS et Jean-Charles PASCAL. Plans d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale. Rapport d'étape, septembre 2003.

[456] Campagne d'information sur la santé mentale, Colloque du 11 octobre 1995. Changer l'image de la psychiatrie, dans « Transitions ».

Développement de procédures pour changer le comportement des professionnels en santé mentale par le moyen d'évaluation des pratiques et d'amélioration de la qualité des soins ;
Une insistance est apportée au caractère essentiel de l'information adressé au malade sur ce qui le concerne au nom des droits de l'homme et du respect de sa citoyenneté.
Un large chapitre était consacré à la participation des patients au fonctionnement des services, il fut passé sous silence par le ministère.

La loi du 4 mars 2002 marque une avancée importante des réflexions en matière de droits des malades et organisation du système de soin en santé mentale comme l'égal accès aux droits pour tous, droit à la protection de la santé, droit au respect de la dignité de la personne malade, non discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins, respect de la vie privée, secret des informations concernant le malade, droit de recevoir des soins optimum, appropriés selon l'état ; auxquels s'ajoutent ceux du décret du 29 avril 2002 : droit d'être informé sur son état de santé, accès direct au dossier médical, applicable à tous les patients sans discrimination notamment psychopathologique.
Le plan de santé mentale « l'usager au centre d'un dispositif à rénover » présenté par B. KOUCHNER en novembre 2001 définit clairement comme un axe prioritaire la lutte contre la stigmatisation liée aux maladies mentales. L'objectif est le changement des représentations par des actions ciblées auprès de soignants somaticiens et du grand public. Mais la campagne d'informations prévue en 2002 ne verra pas le jour du fait de changement politique concomitant.
Le rapport de mission CLERY-MELIN remis à Jean François MATTEI en septembre 2003 insiste sur ce point de l'information adressée au grand public ; information centrée sur une définition claire des problèmes psychiatriques, leur traitement et les personnes habilitées à administrer ce traitement, en impliquant notamment les médecins généralistes et l'élaboration d'une charte avec les journalistes afin d'éviter l'exploitation outrancière des faits divers.

e) La question des représentations sociales et la stigmatisation

Elles sont universellement négatives quelles qu'ont pu être les renvois par l'art et l'histoire sur un mode « beaux ».
Le cercle vicieux de la morbidité entretenu par cette stigmatisation et ce rejet.
Les obstacles : celui des personnes atteintes de troubles qu'elles ne sont pas prêtes à reconnaître comme tels ou des quels elles ne veulent pas, ne peuvent pas modifier leur rapport à leur problématique ;

Celui des systèmes collectifs freinés dans les investissements nécessaires aux déploiements de moyens pour lutter contre la discrimination et l'exclusion.

f) Les soins et l'insertion sont fortement dépendants de la représentation sociale et culturelle de la maladie mentale.

Lise Renaud et Christine Thoer (2007) « L'analyse des représentations sociales est pour le praticien d'une grande utilité parce qu'elle lui permet d'accéder au registre des termes, des attitudes , des croyances et des valeurs d'un groupe d'acteurs à l'égard d'un objet de santé ainsi que de mieux comprendre ses pratiques. »

L'enquête en population générale « Images et Réalités » de la santé mentale conduite par le CCOMS depuis le début des années 2000, en France sur plusieurs dizaines de sites ainsi qu'à l'étranger a montré combien les représentations des troubles mentaux étaient associées aux représentations de dangerosité, de délinquance et de perversion.

L'espérance de vie des patients souffrant de troubles mentaux est inférieure à celle de la population générale de manière significative. Il y a donc un écart entre les droits formels des personnes et la réalité de leur situation. En France en 2001, le pays le plus développé en terme de système de santé au monde, les droits concrètement accessibles dans la réalité sociale ne sont pas acquis.

g) Désinstitutionalisation

La déstigmatisation passera en effet d'abord par une image moins repoussante des lieux d'hospitalisation psychiatrique, des lieux clairs, ouverts, propres et bien tenus, des soignants accueillants, allant au contact, disponibles, ce qui suppose certes des moyens – le dénuement en personnel dans lequel vivent certaines équipes est inacceptable – mais aussi une culture, une formation, une éthique.

La disparition des hôpitaux spécialisés, dont le particularisme fait trop volontiers support aux projections négatives. Mais cette disparition, ce démantèlement constituerait pour les professionnels, et l'ensemble des partenaires, une perspective plus attrayante si une première vague d'installation des secteurs à l'hôpital général n'avait pas constitué trop souvent un marché de dupes, avec un pillage des moyens consacrés à la psychiatrie au bénéfice d'autres spécialités. En dépit de cette expérience très mitigée, cette intention doit continuer à figurer en tête des réflexions des instances régionales de décision en matière de programmation sanitaire.

S'il faut espérer une ouverture radicale de la société de la santé mentale, elle passera en effet par la création de plateformes de concertation par territoire, ville, agglomération de

communes avec les élus, les usagers, les familles, les services sanitaires et sociaux, les médecins généralistes, les bailleurs, l'ANPE, la police, les pompiers, les services d'urgence des hôpitaux généraux, les MDPH etc., pour mettre en œuvre prévention, accès aux soins, suivi et accompagnement nécessaires.

Ne plus avoir de partenaires mais être partenaires, voilà l'essence même de la réhabilitation.

Réflexion sur une nouvelle étape dans le plan de santé mentale : l'hypothèse d'une loi cadre, telle qu'elle était évoquée dans le rapport Piel-Roelandt, qui en confiant à une collectivité territoriale à déterminer, qui pourrait recouvrir grossièrement « les territoires de proximité » de la planification sanitaire, des responsabilités en matière de réhabilitation des personnes reconnues souffrant de handicap psychique, obligerait les partenaires à travailler dans cette objectif, sans compter sur un bon vouloir dont on connaît la fragilité en termes de vie démocratique.

Chapitre 3

Discussion entre la Psychothérapie Institutionnelle et la Réhabilitation Psychosociale

Partie 2 L'Institution Psychiatrique

Repenser le temps et l'espace en psychiatrie

Partie 3 Les intégrateurs sociaux

Handicap

Travail

Partie II

Repenser le temps et l'espace en psychiatrie
L'Institution Psychiatrique

Introduction

La désinstitutionalisation, le transfert de l'hôpital psychiatrique à l'hôpital général et la remise en question de la politique des secteurs

Comme nous l'avons évoqué dans les concepts de la PI, la notion d'Etablissement, correspond à une structure figée, point d'ancrage, cadre légal et réglementaire destinée à répondre aux exigences sociétales, garantes des conditions de possibilités. Quant à elle, la notion d'Institution s'inscrit dans le mouvement de la mise en œuvre, ou « la manière dont les hommes chargés de l'accomplissement de ces objectifs se débrouillent avec leur réalisation »[457]. Comme le dit F. TOSQUELLES : « l'institution ce sont des liens qui créent un lieu. Du tissage. »[458].

Afin d'élaborer une réflexion sur les projets soutenus par la RPS et les politiques en faveur de la santé mentale relatifs à la psychiatrie et à l'institution psychiatrique à savoir la désinstitutionalisation , le transfert de l'hôpital psychiatrique à l'hôpital général et la remise en question de la politique des secteur, il nous est apparu intéressant d'aborder ces questions par le rapport que la Psychiatrie entretient avec le temps et l'espace.

Nous considérons d'emblée comme base de cette réflexion que l'institution se définit au sens de TOSQUELLES comme le lieu humain du soin qui doit se distinguer de son administration et d'un cadre architectural précis et nous considérons que, de cette institution, - son état de santé, sa dynamique, son organisation - procède le soin en psychiatrie ce qui, à notre sens, justifie ce chapitre. Cette question nous sert comme précédemment à guider une exploration des points de vue de la PI et de la RPS sur ces sujets.

---

[457] DELION P. *Soigner la personne psychotique. Concepts, pratiques et perspectives de la Psychothérapie Institutionnelle*. Dunod, Paris, 2005, p 205.

Dans une première partie, nous aborderons l'évolution de la psychiatrie dans sa conception de l'espace : de l'architecture à la territorialité en passant par le secteur et dans une seconde, l'évolution de la psychiatrie dans sa conception du temps notamment par la chronicisation et l'hospitalisme.

I) De l'architecture à La territorialité

Au Moyen Age le fou est partout et nulle part, il est sur le seuil des villes, emporté par des bateaux pour être perdu quelque part, dans des tours, à la cour ; l'espace est vague. L'errance existe également. Les murs sont comme la seule possibilité de visibilité et de lisibilité de ce qui est vague.

A.L'Asile

1) Premier espace : Les murs et l'identification de la folie

En 1822 quand ESQUIROL lance en parlant des maisons d'aliénés « Entre les mains d'un médecin habile c'est l'agent le plus puissant contre les maladies mentales », il consolide l'idée inaugurée par PINEL que l'asile ou l'enfermement est le traitement de la folie et que « ce qui est entre ces quatre murs » définis par « exclusion » des Hôtel-Dieu, lieu de la médecine somatique, du fait de leur incurabilité, du fait de l'échec de plusieurs semaines de traitement. Nous avons pu évoquer déjà que ces quatre murs conféraient une forme à « l'informe, à ce dont il s'agissait » et un appui thérapeutique à visée protectrice et contenante. Ainsi l'histoire de la psychiatrie en France débute par cette confusion entre l'espace de soin et l'espace de détention où les soins sont dispensés, autrement dit, le soin c'est les murs et les soignants n'existent pas encore. Seul PUSSIN peut être considéré comme préfigure de l'infirmier psychiatrique. Ils ne sont identifiés que pris dans ces murs, comme des gardiens.

Effectivement, dans cette logique de protection, le soin était le plus souvent sous contrainte et l'enfermement prenait toute sa dimension d'oppression et d'aliénation. A défaut de contraindre le psychisme à la norme le patient était pris par le corps.

2) Le second espace : le théâtre de la folie

L'asile est selon PINEL un espace où la folie peut s'exprimer, peut se déployer. Une représentation peut avoir lieu sur une scène ; cette scène serait une métaphore d'un théâtre de

la folie[459] dans lequel l'aliéniste est aux premières loges, privilégié et légitimé. A partir de cette métaphore, J.-C. PASCAL souligne que les murs de l'asile s'ils sont faits pour protéger, contenir, tenir à distance, implicitement ils servent aussi à montrer. La position de voir, d'observer, d'être spectateur, d'assister à l'insu de l'autre, le fou, qui dès lors n'a plus d'espace d'intimité. Il est « maintenu » visible pour raison de sécurité, dans la dimension panoptique selon FOUCAULT, dimension qui sied à la culture de l'enfermement. Des raisons médicales aussi sont invoquées qui s'apparentent à l'entomologie dont les seules possibilités de rétablissement d'un ordre à défaut de l'Ordre sont une classification rudimentaire des fous selon l'âge, le sexe et le bruit des symptômes, c'est-à-dire au fond le volume « décibelique » ou le volume moteur du à l'agitation occupé par le fou. La place du fou était donc déterminée dans l'asile par son rapport à l'espace qui était la première caractéristique de son trouble.

3) Le troisième espace : le traitement moral ou quand l'asile est un lieu de vie

a) L'asile et le soin

L'asile a été conçu par les psychiatres, ESQUIROL et FERRUS notamment comme un lieu de soin dont ils ont jugé très tôt de l'importance. L'architecture et le soin en psychiatrie tissent des liens. Ces liens se tissent en France et en Allemagne, à cette période, mais aussi, comme nous l'avons abordé, avec l'Espagne qui au XVIème a pratiqué la politique asilaire dans les manicones, elle-même inspirée des arabes. Ce principe thérapeutique fait appel à une analogie cherchant à mettre en lien la psychopathologie et la praxis, analogie selon laquelle la maladie étant « désordre psychique liés aux passions », la logique veut que le traitement isole, coupe des sources de passions que sont la Société et la Famille. L'environnement est ordré sur le plan architectural – la symétrie est valorisée, les femmes à gauche et les hommes à droite, les furieux au fond et les calmes proches de la sortie – et sur le plan fonctionnel – l'instauration d'un rythme de vie stable voire rigide où le travail est source de régulation -.

Le médecin écoute le patient et interagit avec lui selon une lecture hiérarchique de la problématique, il sait et le malade ne sait pas : « le malade se trompe, il est aliéné à ses passions, il convient de le ramener à la raison pour qu'il puisse lui-même contenir ses passions par la raison. » Les seuls moyens à disposition sont la contention physique et la contention relationnelle dans un lien de dépendance psychique entretenu par PINEL comme le décrit FOUCAULT qui en dénonce le caractère proche de la manipulation mentale. La limite

[459] Il s'agit d'une idée développée par BRIERRE de BOISMONT dans l'intervention de Jean-Charles PASCAL, psychiatre, chef de service à Jean Wier à Suresnes. Théorie du soin en psychiatrie et architecture, lors des Journées de Fontevraud de 2006 sur le thème Architecture, Espace et Psychiatrie.

entre l'espace public et l'espace privé étant gommée, les médecins, soignants et gardiens vivant dans l'asile au même titre que les patients, y étant logés, pouvant prendre **avoir** des patients à leur service, le type de lien établi ne pouvait être que dans une relation paternaliste. Il avait donc une confusion entre lieu de vie, lieu de soin, lieu de travail. La seule limite fortifiée étant l'intérieur de cet espace de vie et l'extérieur la Société. On ne peut en sortir que guéri, le soin ne pouvant exister ailleurs que dans les murs.

b) L'asile village

L'asile de la loi de 1838 dans tous les départements est un « village » à distance de la ville, forte puissance économique par la mobilisation du personnel, espace autocratique moyen-âgeux comme nous avons pu l'évoquer plusieurs fois, au sein duquel le pouvoir médical et soignants était colossal. Le système était réputé pour être autosuffisant grâce aux travaux agricoles et fermiers pour lesquels les patients valides étaient mobilisés et exploités. Il est connu que certains patients pouvaient être retenus[460] pour continuer à travailler et permettre au système de se pérenniser. Ainsi la notion de chronicité sur laquelle nous reviendrons dans la psychiatrie et son rapport au temps est très liée à l'enfermement et à la confusion des espaces, ceux des lieux de soin et de vie.

Ainsi, l'achèvement de cette construction qu'est l'asile répondant de manière harmonieuse à la beauté, l'austérité et l'adéquation entre théorie et pratique est un aboutissement dont la réalisation satisfait à la fois les médecins et la société, la concordance est optimum, la médecine psychiatrique participant à la déculpabilisation de la Société des Droits de l'Homme recouvert par ce concept d' « hôpital village ».

Au total : cette époque asilaire témoigne d'une psychiatrie au sein de laquelle les patients ne formulaient pas de demande de soins, la plainte était sociale, « on se plaignait d'eux » ; ils étaient synonymes d'impuissance pour la médecine somatique, un objet opaque résistant aux classifications et aux approches par le corps.

B.La psychiatrie de secteur et la psychiatrie communautaire

La notion de communauté s'appuie à notre époque sur celle d'urbanisation. Effectivement la pensée de la psychiatrie communautaire ne pourrait pas exister sans la cité autour. Après avoir fait l'expérience de la psychiatrie à la campagne, dans une création de village isolé du monde,

[460] LANTERI-LAURA G. La chronicité en psychiatrie. Les empêcheurs de penser en rond, 1997.

elle revendique une dimension urbaine, un droit « de cité » et un droit de circuler, après l'errance du Moyen Age et de l'enfermement de l'Age Classique.

La ville, la sédentarisation et ses constructions sont la manifestation de l'emprise de l'homme sur son environnement, sa façon de garantir une certaine sécurité, leur organisation reflète selon Eléonore LACROIX[461], le mode de pensée de la civilisation concernée ; « Nos villes contemporaines (…) sont héritières d'un mouvement d'idée propre à l'avènement de la modernité. » « Comme tout fait humain, la ville nous reflète dans nos attentes et dans nos actes. »

1) L'évolution de l'urbanisation

a) La ville au Moyen Age

La féodalité est marquée par une ville fortifiée, extension d'un château, reflétant « l'enracinement des individus dans un territoire qui les définit : le seigneur possède sa terre – ils portent le même nom – et les paysans « sont possédés » par cette terre (…) » Cet écart nous ramène cependant aux raisons qui ont amené certains à considérer la psychiatrie asilaire comme un régime féodal, clos et hiérarchisé, dont l'aliéniste était le seigneur. L'ordre féodal s'inspirait d'un principe divin, selon FOUCAULT. Ce principe qui préside à la structure asilaire serait moral du fait de son rapport à la norme sociale en vigueur.

b) La ville des échanges

Le XVIIème siècle comme nous l'avions évoqué du fait de la progression des échanges marchands et de la montée de la bourgeoisie comme nouveau groupe social va ouvrir le schéma féodal. Cet espace ainsi ouvert symbolisé par la libre circulation des échanges marchands, - figures indépendantes du seigneur puisque indépendants de la terre pour vivre – a pour valeurs centrales selon E. LACROIX la circulation, l'échange et le travail. Les espaces dans la ville sont définis selon leur fonction de manière sectorisée (habitation, commerces par exemple) et de manière centralisée concernant les institutions politique, religieuse notamment. La découverte du nouveau monde élargit la perception du monde et son dépassement inspire un esprit de conquête.

c) L'affranchissement

[461] LACROIX Eléonore, agrégée de philosophie. Urbanisme et état mental : la dialectique de l'usage et du symbole. XXI ème Journées de Fontevraud, mai 2006

Au sein de la ville E. LACROIX met en évidence un processus à l'œuvre qui est un mouvement d'affranchissement, comme un espace de liberté modifiant l'influence des liens traditionnels avec l'espace physique ou la communauté sociale. L'origine sociale n'est plus une fatalité comme une caste, elle peut se dépasser. A ce niveau, l'homme aurait deux modes de réaction face à ce processus d'affranchissement : soit par l'action symbolique contribuant à « l'ordonnancement de la ville » selon un repérage mettant en lien la représentation physique et symbolique de la charge du lieu ; soit par l'action d'usage contribuant à l'appropriation par la remise en question de l'ordre allant jusqu'à la dégradation à son paroxysme comme moyen d'assimilation de ce qui au premier abord apparaît comme étranger, extérieur à soi.

d) Les utopies

La valorisation de la science et la démocratie influencent la perception de l'urbanisme vers ces « utopies » recherchant des organisations respectueuses de justice et d'égalité absolues. D'aucuns s'intéressent au sens relationnel des rapports humains, que la ville doit valorisée comme FOURIER, d'aucuns s'intéressent à la santé morale et physique des populations comme GODIN. Ces utopies s'appuient « sur une systématisation de l'espace » induisant une rigidité dans le respect des normes qui y correspondent et pouvant évoluer vers un totalitarisme, écueil qu'elles étaient censées éviter, les individus se trouvant modelés via leur environnement.

2) Entre culture et racine, l'espace aujourd'hui

a) Le temps de se mouvoir et le temps de se poser

Il semblerait que l'homme soit pris entre « la culture et son enracinement dans le sol », l'attachement à la terre assure la subsistance et la spiritualisation « qui détache l'homme du paysage » et le laisse errer d'expériences en sensations dans un champ abstrait. De cette spiritualisation de la culture et son corolaire le déracinement de l'homme semblent selon E. LACROIX présenter des similitudes avec la situation des sociétés contemporaines valorisant le progrès, la maîtrise, le déplacement, l'expansion et la rationalisation des espaces et le désir d'une origine « centre de gravité qui pourrait ressourcer ». L'espace viendrait au fond symboliser le temps en ce sens qu'il a deux composantes : le temps de se mouvoir et le temps de se poser.

b) La dématérialisation des lieux

« Le développement de la société de l'information » aurait produit selon E. LACROIX, une conception de la ville introduisant une dématérialisation délocalisant des fonctions nécessaires à la gestion de la communauté résidant dans la ville et qui autrefois avaient justifié la fondation de la ville. Ce phénomène de « décentration » produit un « déracinement » prenant une part dans la construction identitaire des individus.

« Tant que la ville est une entité extérieure, tant que l'espace est un dehors qu'il nous faut transformer et conquérir, alors l'homme s'affirme par l'empreinte visible qu'il laisse sur les choses, c'est pourquoi l'aménagement de l'espace urbain revêt une telle importance. Dès lors que la mobilité des individus augmente, parce que la vitesse des liaisons entre territoires s'accélère, et que la circulation principale est celle, non des hommes ou des choses mais de l'information, ce ne sont plus les lieux qui peuvent définir les hommes, ils ne sont plus que des étapes transitoires. Le lieu devient passage et c'est l'individu qui est le facteur de continuité. » Le lieu de la mémoire ne pouvant être que lui.

Le jeu social dans cette conception dématérialisée de l'espace demande à l'individu de n'être pas attaché au lieu, d'être nomade au fond, de pouvoir adapter à la vitesse de la circulation de l'information son lieu de vie et son lieu de travail ; ne pas pouvoir s'insérer dans ce mouvement social ainsi défini est susceptible d'entraîner l'exclusion.

« Dès lors l'urbanisme de demain s'intéressera moins à l'espace qu'au temps, ou plus exactement à la simultanéité c'est-à-dire à l'annulation du temps et de l'espace : faire toutes choses, de tous lieux à tout moment. »

Réflexions

Culture et racines

Dans la dialectique décrite « culture et racine », il nous semble retrouver des zones d'éclairage pour poursuivre notre discussion sur ce qui anime les praxis de la PI et de la RPS, pour repérer en quoi elles diffèrent, se complètent et/ou s'opposent. En effet, évoquer le déracinement corollaire de la spiritualisation de la culture nous invite à penser la société actuelle.

La PI, prendre le temps de se retrouver Soi pour retourner vers l'Autre

Il nous semble que la PI se retrouve davantage dans des valeurs qui privilégient « le foyer » comme nous l'avons déjà dit avec un système de représentations de l'espace concentrique

utilisant des liens de type solidarité mécanique par lesquels les sujets ne sont que très peu différenciés par les rôles et statuts sociaux, il s'en dégage une plus grande proximité et convivialité constituant un étayage psychoaffectif consistant. Le corollaire pour le sujet de cet investissement affectif dans ce lieu c'est qu'il y tisse un enracinement ou un centre de gravité – lieu de sa reconnaissance, lieu dépositaire de ce qui fait mémoire, le poids de son existence -. Or le lieu d'enracinement est le lieu « repos du guerrier », là où le sujet malmené par ses explorations se ramène à une intériorité et une unité d'être. Le mouvement qui est recherché est interne au Sujet, la réappropriation de Soi, dans le temps qu'il faudra, temps « anachronique » dans une société de la simultanéité.

Les soignants construisent également leur identité professionnelle en lien avec un lieu auquel ils appartiennent, même si le soin les mène dans la cité, ils sont « rattachés » à un lieu unique qui les fédère et qui reste à notre sens à ce jour l'intra hospitalier, le lieu de l'hospitalisation complète, le lieu où le soir vient et où l'expérience de la solitude existentielle apparaît la plus prégnante et où le sentiment d'insécurité empêche le sommeil. Là il y a une veille, on peut dormir.

La RPS, « hospitalisé n'est pas joué, retourner à la case départ et ne gagner pas vingt mille francs »

Tandis que la RPS valorise l'esprit d'entreprise de Soi, de promotion d'un développement personnel en conformité avec les valeurs sociales de performance, de mobilité, d'adaptabilité. Elle propose une conception de l'espace et du soin éparpillée dans la communauté, invitant le sujet à pluraliser ses liens d'appartenance dans différents groupes. Le sujet est au centre d'un réseau de relations qui ne tient que par lui comme nous l'avons vu avec ELIAS. Une pluralité de rôles et statuts lui sont proposés, il s'agit pour lui de savoir desquels il veut se saisir. Le lieu d'étayage tel que la PI le propose n'existe plus de manière uniforme et neutre ; il est éparpillé entre la famille, le coach du case management, Le GEM et les urgences.

D'autre part dans cette philosophie de la mobilité, la RPS invite les soignants à bouger et à instituer le soin dans la communauté en se séparant d'un lieu unique de soin qui les représenterait professionnellement et auquel ils seraient « rattachés ». Il nous semble que ce principe invite au nomadisme dont E. LACROIX parle. Des professionnels « mobiles » sans attaches, sortes de parangon de l'adaptabilité. Il nous semble cependant que cette question est en recherche et qu'il ne semble pas s'agir pour la RPS d'atteindre un tel paroxysme. La complexité de sa position tient à ce qu'elle cherche à concilier Sanitaire et Social au sein

d'une même entité et que les soignants ainsi employés le seraient à temps partiels sur plusieurs lieux dans diverses institutions contrairement à la PI.
Revenons à notre exposé.

---

3) Le secteur comme outil de désaliénisation

a) Révolte, Résistance, Refuge

Pour Guy BAILLON[462], la psychiatrie de secteur commence par l'idéologie de 39-45 marquée par la Résistance, s'organiser et lutter contre un ennemi, un envahisseur et ses collaborateurs en les personnes de d'administration Pétainiste et du gouvernement. Il s'agissait pour survivre de s'opposer à la loi pour défendre une cause supérieure en misant sur ses propres forces en agissant dans la clandestinité. L'expérience des réseaux est celle de la Résistance. Cette idéologie est aussi marquée par la Révolte contre les camps de concentration, le bannissement, l'internement, la torture, la famine, l'abandon, les Kapos ; contre au fond la stigmatisation, l'aliénation, la ségrégation et la barbarie.
Dans le champ de la psychiatrie, il s'agissait de remettre en question à l'aune de ces principes les pratiques et les théories. Résistance et Révolte contre l'aliénation, contre les conceptions dégénératives, leurs classifications, l'enfermement, la deshumanisation, l'hospitalisation systématique et la séparation avec les siens. Naît « l'Utopie » d'une démocratisation du soin s'appuyant sur une conception humaniste de l'homme. D'aucuns parleront d'une révolution. « La vie était dure, les luttes idéologiques étaient fortes, mais un désir de solidarité soutenait les projets, la réflexion clinique était nourrie par la rencontre de toutes les tendances de pensée en psychiatrie, en psychanalyse, en philosophie.[463] » Ainsi l'expérience de Saint Alban se définit profondément dans une logique de résistance à l'oppresseur et à la psychiatrie hiérarchisée, classifiée, médicalisée du soin.

b) Naissance de la PI et du Secteur

---

[462] BAILLON Guy, psychiatre du secteur 14 de Seine Saint Denis rattaché à Ville Evrard. La psychiatrie de secteur aura bien lieu. Santé Mentale, N°59, juin 2001, pp 20-41.

[463] Ibid.

La Psychothérapie Institutionnelle prend naissance de manière consubstantielle à celle du secteur, selon DELION[464], « la psychiatrie de secteur est la condition de la possibilité d'exercice de la psychiatrie tandis que la psychothérapie institutionnelle en est la méthode organisatrice. »

c) La banalité du mal

« Cette double résistance politique et clinique a été le ferment de la psychiatrie de secteur (…) ». Il semble que fondée sur une idéologie universaliste et humaniste, une motivation fraternelle chargée de cet espoir de transformation que l'on peut résumer par « plus jamais ça » a été à l'œuvre dans cette construction. « Les fous et les Barbares » n'étant plus ceux que l'on croit – le mal absolu a vu le jour dans la banalité et la banalisation comme a pu le développer Hanna ARENDT – la porte s'ouvre à un changement des représentations de la folie, en tout cas, à un espoir de changement.

Comme nous l'avons vu, la psychiatrie communautaire ou psychiatrie de secteur ou géo-psychiatrie[465] est née de plusieurs influences :

d) Les comarques de TOSQUELLES en Catalogne

TOSQUELLES a pu évoquer à maintes reprises combien son expérience auprès de Mira di LOPEZ à l'institut Père Mata à Reus en Catalogne fut importante pour lui et lui permit de découvrir la psychiatrie allemande autour de deux auteurs Hermann SIMON et BARTZ au XIXème siècle. Il s'appuya sur les concepts que nous avons déjà développés à savoir la nécessité de soigner l'institution et de proposer aux malades une activité ainsi que de leur redonner le crédit de leur responsabilité. BARTZ avait proposé une structuration de l'extrahospitalier avec un enchaînement de services non centrés sur l'hôpital, situés dans la cité, différenciés avec un échelonnement de prises en charge.

Fort de ces concepts révolutionnaires pour la psychiatrie asilaire française se défendant de tout intérêt pour l'Allemagne du fait des enjeux politiques, il développe à Saint Alban avec l'appui de BALVET puis BONNAFE et CHAURAND un système tel qu'il avait déjà développé en Espagne sous la forme des comarques. En 1934, la Catalogne ayant un

---

[464] DELION P. Un jardin extraordinaire. Santé Mentale, N°59, juin 2001, pp 49-53.

[465] DELION P. Contre Point sur la naissance de la psychiatrie de secteur ; dialogue : TOSQUELLES et BONNAFE. Institutions.

gouvernement autonome, un « conseil psychiatrique » avait été crée pour envisager les problèmes d'organisation du soin au sein de ce qui était nommé non pas des secteurs mais des comarques qui signifient « petites régions » en Catalan, il s'agissait d'une structure géographique et sociologique.

L'expérience de Saint –Alban mais également de Ville-Evrard avec DAUMEZON est considérée comme préfigurant l'expérience de la psychiatrie de secteur – avec celle du XIIIème arrondissement de Paris de PAUMELLE, DIATKINE et RACAMIER – du fait de trois mouvements concomitants de changements.

e) Les changements institutionnels

Démontage de l'échafaudage hiérarchique

Le premier concernant le démontage de l'échafaudage hiérarchique ayant cours de manière rigide dans les asiles selon des modalités que nous avons pu voir être qualifiées de féodales pour certaines conférant aux médecins –chef des privilèges de mandarin. Le collectif soignant est né, le savoir médical et le savoir infirmier se partageant au sein de la société du Gévaudan de manière démocratique. Comme le dit BONNAFE, communiste convaincu de même que TOSQUELLES surnommé le psychiatre rouge, « L'occupation a joué un rôle d'une importance extrême dans cette mutation du « Je en Nous » de l'équipe soignante. Il y a eu une expérience de fraternité qui est essentielle[466]. » Il s'agissait de défendre des valeurs anti-autocratiques. Cette dimension de collectif et de démocratisation du savoir sera fortement malmenée au sein du groupe même lors du colloque de Sèvres et du débat sur les compétences psychothérapeutiques des infirmiers.

La création de la géo psychiatrie

Le second est la création de la géo-psychiatrie, une psychiatrie insérée dans ce que TOSQUELLES appelait « la géographie humaines, le cru » ; Saint-Alban fut à la pointe de la recherche sur le travail extra hospitalier et l'expérimentation du tissage de ce que aujourd'hui il est coutume d'appeler le réseau. BONNAFE raconte non sans humour l'épopée de l'autochenille, achetée par Agnès MASSON la directrice de Saint Alban avant BALVET, destinée à « récupérer » les patients au-delà de la Margeride. Une circulation s'était organisée depuis l'intra – centre névralgique – vers l'extra, domicile des patients avec une grande fluidité.

---

[466] DELION P. Contre Point sur la naissance de la psychiatrie de secteur ; dialogue : TOSQUELLES et BONNAFE. Institutions.

La conceptualisation institution -établissement

Le troisième est la conceptualisation de l'institution versus établissement, par lequel il s'agissait de faire éclater un carcan administratif et d'instaurer un système institutionnel entendu comme un système propice aux échanges, une trame réticulaire qu'OURY appellera la tablature dont le Club Thérapeutique comme un outil de réhabilitation du sujet dans sa singularité, sa liberté et **sa** dignité.

La consistance légale

En 1960, en France, une circulaire ministérielle préparée par un groupe de psychiatres et d'administrateurs voit le jour définissant le secteur devant assurer sur trois plans : soins précoces, à proximité du lieu de vie et dans une continuité. L'un des principes fort soutient la lutte contre la ségrégation. A l'instar des associations comme l'Association en Santé Mentale du XIIIème arrondissement de Paris ou de l'Association en Santé Mentale dans l'Est Lyonnais qui en firent les premiers l'expérience, la psychiatrie de secteur se veut une psychiatrie « communautaire[467] » c'est-à-dire une psychiatrie revendiquant une pratique « communautaire ». La politique de secteur apparaissait donc comme nous l'avons abordé dans l'historique en parfaite harmonie avec la médecine sociale et la politique humaniste d'après guerre. Selon AYME ce serait à la promulgation de la Vème république en 1958, prônant l'individualisme et le libéralisme que la circulaire va « tomber à plat » et devoir attendre les années 1970 et des batailles syndicales féroces pour que s'entende cette décision politique et que sa mise en place advienne. L'argument sensible politiquement était l'impérieuse nécessité de mettre fin à l'expansion des lits d'hospitalisation au rythme de 5000 par an et de valoriser les alternatives à cette hospitalisation complète pourvoyeuse d'une iatrogénie gravissime justifiant son recours en extrême nécessité uniquement.

« (…) il instaure un dispositif horizontal, avec prise en charge de toute pathologie mentale, des cas les plus légers aux cas les plus lourds, dans chaque secteur sans renvoi possible vers des niveaux de compétences hiérarchisés. Le système s'oppose ainsi à la médecine à plusieurs vitesses et à une division, toujours menaçante par ses conséquences ségrégatives entre aigu et chronique.[468] »

Il s'agissait également de créer une dynamique de décentrement de l'activité psychiatrique hospitalière sans le souhait de supprimer cette dernière comme c'est le cas dans le courant de désinstitutionalisation soutenu par la RPS mais de limiter son recours à une fonction asilaire

[467] HOCHMANN J. Pour une psychiatrie communautaire. Paris, Le Seuil, 1971.

[468] AYME Jean. Les secteurs et leur devenir. Institutions.

d'hospitalité et non de mouroir. Créée une « médecine de ville » institutionnelle et non libérale était l'un des objectifs du secteur.

Le centre médico psychologique ou « où est le pivot du secteur

Le Centre Médico Psychologique situé dans la cité selon la volonté des promoteurs de la circulaire de 1960 devait être le pivot, le centre névralgique du secteur, dans les faits, une des critiques formulées contre le secteur actuellement est que l'intra hospitalier serait resté en position de pivot n'ayant pas permis de décentrement au sens premier du terme, « changer de centre ». Il est à noter dans cette réflexion que la question de l'administration, cadre de l'institution soignante et garante de la tenue du système est restée fortement enracinée dans les murs de l'intra hospitalier dans la majorité des secteurs de psychiatrie. Nous nous demandons en nous appuyant sur la conceptualisation Etablissement –Institution de la PI si cet élément pourrait en partie expliquer de fait et l'achoppement de la politique sectorielle à ce niveau là.

Une palette de sois multiples, en réseau de proximité avec des partenaires

Ainsi, Il s'agissait de passer outre la réponse monolithique de l'hospitalisation et de proposer un soin multiple et adapté au patient-individu. « Elle consistait, pour l'essentiel, en une rupture avec le dogme de l'isolement, à tisser autour du patient un filet protecteur associant aux membres de l'équipe psychiatrique tous ses interlocuteurs, sa famille, ses voisins, les travailleurs sociaux de son quartier, son médecin généraliste, éventuellement le commissaire de police et les autorités municipales comme le raconte TOSQUELLES. Dans ce collectif, la séparation des tâches permettrait de distinguer des fonctions confondues dans l'ancien asile, et de spécifier la démarche thérapeutique, tout en la différenciant de l'aide matérielle ou du maintien de l'ordre, assurés par d'autres, en articulation avec les soignants. Ainsi, le soin perdrait son caractère totalitaire et ségrégatif. En collaborant avec des protagonistes identifiés comme différents, les soignants évitaient l'exclusion sociale du malade ou préparaient sa réinsertion. »

Réflexions

Premier niveau

L'asile

Le lieu de vie et le lieu de soin : où l'on naît, où l'on est et où l'on erre ?

La distinction conceptuelle entre espace privé et espace public est importante pour la RPS qui soutient la nécessité d'un chez soi pour se sentir soi et se vivre soi, un lieu qui dit autre chose de soi que la maladie. Elle questionne ainsi, la violence des pratiques asilaires mais aussi hospitalière par lesquelles le sujet était dépouillé de son identité et de ses vêtements mis à nu.

« Lieux d'Asile en milieu hostile[469] »

« C'est pourtant encore l'existence d'un lieu d'asile inviolable et sacré, garanti par une autorité indiscutée, qui nous inscrit dans le commerce des hommes, dans la tradition des cultures, dans le Droit et dans la Civilisation. Si l'on se souvient, avec Michelet[470], que « la ville commence par un asile », il conviendrait peut être de revenir aux commencements[471]. »

Au commencement donc se trouvait l'Asylum : « (…) provient semble-t-il de cette pratique propre à la cité (polis) grecque qui accordait à certains étrangers la protection des lois régissant la vie du citoyen. Elle valait comme accueil bienveillant à celui qui, sans cela, serait une menace de fait pour l'ordre social, et ne saurait être qu'éloigné ou rangé au statut d'esclave[472]. »

La distinction semble indispensable à soutenir entre la fonction d'asile et l'institution asilaire, la première se référant à la fonction d'accueil des voyageurs et des pèlerins, des moines « hospitales » du Moyen Age. L'asile alors était une étape dans un parcours structuré donc admissible socialement. « Pour l'homme sans asile, la condamnation à l'errance prend pour lui le nom de folie[473] ». Mais l'on peut retenir des « hospitales » la notion d'étapes, de faire

---

[469] LAVAL C. Titre de son article « Lieux d'asile en milieu hostile » dans le Bulletin National Santé Mentale et Précarité, revue Rhizome d'octobre 2008 N°32.

[470] MICHELET J. Histoire romaine, Tome 1, 1831, p61. « Vetus urbes condentium consilium » ou « La cité commence par un asile ».

[471] LAVAL C. Titre de son article « Lieux d'asile en milieu hostile » dans le Bulletin National Santé Mentale et Précarité, revue Rhizome d'octobre 2008 N°32. C. Laval est sociologue et travaille à OSPERE ou Observatoire National des Pratiques en Santé Mentale et Précarité qui édite donc de manière trimestrielle ce bulletin Rhizome

[472] CONFALONIERIE Patrick. L'asile du schizophrène. Le Sillon. Revue Rhizome. Octobre 2008. N° 32. Psychiatre des hôpitaux du CH du Vinatier, Bron.

[473] LAVAL C. Titre de son article « Lieux d'asile en milieu hostile » dans le Bulletin National Santé Mentale et Précarité, revue Rhizome d'octobre 2008 N°32. C.

étapes pour se restaurer, se rasséréner, il est possible alors d'élaborer la question de l'hospitalité versus hospitalisme devenu la bête noire de la RPS hantée par la chronicité.
Pour Pinel puis Tosquelles, les asiles ont été des lieux de résistance, des refuges. La PI reste imprégnée fortement de cette tradition de protection et d'espace « hors société », « inviolable » où les représentants de la société, les forces de l'ordre, l'administration ne pénètrent pas. Une sorte de « Néosociété » dans la Société comme un Asile-Village versus un Asile – Camp de concentration.

Le concept de sheltarization et les « displaced person ».

La RPS souhaite développer des alternatives à l'hospitalisation complète menaçante de part sa iatrogénie c'est-à-dire sa propension à chroniciser les malades. Cependant, forte de cette idéologie de soin, le discours audible dans une dimension économique fait basculer cette question dans la politique de « la patate chaude » , il s'agit de ne pas la laisser se poser quelque part de peur qu'elle n'entre dans « une dépendance institutionnelle » en d'autres termes qu'elle ne profite du système au sens parasitaire. Cette position avait servi aux politiques américains pour enclencher la désinstitutionalisation sauvage.
Les nouveaux dispositifs de l'urgence sociale « fragmentaires, réticulaires, modulaires » comme les foyers, les CHRS, les centres de jour, ne sont pas inscriptibles dans la durée, il ne s'agit pas de s'y poser, de s'y réfugier.
« On sait même que les nord américains ont créé le concept de « sheltarization » pour dire le risque d'enkystement dans ces types de situations à réseaux entrecroisés. » Le mouvement est donc de rigueur devant l'horreur de ce qui se fige, s'enkyste, se dogmatise, mais le mouvement peut devenir simple errance même dans un parcours « institutionnalisé » quand les étapes ne font pas sens et qu'elles n'ont pas le temps de se vivre. » Ce sont les « displaced person ».

Les trajectoires de la Présence –Absence ou loger l'errance

Les trajectoires en marge sont-elles tolérables, dans une sorte de présence-absence comme le définit et l'encourage la RPS. Nous vous proposons ce texte pour illustrer la notion dont il s'agit et tenter ainsi d'en rendre la complexité.

« S. est un homme qui marche parfois jusqu'à l'usure de ses pieds. (…) S. marche, c'est là qu'il existe, qu'il loge son être, dans le sillon de ses pas, c'est son seul habitat. Il a certes un petit appartement en son nom ou presque, il l'a trouvé avec le parrainage actif de l'équipe soignante, après qu'il fut obligé, par nécessité, de quitter l'appartement thérapeutique où il avait vécu de nombreuses années. Mais S. n'est pas un homme d'intérieur, hors domicile fixe, il est même un homme sans territoire, résidant dans l'entre-deux, de son pays de naissance et de son pays d'adoption. Ce no man's land frontalier lui sied au mieux. Pas même apatride, il est plutôt hors-patrie. S. ne s'identifie à aucun groupe. Il erre, seul, avec ses voix qui parfois l'insultent (…) c'est là son véritable exil. (…) A force de patience et de ténacité, ceux qui l'accueillirent surent lui laisser la possibilité de se forger un semblant de place dans ce monde-là, place d'artifice, identité d'emprunt, qui lui permit de loger au mieux son errance.

Le droit d'asile fait-il partie intégrante du secteur psychiatrique comme psychiatrie communautaire se mêlant d'un lien solidaire, la PI en est déjà un acteur depuis longtemps. Peut-on soigner sans hospitalité ? « Il ne s'agit pas seulement d'appliquer au sujet malade une mesure sociale ou médicale mais de favoriser l'appropriation par lui-même de cette offre, dont il peut alors tenter de faire le meilleur usage, pour soutenir son existence dans le monde[474]. »

La non demande ou l'infra demande

A l'heure où le lieu de soin se déplace vers le malade, l'asile se donne le droit de migrer hors des murs et à ce titre , il se donne le droit et le devoir d'envisager la demande sociale – soin sous contrainte - , la demande du sujet qui souffre et aujourd'hui la « non demande » de celui est en de ça de toute demande car en de ça de toute formule pour se dire. Le but de la psychiatrie communautaire est donc aussi d'aller vers ceux pour lesquels le soin est inaccessible et il s'agit de le faire « incognito » de se fondre dans la masse, « en faux semblant » pour éviter la honte de la stigmatisation, la honte de cette précarité. S'agit-il

[474] CONFALONIERIE Patrick. L'asile du schizophrène. Le Sillon. Revue Rhizome. Octobre 2008. N° 32. Psychiatre des hôpitaux du CH du Vinatier, Bron.

finalement d'une clinique de la non demande ou d'une infra clinique qui nous oblige à accroître notre pouvoir discriminant dans la finesse et au plus près. L'expérience de certains lieux dits « intermédiaires » mal définis, est riche d'enseignements.

Le psy qui traîne et l'accueil informel

Pour illustrer ce propos voici quelques citations que nous espérons éclairantes :

« Il n'y a pas de lieu pour dire ce que j'appelais alors « la souffrance sans nom ». Dans ces conditions les exclus n'intéressent pas le secteur de la santé mentale, et du côté des exclus il ne peut y avoir de demandes. Il s'agit donc pour le « psy-qui-traîne » de se détourner de la question de la demande, pour développer une pratique de « l'aller-vers… ». Etre, dans la pièce café, un homme comme les autres, avec un plus à l'humain qui est sa spécificité de soignant[475]. » L'informel de l'espace d'accueil avec un « psy-qui-traîne » est la condition de la fonction asilaire véritable. Il n'y a pas de compte à rendre, là ; une clandestinité d'espaces interstitiels.

Laisser des espaces informels au sein de la Société serait la gageure actuelle, des interfaces malléables au sens de Malher au niveau desquels comme l'a conceptualisé la PI la demande pourrait prendre forme tranquillement avec le temps qu'il faut pour trouver les mots. Dans ces lieux l'écoute de professionnels irremplaçables est la condition à l'émergence de cette demande puis à l'orientation vers le soin adéquat. « Ce sont les usagers qui choisissent le lieu, le moment de s'y rendre, puis celui d'exprimer un besoin[476]. »

« Pour que tout cela fonctionne, l'élément essentiel c'est le temps, celui qui est donné et celui qui est pris. Les accompagnants avancent au rythme de la personne, en acceptant parfois qu'aucune demande ne soit formulée. (…) Leur ligne de conduite est de ne pas projeter leurs idéaux de vie pour combler la non-demande des usagers. (…) Ainsi c'est la combinaison des trois éléments : un lieu, un référent, du temps, qui donnent aux accueils de jour toute leur dimension asilaire. Cette fonction existe parce qu'elle répond à la fois au besoin interne des usagers de posséder « un lieu de repos » et au besoin concret d'avoir un lieu où la permission leur est accordée d'être soi sans attendre de contrepartie.

---

[475] JOURDAN Marc. Psychologue, psychanalyste, Toulouse. Pièce Café. Rhizome. Octobre 2008. N°32.

[476] FARINA Claudine, Assistante sociale en centre d'accueil et d'orientation de Lyon. L'asile en personne. Rhizome. Octobre 2008. N°32. Pourquoi l'analyse des trajectoires de vie des personnes sans abri montrait à la fois l'absence quasi systématique de lien personnel et la présence d'un lien stable et durable avec un professionnel de l'action sociale ?

Certaines politiques sociales, comme la création du RMI, ont obligé les bénéficiaires éventuels à posséder une adresse où recevoir son courrier et ainsi avoir un lien stable avec un lieu choisi[477]. » Ce fut une riche idée.

Il nous semble que cette réflexion est en cours et qu'elle concerne de nouveau l'articulation entre le sanitaire et le social pour la RPS dont l'idée est de multiplier les portes pour favoriser l'accessibilité de façon à saisir la demande dans sa forme la plus incertaine. Il nous semble que cet enjeu est un défi en termes d'accessibilité aux soins vis-à-vis de laquelle la RPS et la PI nous semblent complémentaires.

Réflexions

Second niveau

Transférer l'hôpital psychiatrique à l'hôpital général

Le choc des cultures ou choc des cliniques

Dans cette idée, le projet de transférer l'hôpital psychiatrique au sein de l'hôpital général en regroupant la psychiatrie avec l'ensemble des disciplines médicales serait une erreur pour BAILLON et les tenants de la Psychothérapie Institutionnelle. En effet, Il s'agirait de renouer avec une logique centripète là où la psychiatrie s'est battue pendant cinquante ans pour s'inscrire dans une logique centrifuge, en spécifiant le lieu de soin en psychiatrie comme fondamentalement différent de la médecine. « Pour la psychiatrie, l'essentiel n'est ni le lit ni le « plateau technique », c'est l'espace relationnel de la rencontre, dit AYME. » Pour lui, la psychiatrie doit aller à l'hôpital général mais au même titre que dans la cité et non sous une forme ghettoïsée. Nous pouvons évoquer d'ailleurs à ce propos combien la clinique psychiatrique est une contradiction dans les termes puisque étymologiquement « clinique » ramène à la prestation médicale au lit du patient alors que la psychiatrie dès PINEL nécessitait de l'espace, la possibilité de mouvement et de rencontres pour se déployer et se soigner, il s'agissait « d'une clinique de l'activité » comme a pu le dire DAUMEZON.

Cette proposition de réintégrer la psychiatrie dans le giron de la médecine serait comme un écho et dans le même mouvement politique que de réintégrer le patient dans la cité ; elle semble également faire écho à une plus grande lisibilité scientifique de la pathologie psychiatrique grâce aux développements des neurosciences, cette reconnaissance de même

[477] [477] FARINA Claudine, Assistante sociale en centre d'accueil et d'orientation de Lyon. L'asile en personne. Rhizome. Octobre 2008. N°32

que celle des patients psychiatriques dans la société est au prix d'une abrasion de la différence, de l'espace entre trouble psychique et folie, entre souffrance et maladie, la médecine tentant semble-t-il de s'uniformiser dans un englobement homogénéisant, selon un paradigme peu évolutif comme nous l'avons vu celui de l'appropriation de la souffrance et de la maladie.

Moyen de lutte contre la stigmatisation

Pour la RPS, l'hospitalisation à temps complet qui justifierait la présence de « lits » d'hospitalisation à l'hôpital général, ne devrait être dévolue qu'au traitement de la crise, traitement qu'elle considère devoir être court et ne pas nécessiter, dès lors, l'espace de circulation tel qu'il était envisagé à l'hôpital psychiatrique. Au fond, effectivement sans pour autant tomber dans la caricature des « grandes visites », la notion de « vie quotidienne valorisée en psychiatrie, faisant l'objet de soins de groupe, pourrait être remise en question si la procédure d'hospitalisation copiait point pour point celle des somaticiens : la grande visite et chacun dans sa chambre tels que les services de psychiatrie de liaison le pratique. La crise implique qu'on ne s'étende pas, que le lieu est un espace d'évaluation et d'orientation, à partir duquel un projet de soins personnalisé est envisagé. Il semble logique d'autre part que la PI, dont l'histoire est caractérisée par la lutte contre le système hiérarchique et dogmatique hospitalier, qui nous semble en conserver encore certaines caractéristiques, ait quelques réticences et inquiétudes à l'idée d'inscrire la logique qui est la sienne dans un hôpital général. La RPS n'utilisant pas le concept d'institutions – au contraire – comme concept de soin, cet obstacle culturel ne semble pas risquer de la fragiliser sur le plan identitaire contrairement à la PI.

---

4) La territorialité[478]

a. Qu'est ce que la Territorialité ?

La régionalisation s'est imposée progressivement, dégageant les politiques de santé de la notion de secteur pour la transposer à celle de territoire. En effet, la notion de carte sanitaire introduite par la loi du 31 décembre 1970, fonde l'idée du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire instauré par la loi de 1991. Il s'agit d'appréhender sur un projet de cinq ans l'offre de soins en psychiatrie sur la base de l'évaluation des besoins de santé. Cet échelon régional a été entériné comme essentiel par les ordonnances de 1996 instituant les Agences Régionales de Santé.

Parallèlement à ces mesures l'institution est confrontée à des mesures d'évaluation d'efficacité et de validité de ses politiques :

(…) l'évaluation des politiques publiques a fait son entrée dans la constitution par la loi de modernisation des institutions de la cinquième république en date du 23 juillet 2008. (…) Lancée depuis fin 2007, la révision générale des politiques publiques (RGPP) souhaitait s'appuyer sur un questionnement rigoureux : « que faisons-nous ? », « quels sont les besoins et les attentes collectifs ? », « Qui doit le faire ? », « Faut-il envisager des scénari de transformations ? », « Comment faire mieux et moins cher ? »[479]. La mesure de la satisfaction des usagers est devenue une obligation pour les établissements de santé depuis l'ordonnance du 24 avril 1996. C'est dans ce contexte que la politique sectorielle est remise en cause.

b. Les critiques adressées au secteur et la territorialité

Les critiques adressés à la psychiatrie de secteur[480]

« Sans remettre en cause les progrès qu'elle a permis de réaliser, on peut relever que la sectorisation, contrairement aux principes fondateurs de la circulaire de mars 1960, n'a pas réussi à prendre en compte les variations des besoins des populations (…) les secteurs sont à

[478] MASSE G., VIGNERONE. Territorialité et santé mentale. Revue Pluriels, La lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, N°60, juillet 2006.

[479] LAVAL C. et FURTOS J. Mesurer…les effets de l'évaluation, edito. Rhizome. Mars 2009. N°34.

[480] MASSE G., VIGNERONE. Territorialité et santé mentale. Revue Pluriels, La lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, N°60, juillet 2006.

la fois peu homogènes et non complémentaires entre eux, de telle sorte qu'une iniquité persistante affecte les réponses apportées aux populations en matière de santé mentale. »

« Si l'on ajoute à ces constats, la situation alarmante de la démographie médicale en termes de répartition, le risque est devenu, hélas d'actualité, d'une partition entre une psychiatrie de relégation rurale et une psychiatrie urbaine. »

« En dépit de l'ambition et des principes affichés, voire de façon contraire et paradoxale, la mise en œuvre de la sectorisation a plutôt conforté la géographie asilaire et maintenu des établissements là où les besoins ne le justifiaient pas (…) »

La réponse de AYME

°L'économie de marché et la logique de « l'hôpital-entreprise »

Selon Jean AYME[481], les détracteurs de la politique de secteur serviraient des objectifs visant à la réduction des dépenses de santé et à intégrer la psychiatrie dans le champ de la médecine, l'englobant ainsi dans le système général. Les marqueurs selon AYME de la dimension « sectoricide » voire « psychiatricide » de la politique en santé mentale évoluant depuis les années 80 sont :

° la disparition du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique ;

° la politique du libre choix sachant que selon lui « on voit à quelle aberration une société fondant ses valeurs sur l'économie de marché peut arriver, lorsqu'elle propose le libre choix des restaurants à un homme ou une femme qui n'a que vingt francs en poche ; les secteurs sont les restaurants du cœur. » ;

° la volonté de transférer l'activité psychiatrique à l'hôpital général ;

° l'idéologie gestionnaire centrée sur « hôpital-entreprise » proposant des approches standardisées d'appréciation du soin par les DMS ou durées moyennes de séjour, par les GHP ou groupes homogènes de patients, par la T2A ou tarification à l'activité, par la démarche qualité et les procédures d'évaluation et d'accréditation ou enfin le PMSI ;

° la place de la psychiatrie « biologique » pouvant conduire à une psychiatrie « du cerveau », outil médicalement validé pouvant servir à la ségrégation des « bons patients curables », les autres étant orientés vers le médico-social, sorte de « néo-asile » appelé MAS ou Maison d'Accueil Spécialisé. En dehors de la crise, quels patients bénéficient d'hospitalisation à temps complet ?

C. Les institutions aujourd'hui

[481] AYME Jean. Les secteurs et leur devenir. Institutions

Une institution dominatrice

« Il faudra toujours aux hommes inventer le monde – c'est-à-dire les institutions – qui garantiront qu'une vie humaine, « suffisamment bonne et juste » puisse durer » dit André Micoud.

Depuis la fin des Trente Glorieuses (1945-1975[482]), les institutions[483] ont été observées comme ayant subi une métamorphose importante : en effet, depuis une position où elles jouaient un rôle central dans la sélection, la définition et la légitimation des problèmes sociaux, où elle garantissait aux praticiens sens et légitimité d'action ; la crise de l'Etat-Providence a déplacé cette position.

En effet, Soulet M.-H. et Haenni-Emery[484] considère que depuis la crise des années 1970, le rapport des praticiens aux institutions n'est plus de nature protectrice, ni dominatrice, ni verticalisée. Il s'agirait, du fait d'un contexte actuel caractérisé par l'incertitude et l'insécurité, pour les praticiens de contribuer à refonder et à faire exister les institutions, c'est-à-dire à participer à leur structuration et non plus à être imposés par elles.

L'incertitude comme opérateur décisif de changement des institutions

L'hypothèse selon laquelle l'actuel serait marqué par l'incertitude comme opérateur décisif dans la transformation des institutions oriente la façon de penser les processus à l'œuvre actuellement. En effet, dire que l'incertitude domine le vécu général des praticiens et des citoyens au sens large implique que les efforts, les actions sont essentiellement confinés à réduire cet incertain, cette insécurité qui en est le corollaire pour accroître la viabilité, la prévisibilité et la confiance. Il s'en suit un rapport au temps à court terme, un rapport au cadre opaque. C'est dans l'impossibilité de déterminer l'adéquation entre les ressources mobilisées et les objectifs à atteindre qui fait de l'action un processus aléatoire aggravant le sentiment d'épuisement et d'insécurité. Le temps et l'énergie impartis à restaurer le cadre ne permettent pas de définir et déployer un projet.

---

[482] Après une période de forte expansion économique, de faible taux de chômage, les chocs pétroliers puis la mondialisation modifient les données structurelles entre l'économie et l'homme du progrès.

[483] HAENNI-EMERY S. Assistante, chaire de travail social et politiques sociales et SOULET M.- H., Professeur de sociologie, titulaire de la chaire de travail social et politiques sociales de l'université de Fribourg en Suisse. « L'institution Incertaine ». Rhizome. Bulletin Nationale Santé Mentale et Précarité. Décembre 2006. N° 25.

[484] Ibid

« Co-construire avec les usagers une idée du futur[485] », transcender leur propre insécurité de praticiens pour dépasser la tâche d'établissement du cadre et soutenir un agir engagé dont la consistance et le résultat valide ou invalide l'existence même de l'institution, renforçant l'insécurité et l'incertitude seraient les injonctions contradictoires dans lesquelles seraient pris les praticiens. Déployer un registre d'actions non orienté par un cadre normatif mais par l'action elle-même, sa finalité et son efficacité légitimant son existence et son soutien par l'institution et visant donc à instituer le but lui-même. Ce serait le « case management » de la RPS appliqué aux praticiens par les institutions. Le registre des ressources instable, non défini par le cadre ne peut être que du côté du « bricolage, de la ruse, de l'ingéniosité »

d.La réhabilitation Psychosociale et les institutions

Désinstitutionalisation ou transinstitutionnalisation

La RPS travaille intensément à produire un cadre légal et scientifique de l'action visant à réduire l'incertitude dans laquelle sont prises les institutions actuelles comme nous l'avons évoqué et à redonner de la profondeur à l'agir en mesurant son efficacité. Elle tente ainsi de réintroduire de la visibilité dans le fait psychiatrique pour le rendre intelligible et source d'investissement et de considération pour la Société. Elle se caractérise donc profondément dans un mouvement qui accompagne la Société dans ce qu'elle est et dans ses propres changements qui sont ceux de ces institutions. Contrairement à la PI qui y résiste la RPS essaie de le suivre en participant à influer sur sa direction. Aussi à ce stade de la discussion, très gênée par le terme de Désinstitutionalisation, depuis le début de notre propos, nous nous demandons si nous ne pourrions parler de Transinstitutionnalisation au sens de transculturel.

L'organisation en réseau, la transversalité et multi-dimensionnalité.

En effet, l'organisation pyramidale s'efface au profit d'une organisation horizontale, réticulaire. La légitimité et la validation de l'action de chaque praticien sont soutenues par l'approbation des membres du réseau. Il s'agit là d'une garantie procédurale et non normative qui a cependant le mérite de garantir la viabilité des accords entre praticiens. L'accessibilité des décisions et des accords à la remise en question les rend fragiles et favorise l'instabilité.

Le praticien « se doit d'opérer des choix parmi un univers de possibles. Ses décisions sont à prendre dans un contexte ne lui permettant aucunement d'augurer de leur bien-fondé, de leur

[485] Ibid

légitimité. Quand bien même il n'a pas de prise sur les tenants et les aboutissants de ses choix, il devra en tant que professionnel, en assumer les conséquences non prévisibles[486]. »
Au regard de ces éléments une de questions qui nous semble être à poser dans cette perception de l'organisation des soins de la RPS est la responsabilité des choix engagés. Le médecin restera-t-il la figure décisionnaire ?

En conclusion

Après avoir abordé le soin psychiatrique et les pratiques de RPS et de PI en les articulant à la notion d'espace, ce qui nous à conduit à circuler entre l'asile concentrationnaire et l'asile hospitalité puis au sein de la psychiatrie communautaire entre le secteur et la future territorialité nous allons évoquer dans cette deuxième partie, et selon le même principe, la temporalité.
Le temps nous a été annoncé comme collabé dans la simultanéité des informations projetant le sujet dans un espace monde virtuel. Comment le soin va-t-il se situer ?

II) La chronicité et hospitalisme

Introduction

« C'est une des spécificités les plus importantes de la psychiatrie : les patients présentant des problèmes psychiatriques nous attendent au tournant de la durée[487] »

A) La chronicité en psychiatrie et la chronicité de la psychiatrie

1. L'incurabilité

La question initiale posée autour du trouble mental était : « Curable-incurable ». Une hospitalisation de quinze jours était consentie à l'Hôtel-Dieu avant d'orienter les malades vers l'Hôpital Général quand le traitement expérimenté par les médecins « somaticiens » étaient inefficaces, il appartenait ensuite à Pinel et aux autres aliénistes de se débrouiller de « l'incurabilité » ainsi diagnostiquée et pronostiquée par les médecins « reconnus » comme tels, patentés. « (…) la pathologie mentale s'avère, par excellence, une pathologie chronique

[486] Ibid

[487] DELION P. La Chronicité en psychiatrie aujourd'hui, Historicité et institution. Sous la direction de P. DELION, Eres, 2004p 76.

et que, bien plus que dans d'autres spécialités, les affections en cause ont une propension pour ainsi dire naturelle à durer très longtemps. A tort ou à raison, c'est un propos commun, qui occupe à la fois les stéréotypes sociaux relatifs à la psychiatrie, les théorisations de cette discipline, et les résultats de l'investigation épidémiologique.[488] » En partant de cette position ainsi décrite, G. LANTERI-LAURA déplie la question de la chronicité en psychiatrie en lien avec la pathologie mentale pour laquelle l'épithète chronique serait pléonasme ;

a) La représentation sociale de la pathologie mentale

Rechute

La chronicité pourrait influencer celle de la guérison et la rechute, en d'autres termes le statut évolutif comme « cette pathologie étant par essence chronique, chaque guérison reste apparente et l'on doit prévoir la rechute ; inutile de commenter les vœux de coercition qu'on en déduit bien volontiers ».

Parallèlement, si la chronicité « est la règle », « il faut s'efforcer de prévenir l'apparition des troubles, et les traiter au plus vite, pour leur épargner une évolution chronique, si spontanément menaçante ; »

Aussi, l'ensemble de la psychiatrie même se définirait, dans sa stratégie thérapeutique par cette menace de la chronicité qu'elle soit « en puissance » ou « en acte » la renvoyant impitoyablement à l'absence de guérison et à une « épée de Damoclès » : la chute ou la rechute. Il nous semble intéressant de souligner que cette position était déjà celle d'HIPPOCRATE qui, comme nous l'avons vu, dans la *Maladie Sacrée* ne tenait compte que des pathologies « continues », chroniques des troubles mentaux, la symptomatologie aiguë étant traitée dans d'autres livres du *Corpus Hippocraticum*.

La chronicité victime des préjugés de l'opinion publique ?

« (…) le poids de la chronicité dans l'image sociale de la pathologie mentale (serait) propre à notre civilisation. » selon G. LANTERI-LAURA qui se pose la question suivante : Pourquoi la chronicité est-elle une menace ? Il semblerait qu'elle associe d'emblée dans l'opinion publique, les hospitalisations interminables et la désinsertion professionnelle inhérente unilatéralement à la pathologie mentale, sans appréhender la responsabilité sociale de cette désinsertion secondaire.

---

[488] LANTERI-LAURA Georges. La Chronicité en Psychiatrie. Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance. Collection « les empêcheurs de penser en rond ». 1997. Article initialement publié dans Annales, 3, (27), mai-juin 1972, pp548-568.

D'emblée, tout processus pathologique est bardé d'une probabilité de chronicité c'est-à-dire «poursuite et aggravation du processus » écrasant au regard de celle de la guérison sans séquelles.

Quand les représentations sociales coïncident avec les conceptions théoriques.

En 1972, G. LANTERI-LAURA dans son ouvrage sur la chronicité expose comme significatif, le nombre de pages théoriques « écrasantes » - plus 1/5 - réservées à la description des pathologies mentales chroniques en psychiatrie dans les manuels de psychiatrie classique ayant fait et faisant référence versus celle des pathologies aiguës. Peut-on alors en conclure que la chronicité s'érige en caractéristique doctrinale ?

La psychanalyse également semble écarter les névroses actuelles au profit du développement des névroses de caractère et de transfert. Ce qui est fréquent est chronique et ce qui est rare est aigu. Les descriptions nosographiques de l'espace clinique de l'aigu sont vagues comme la « réaction névrotique » ou l' « état dépressif névrotique ».

La clinique de la psychose est la plus concernée par l'aigu mais toujours avec un enlisement descriptif comme le fit MAGNAN, touffu, trop hétérogène pour permettre une lisibilité comme la bouffée délirante de MAGNAN et LEGRAIN au rapport complexe avec la confusion mentale d'étiologie infectieuse ou toxique. Alors même que Magnan n'était en position que d'appréhender la pathologie psychiatrique que dans une manifestation aiguë qui entravait l'ordre public et qu'il considérait comme « chronique a priori[489] ».

De plus, le champ de la psychopathologie[490] a modifié le rapport à la clinique. L'histoire de la maladie dans un récit diachronique, est intégrée dans une histoire personnelle du sujet, encline à un certain dynamisme développemental, scandée par des avatars pathologiques. Au regard de cette approche, la chronicité est la règle puisque enchâssée dans le développement du sujet, l'acuité est une émergence d'un principe plus fondamental.

b) Les données de l'épidémiologie concernant la psychiatrie moderne.

En premier lieu en 1968, les statistiques médicales des établissements psychiatriques dans le Bulletin de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale en 1970, retrouvait 12,4% d'affections aiguës comme motif de prise en charge psychiatrique sur l'ensemble, les troubles chroniques représentant 87,6% ; 29% des patients font un séjour hospitalier de moins d'un an, 71 % de plus d'un an dont 29 % depuis plus de dix ans et 14 % de cinq à dix ans.

---

[489] POSTEL et QUETEL ; Une nouvelle Histoire de la Psychiatrie.

[490] BONNAFE L., FOLLIN S., EY H., LACAN J. et ROUART J. Le problème de la psychogénèse des névroses et des psychoses. Paris, Desclée de Brouwer, Première édition, 1950.

En second lieu de la fin du XVIIIème siècle au début du XXème siècle, la mortalité infantile a considérablement diminué et la durée de vie moyenne des individus a augmenté. Ainsi, LANTERI-LAURA soulève l'hypothèse darwinienne selon laquelle, des individus « un peu moins résistants » - référence au « struggle for life » - aient survécu et porté des maladies mentales au début du XXème non accessible aux aliénistes. En effet, inversement ces derniers du fait d'une mortalité prématurée de leurs malades, la question du recul clinique temporel était hors de propos, ainsi ALZHEIMER peut-il décrire une démence sénile que ESQUIROL ne peut qu'ignorer du fait de l'âge que doit atteindre le malade pour qu'elle soit diagnostiquée. Mais cette hypothèse très « théorie dégénérative » n'est pas étayable sur le plan épidémiologique. Ce deuxième point soulève donc le fait que le concept de chronicité est sous tendu directement par la longévité de la population concernée. Cette question paraît donc d'actualité quand on sait comme nous l'avons évoqué dans l'épidémiologie que la morbidité et la mortalité des personnes souffrant de troubles psychiatriques sont plus élevées que dans la population générale.

2) Les origines de cette conception de la chronicité.

a) La clinique psychiatrique et l'évolution du concept de chronicité

Le temps asilaire

Les aliénistes et la pathologie aigue : manie, mélancolie, démence et idiotisme sont les quatre éléments nosographiques dont se sert PINEL[491], la dimension même de chronicité est étrangère à sa conception d'ensemble puisque la même entité pathologique « L'aliénation Mentale » prend plusieurs formes périodiques ou continues. De même ESQUIROL[492]n'aborde pas la chronicité dans sa nosographie : lypémanie, monomanie, manie, démence, imbécillité. En fait, chez les aliénistes, le patient n'existe qu'en passant la porte de l'asile, c'est PUSSIN qui le premier effectuera des recueils de données à l'entrée des patients et s'en servira pour entrer en contact avec eux dans le traitement moral. Cette dimension anamnestique n'intéresse pas les médecins soucieux d'appréhender des états de manière synchronique, le temps de l'asile étant un temps arrêté hors société où les états morbides se succèdent, seul espace où la folie pouvait et devait être pour se laisser médicaliser, observer.

L'incurabilité et le positivisme médical

---

[491] PINEL Ph. Traité Médico-philosophique sur l'aliénation mentale. Paris, Brosson. 2ème édition. 1809.

[492] ESQUIROL E. Des maladies mentales considérées sous leurs rapports médical, hygiénique et médico-légal. Paris, Baillère, Première Edition, 1838.

L'incurabilité étant posée d'emblée, la question du pronostic est secondaire dès que la société est protégée c'est tout ce qui est demandé aux médecins, le reste les regarde dans leur quand à soi, ils s'auto mandatent, ni l'Etat, ni les familles n'imaginent, ni n'attendent autre chose. L'étiologie oscillant entre cause morale et cause cérébrale, même à ce niveau, la position médicale semble rester optimiste, leur intervention ne pouvant sans doute pas entraîner une condition pire que celle que vivent les patients dans l'asile. De plus, l'espoir de l'existence de lésion d'organe comme conférant « une prise sur la pathologie par le médecin » motive les autopsies et la démarche anatomoclinique.

Fin du XIX apparition de la notion de chronicité

Il semble que la question de la chronicité soit devenue réellement pesante à la fin du XIXème siècle, sous le second empire. Selon G. LANTERI-LAURA, notamment à l'occasion de l'élaboration de la sémiologie des délires chroniques de la théorie de la dégénérescence et de la notion de démence, la chronicité a commencé à constituer un problème économique. La notion de chronicité des délires est associée à celle de l'irréductibilité et d'histoire naturelle de la maladie. Le temps de chronicisation devient une caractéristique de la maladie elle-même, et permet dans une ère psychiatrique scientifique et positiviste, de formuler un pronostic même s'il ne peut s'agir alors que de chronicité et de démence

Pronostic péjoratif et la désillusion étiologique

La notion de pronostic en psychiatrie ne peut être, alors, que pessimiste, les psychiatres ne pouvant jamais être à la fois optimistes et dans le pronostic. Même après les critiques faites à l'œuvre de MAGNAN et l'émergence de nosographie difractée des activités délirantes comme le délire de persécution, d'imagination, les PHC, la chronicité reste inhérente au délire. De plus, les autopsies n'ayant pas permis d'authentifier cette lésion tant recherchée synthétisant l'étiologie des pathologies psychiatriques, l'espoir et l'optimisme ont laissé place à une désillusion, accentuant le poids de la chronicité et son affirmation pronostique. Certaines pratiques, notamment dans des contextes d'expertise psychiatrique, d'hospitalisation d'office à vie, s'appuient sur ce seul savoir de la chronicité et justifient « un bagne à perpétuité ». La chronicité est un excellent concept associant le soin et la protection sociale.

Le temps générationnel et la théorie de la dégénérescence

La théorie de la dégénérescence consiste à repérer sur plusieurs générations des troubles non spécifiques interprétés comme formes variables d'une même entité pathologique et chronique

à l'œuvre qui ne pourra cesser que par arrêt de la procréation et l'extinction de la lignée. L'espace temps se dilate en embrasse le passé et le futur, élargit le champ d'intervention de la psychiatrie non pas vers une précision psychopathologie mais plutôt un processus d'englobement indifférencié, qui transforme l'objet afin qu'il s'adapte au cadre conceptuel et non l'inverse.

b) La chronicité nosographique et iatrogénique

La nosographie

Au XIXème siècle, DE CLERAMBAULT et MAGNAN à l'infirmerie générale et au service des admissions de Sainte Anne, sont amenés à être en contact avec des patients en situation aiguë pour lesquels ils considèrent d'emblée que le trouble est chronique sans avoir accès à l'observation dans le temps de ce patient contrairement à KRAEPLIN, pratiquant en milieu psychiatrique asilaire, se basant sur l'évolutivité pour établir sa nosographie.

La chronicité d'origine iatrogénique

Donc, la fin du XIXème siècle marque de manière profonde la structuration du champ de la psychiatrie autour de l'aigu et du chronique ; de plus « (…) la structure et le contenu de la théorie dépendent aussi bien de l'objet observé que des conditions de son observation. L'étude des conditions de l'observation va alors nous permettre d'avancer bien davantage dans la lecture de notre problème de la chronicité en psychiatrie. » Pinel posait comme condition à l'observation l'isolement des malades dans un asile, lieu assez grand, ne recevant que des malades mentaux et à l'écart du reste du monde. Ce principe semble proche du réductionnisme scientifique qui isolait son objet de contingences extérieures pour l'observer. G. LANTERRI-LAURA se lie également à l'esprit libéral, philanthropique et optimisme des aliénistes pour lesquels « le poids de la chronicité » n'existait pas. Cet esprit a sous tendu les efforts des promoteurs de la loi de 1838, visant à isoler pour favoriser les soins. La société et ses tourments étant déjà pointée implicitement comme susceptibles de favoriser « la folie », dans laquelle les douches, la camisole et les cellules remplaçaient les sévices, les chaînes et le cachot, dans laquelle des « garde fous » législatifs se posent pour limiter les internements arbitraires qui pouvaient ne jamais prendre fin et à ce titre devenir chroniques.

c) La chronicité et la pulsion de mort

Au premier abord, la chronicité[493] renvoie le médecin et le soignant à une impuissance, à une image de désespoir en ce sens qu'elle assiste sans avoir de prise sur le processus inéluctable de la détérioration progressive. Elle confronte les soignants à un véritable deuil de la guérison. Se rappeler la position de la médecine hippocratique telle que nous l'avons décrite dans l'historique me semble intéressante. En effet, Hippocrate était confronté et en avait conscience à un arsenal thérapeutique très pauvre ne lui permettant pas de se projeter vers la guérison d'un malade par l'effet d'une thérapeutique qu'il aurait administré. Dégagé de cette exigence dans laquelle la médecine occidentale est sollicitée en permanence, il se plaçait auprès du patient dans une prévention à tonalité particulière, une prévention qui préparait le patient à l'idée de l'évolution dramatique de sa situation vers sa mort ; il ne s'agissait pas alors de venir « avant la maladie » mais « avant la mort » en accompagnant le patient dans ce processus. Le médecin était celui qui accompagnait donc soit dans un processus de rétablissement, on pourrait dire réhabilitation soit dans un processus amenuisement, d'extinction des forces vives jusqu'à la mort. En tout cas, il n'en décidait pas. Cette question se trouvait dans les mains de la Nature et des Dieux.

B) Quand la chronicité confronte à la mort et à la déchéance

L'affrontement des points de vue de ces deux pratiques se situerait dans la recherche de la position « suffisamment bonne de WINNICOTT » ou « ni trop, ni pas assez » ; entre le fatalisme lié à la lourdeur et la désespérance psychologique des soignants et la performance scientifique dans une configuration sociale où l'Espérance de vie est considérablement allongée, projetant la Science dans un fantasme de toute puissance.

1) La mort, la maladie, l'espérance de vie

a) La chronicité c'est la mort en présence

Il nous semble important de s'arrêter sur cette question sensible, du positionnement de la science au sein des disciplines médicales. C'est la volonté de maîtrise de l'homme sur son environnement et de façonner le monde qui l'entoure, qui mobilise sa créativité, sa motivation

[493] MICHON A, service de psychiatrie gériatrique, Genève. Faire face à la chronicité : à propos de l'apprentissage des limites. Médecine et Hygiène, Suisse, Genève, revue, 2004, vol. 62, N° 2489, pp 1423-1426.

à chercher, à comprendre, à vivre. Il ne s'agit donc pas de le lui reprocher mais de souligner que si cette volonté fait sa force, elle fait aussi sa faiblesse devant un constat d'impuissance, devant ce qui résiste. Ce qui résiste, c'est l'Autre sous la forme par exemple de l'Ethique, en considérant comme le dit KANT que l'Homme ne peut jamais être un moyen mais une fin. C'est l'Autre en tant qu'il désire et qu'il meurt à notre insu, dans la plus grande énigme de sa condition qui échappe à la connaissance, au Logos. Il y a là de l'irréductible, cet irréductible est un manque, un impossible dont la forme la plus traumatisante à rencontrer est la préfiguration de sa propre mort dans celle de l'autre.

b) La bonne mort sans déchéance

Il serait réducteur de poser les choses ainsi, en effet, au-delà de la question de la mort, se pose celle de la déchéance, celle qui échappe en fait à la représentation de la mort moderne qui survient chez une personne âgée – c'est-à-dire, au minimum autour de l'espérance de vie statistiquement calibrée, constituant la performance la plus aboutie possible - vivant chez elle entourée de sa famille, ayant réussi sa vie, en baignant globalement dans le bonheur, c'est-à-dire en réunissant tous les critères de qualité que doit remplir « une bonne vie » pour que la mort soit réussie, que ce soit « une bonne mort[494] »

2) La science comme fabrique de la chronicité en même temps que l'Espérance de vie ou quand Eros et Thanatos sont intimement liés.

a) La vie courte au Moyen Age

Jusqu'au XIX ème siècle, comme nous l'avons abordé dans l'historique, l'attachement à la vie humaine diffère de celle de nos sociétés modernes du fait que la vie des hommes est conditionnée par une logique de survie. Les maladies alors les plus destructrices sont infectieuses comme la Peste Noire, mais aussi, la syphilis, la tuberculose, la lèpre ou le typhus, exterminant des populations par millions individus et n'épargnant pas les enfants ; l'espérance de vie d'un être humain est de vingt cinq ans. Ces maladies sont également utilisées comme arme de guerre que l'on qualifierait aujourd'hui de bactériologique date en fait du Moyen Age où les guerres faisant rage, on jetait les cadavres porteurs de maladies dans le camp ennemi. Maladies, Guerre, Famine, Pendaison publique placent la mort au centre de la vie quotidienne, au centre des relations humaines, au centre de la vie sociale, elle est partout. Elle est omniprésente et la « fin de vie » est à l'accoutumée brutale, ainsi le vieillissement reste un

[494] HARDY Laurence, sociologue-anthropologue, université Rennes 2, formatrice en Institut de Soins Infirmiers et en Institut de Travail Social. Les représentations sociales de la « bonne mort ».

privilège des classes sociales mieux nourries. Il y a peu d'espace temps entre la vie et la mort dans la réalité ce qui fait que chaque individu la porte en lui dans une grande proximité et une grande continuité. L'attachement à la vie de l'autre est teinté de cette réalité affectivement.

b) Le mouroir ou La mort sociale

Dans le cas de la lèpre, même si la maladie tue plus lentement, la mort est convoquée rapidement par la ritualisation d'une exclusion symbolisant la mort sociale. il entre dans un mouroir, délibérément un « espace de non vie et de non mort » qui est la mort sociale.
« Le paradoxe de TOCQUEVILLE [495]» veut que plus un phénomène désagréable diminue comme la violence, la mort ou l'exclusion et plus ce qu'il en reste devient insupportable. L'apparition progressive de l'Etat c'est à dire d'une organisation politique entraîne un processus de pacification de l'espace de vie valorisant l'avènement de la Sécurité Sociale et soutenant de facto un processus d'individualisation. La mort s'individualise et « s'intimise », elle est périphérique, les progrès de l'organisation sociale, de la Santé Publique et de la Science comme l'alimentation par l'agriculture et les connaissances médicales sur l'hygiène et la guérison des maladies infectieuses, ayant contribué à la tenir à plus grande distance.

3) Les maladies chroniques

Progressivement, les maladies chroniques de longue durée ont été ciblées comme les plus pourvoyeuses de mort. Mourir prend du temps, nécessite de vivre une phase terminale ; la médicalisation de la mort s'accélère en 1975, entraînant un déplacement de la mort depuis le cercle intime au cercle public des institutions hospitalières. « La bonne mort devient la mort assistée médicalement, d'une personne âgée atteinte d'une maladie de longue durée qui permet à la personne atteinte d'arriver jusqu'à un âge mûr (…)[496]. » A partir des années 1990, l'idéal de la « bonne mort » est une mort accompagnée, dans une unité de soins palliatifs où la spécificité des besoins de la personne est écoutée et considérée ; l'objectif de tous est de pacifier ce moment en pacifiant le corps de ses spasmes, douleurs et angoisses. Le temps s'inscrit dans la profondeur, déplié entre une vie et une mort, tenues à distance, l'attachement

[495] HARDY Laurence, sociologue-anthropologue, université Rennes 2, formatrice en Institut de Soins Infirmiers et en Institut de Travail Social. Les représentations sociales de la « bonne mort ».

[496] Ibid.

à la vie de l'autre prend une autre valeur. L'imminence de la mort brutale est refoulée et vécue comme une injustice voire une inconvenance ou un affront quand elle survient de manière inattendue.

Réflexions

La chronicité selon la RPS

Selon AYME et BONNAFE

« (…) cette distinction [entre établissement et institution] revêt la plus grand importance puisqu'il s'agit de pouvoir continuer à travailler avec les patients tout le temps qui sera nécessaire à leur soutien psychique, et donc à leur psychothérapie ; et dans ces conditions, la logique des soins ne peut se résoudre à une simple équation dans laquelle l'urgence est le seul moment relevant du sanitaire, tandis que le « reste » du temps, celui de la chronicité, relèverait du social ou du médico-social. La maladie mentale, dans la dimension de chronicité qui lui est intrinsèquement liée, soumet le patient à une urgence quotidienne. Les thérapies institutionnelles contribuent par leurs réflexions à ce sujet, à organiser les soins de telle manière que le patient puisse compter sur nous *dans la durée,* sans que nous puissions pour autant prétendre à être les seuls capables de le faire. »

Ces considérations nous amènent à comprendre que la PI traite cette question en sommant les soignants de ne pas déserter cette problématique de la chronicité, qu'elle considère être de sa responsabilité dans la construction d'un dispositif de portage – les fonctions phoriques, sémaphoriques et métaphoriques décrites par DELION comme nous l'avons vu – et de ne pas reléguer à d'autres de manière condescendante ce qui serait alors ravalée au rang de « sale besogne ». Ne pas considérer cette dimension du sujet serait opérer une ségrégation entre le « bon » patient et le « mauvais ».

Selon la PI, la chronicité est une donnée de la pathologie mentale mais il est important d'éviter dans une logique de prévention secondaire d'aggraver cette pathologie et ce processus morbide par l'iatrogénie qui est entendue comme inhérente au système institutionnel dont la dynamique est toujours en équilibre entre Thanatos, la pulsion de mort, de déliaison au cœur de la pulsion de vie Eros. Elle pose la question : les hôpitaux

psychiatriques sont-ils seuls pourvoyeurs de chronicité ? Faut-il leur faire porter tout le poids de cette dimension inhérente à la pathologie mentale ?

La chronicité selon la RPS

« La Chronicité, et par conséquent souvent le maintien d'une hospitalisation faute de formules de soutien social adapté, enlisent le patient dans une situation concrète de dépendance, d'absence d'initiative et de stimulation, de pauvreté des liens interpersonnels qui iront progressivement dans le sens d'un particularisme stigmatisant et d'une désinsertion. »

Selon la RPS, la chronicité dite « hospitalisme » est entendue comme essentiellement iatrogénique, les stratégies de réhabilitation doivent empêcher l'évolution déficitaire de la pathologie, non pas en lien avec la problématique institutionnelle mais avec la désinsertion sociale inhérente à l'hospitalisation au long cours. Ce qui n'est pas le cas pour la PI qui conserve une approche de la chronicité liée à la psychopathologie.

L'importance de l'articulation entre les secteurs sanitaire et le social

C'est à ce titre et dans ce sens que la Réhabilitation du patient est un problème de santé – « recouvrer des habiletés sociales et se réinsérer soignent authentiquement[497] » - dont la promotion a été clairement notifiée dans un rapport de 1995[498], valorisant les soins de réadaptation, le développement d'articulation entre le sanitaire et le social, les expériences en matière de réinsertion. Le manque de structures adaptées dans ce domaine est ensuite souligné de nouveau par le rapport Joly en 1997 selon D .LEGUAY.

La désinstitutionalisation

L'Angleterre annonce la fermeture à terme des hôpitaux psychiatriques, en Italie BASAGLIA et son mouvement aboutissent à l'abrogation de la loi sur l'enfermement de 1904, aux Etats Unis, la désinstitutionalisation précipite la fermeture des lits d'hospitalisation psychiatrique envoyant à la rue nombre de malades psychiatriques , c'est la désinstitutionnalisation. La France et les pays francophones sont plus prudents et ne s'inscrivent pas dans ce mouvement de « désinstitutionalisation » mais élabore au travers de la sectorisation un processus de

[497] LEGUAY Denis, praticien hospitalier, chef de service du secteur 4 CESAME à Sainte Gemmes sur Loire dans le Maine-et-Loire. Le système de soins psychiatriques français : Réalités et Perspectives. Rapport d'assistance et de thérapeutique. Congrès de Psychiatrie et Neurologie de Langue Française, Mulhouse, juin 2002, 100 ème session. La question de la chronicité p 97.

[498] Ministère de la Santé Publique et Assurance Maladie. Paraye.

« désaliénisation ». L'hospitalisme ou iatrogénie du système institutionnel est le processus qui justifie selon la RPS la désinstitutionalisation qui demeure un concept qui nous est apparu difficile à appréhender. En effet, en le prenant au pied de la lettre il s'agit de prôner la suppression des institutions, or selon la définition de DELION cela reviendrait à priver les hommes de moyens d'agir et d'espaces de rencontres, en d'autres termes, il s'agirait de supprimer la Société. Il nous a semblé comprendre que ce terme ne s'adresse qu'à l'institution hospitalière en tant que telle qui serait remplacée par un autre système que nous n'osons plus appeler institution qui refonderait le principe de l'accompagnement aux personnes selon un réseau qui ne serait plus constitué uniquement de soignants. D'une certaine façon ce processus souhaite supprimer les institutions comme le prônait LE GUILLANT et en recréer d'autres en dehors de l'ancien système ne correspondant plus aux besoins et se décentrant de prérogatives uniquement médicales. Contrairement à la PI qui a toujours fait avec l'institution en tant qu'outil de soins.

L'hospitalisme

SPITZ et BOWLBY, pendant la guerre effectuent des travaux majeurs sur l'hospitalisme. Ils permettent que soit reconnu le rôle pathogène des privations affectives précoces chez le jeune enfant victime de placement hospitalier long ou en internat. Il s'agit par extension d'une régression mentale des patients hospitalisés pendant de longues périodes.

Chez l'enfant, il se manifeste par un état somatique grave s'installant progressivement dans un contexte de carence affective : si la mère, avant qu'il n'ait pu établir une relation stable avec elle s'absente plus de six mois l'enfant se laisse littéralement mourir, dans un tableau d'inhibition anxieuse, de désintérêt pour l'extérieur du nom de dépression anaclitique. Ce trouble irréversible au de là de quatre mois d'absence évolue vers la mort par marasme.

Ce trouble est en psychiatrie adulte à rapprocher de l'iatrogénie déjà décrite par BOUCHET et HERMANN au XIX ème siècle observant des comportements d'agressivité, fugues, chez les patients enfermés vis-à-vis desquels la politique de « l'open door » et « non restraint » diminuait cette symptomatologie. Globalement les précurseurs comme TUKE le quaker ayant inspiré PINEL et certaines figures comme Guillaume de BROUTET (1739-1817), l'un des précurseurs de la profession infirmière avait déjà observé que les mauvais traitements et les sévices ne faisaient qu'aggraver l'état de folie. La PI aborde également la Pathoplastie selon OURY, il s'agit de fabriquer littéralement de la pathologie en étant en institution.

La chronicité et la RPS

La RPS insiste voire milite pour abolir les mouroirs au travers de l'abolition des hospitalisations complètes à fort risque de devenir chronique. Elle se place dans une logique visant à limiter les effets iatrogènes aujourd'hui clairement prouvés « scientifiquement » de la mort sociale telle que nous l'avons abordée plus haut. Aussi, mobilise-t-elle la Société Humaine dans sa responsabilité, et souhaite-t-elle remettre la chronicité et sa pulsion de mort au cœur de la vie sociale signifiant ainsi sa profonde appartenance à la vie humaine. Sa volonté de séparer lieu de vie et lieu de soin, s'inscrit dans ce mouvement réhabilitant le droit de mourir chez soi et pour la médecine de se dessaisir d'une médicalisation de la mort en se décentrant de « être tout pour le patient », mais plutôt « être avec, à côté » des gens donc de la Société. Il s'agit de remettre une différenciation entre un chemin de vie et une trajectoire de soin ; pour la RPS, cette position serait garante d'une déstigmatisation de ces patients comme le souligne D. LEGUAY et favorise une réintégration sociale, là où la PI y voit un risque de recréer des « asiles » c'est-à-dire « des mouroirs » dans les structures médico-sociales concernées comme lieux de vie de ces patients et cette position du soin comme un abandon et un aveu d'impuissance donc de ghettoïsation des patients.

Etude de E . CHAPIREAU

Effectivement, si le soin se déplace en s'adressant aux usagers dans la cité, il est bien sûr inenvisageable que ce changement de lieu de vie pour les patients chroniques rime avec oubli de soins. Cependant, il nous semble intéressant de rappeler à ce stade de la réflexion l'étude de F. CHAPIREAU dont nous avons parlé dans la partie statistique qui nous apprenait que la désinstitutionalisation dont le but était de lutter contre cette chronicité s'est avéré un processus beaucoup plus complexe montrant notamment que les personnes placées en institution avec hébergement sont beaucoup plus souvent hospitalisées et sur des longs séjours en milieu psychiatrique que la population générale. La raison de ce transfert de patients d'institutions à institutions n'a pas été abordée dans l'article mais nous nous permettrons de faire un lien avec la pulsion de mort contre laquelle les soignants doivent lutter, résister au risque de s'épuiser si, l'outil de travail qu'est l'institution, n'est pas considéré suffisamment. Il s'agit d'en prendre soin et ce, de quelque nature que soit cette institution sanitaire, médico-sociale ou sociale.

En conclusion

Dans la première partie nous avons abordé le fait que :

La psychiatrie communautaire dans laquelle se reconnaissent la RPS et la PI ne peut par définition faire l'économie d'une réflexion sur la communauté et son fonctionnement. En effet faire le constat de la stigmatisation des patients, de leur discrimination induit, pour les praticiens de la psychiatrie, une responsabilité. Les malades le sont d'autant plus (malades) que les liens de reconnaissance avec cette communauté sont distendus voire rompus. Pour l'institution du soin favoriser la réintégration du malade mental dans la communauté, c'est le réintégrer de plein droit et lui assurer ce qu'elle assure à tous, ni plus ni moins, de manière suffisante. Il s'agit d'un besoin aussi important que manger et boire. Le marasme de l'hospitalisme en témoigne.

Dans cette partie nous avons abordé le fait que :

Pour atteindre cet objectif, la psychiatrie communautaire doit continuellement, s'interroger sur les mécanismes d'exclusion et d'inclusion sociales afin de les prévenir. L'abord des premiers nous apprend que l'inclusion n'est pas envisageable de manière caricaturale comme « la réintroduction d'une pièce réparée dans une machine ». Elle nécessite un travail, un aménagement, une transition bref un espace. Cet espace est une institution dont les acceptations s'ordonnent d'un lieu et d'un temps. Dans cette deuxième partie nous avons appris qu'elle était un contenant destiné à « possibiliser », le processus intégratif en lui-même. C'est de processus intégratif à proprement parler dont nous allons parler dans cette dernière partie, toujours selon les mêmes principes de discussion entre la RPS et la PI, les « intégrateurs choisis » étant le Handicap, le Travail et la Culture.

Chapitre 3

Discussion entre la Psychothérapie Institutionnelle et la Réhabilitation Psychosociale

Partie 3 Les intégrateurs sociaux

Handicap

Travail

Le Handicap

Intégrateurs Sociaux 1

Introduction

Dans cette dernière partie, nous allons nous intéresser aux intégrateurs sociaux en commençant par le Handicap. L'accession des personnes souffrant de troubles mentaux à cette affiliation sociale a permis de les réhabiliter dans des droits citoyens par un processus de qualification et non de disqualification discriminative. En donnant à la Société un modèle de représentations de leur situation, elle leur permet de les intégrer. Au fur et à mesure de ce développement sur le concept de Handicap, nous allons pouvoir mesurer à quel point il conduit à une révision importante des notions même de santé, de soins, de médecine, de guérison et de maladie. « Nous sommes persuadés, aussi, que l'abord par le handicap est véritablement une « clé » pour mieux comprendre les besoins de l'être humain dans notre monde en ce début de XXIème siècle et pour développer une nouvelle façon de concevoir le bien-être de l'individu au sein de la communauté. Il s'agit d'un chemin privilégié pour comprendre les interactions entre santé, culture et société[499]. »

Dans une première partie nous aborderons le handicap en le définissant situé entre un modèle social et un modèle médical ainsi qu'en présentant les différentes représentations sociales de l'infirmité en s'appuyant sur son histoire et son étymologie. Dans une seconde partie nous aborderons l'évolution de la définition témoin des tâtonnements conceptuels successifs aboutissant à la notion de personne en situation de handicap et enfin la cadre législatif par lequel la notion d'intégration sociale prend forme socialement depuis la loi de 1975 jusqu'à La loi du 12 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées considérée comme une Loi Anti discrimination.

[499] HAMONET Claude. « Les personnes handicapées ». PUF. Collection « Que sais-je ? ». 1ère Ed. 1990. 5ème Ed. 2007. P 128. Claude Hamonet est chef de service de Médecine Physique et de Réadaptation au CHU Henri Mondor et Professeur Universitaire à Paris 12 Val de Marne.

I) Le handicap entre santé et société

A titre introductif, au moment de la naissance de la Réadaptation la Société fortement éprouvée par les épreuves de l'histoire a besoin des toutes ses forces vives, elles « réparent donc ses machines à travailler » pour reconstituer la richesse nationale. Des trésors d'ingéniosité sont déployés pour créer des prothèses.

A) Entre modèle médical et modèle social

1) L'Organisation Mondiale de la Santé

Classification Internationale des Fonctionnements, des handicaps et de la Santé (CIF)

Afin de nous donner un aperçu du sujet, nous nous proposons de nous référer d'emblée à l'OMS dont voici l'introduction de la Classification Internationale des Fonctionnements, des handicaps et de la Santé (CIF) qu'elle a rédigé en 2001 et qui pose de manière claire les deux modèles conceptuels sur lesquels le Handicap s'appuie.

« Divers modèles conceptuels ont été proposés pour comprendre et expliquer le handicap et le fonctionnement. On peut s'en rendre compte à travers la dialectique entre « le modèle médical » et le « modèle social ».

Dans le modèle médical, le handicap est perçu comme un problème de la personne, conséquence directe d'une maladie, d'un traumatisme ou d'un autre problème de santé, qui nécessite des soins médicaux fournis sous forme de traitement individuel par des professionnels. Le traitement du handicap vise la guérison ou l'adaptation de l'individu, ou le changement de son comportement. Les soins médicaux sont perçus comme étant la principale question et, au niveau politique, la principale réponse est de modifier ou de réformer les politiques de santé.

Dans le modèle social, par contre, le handicap est perçu comme étant principalement un problème créé par la société et une question d'intégration complète des individus dans la société. Le handicap n'est pas un attribut de la personne mais plutôt un ensemble complexe de situations, dont bon nombre sont créées par l'environnement social. Ainsi, la solution au problème exige-t-elle que des mesures soient prises en termes d'action sociale, et c'est la responsabilité collective de la société dans son ensemble que d'apporter les changements environnementaux nécessaires pour permettre aux personnes handicapées de participer pleinement à tous les aspects de la vie sociale. La question est donc de l'ordre des attitudes ou de l'idéologie ; elle nécessite un changement social, ce qui, au niveau politique, se traduit en

termes de droits de la personne humaine. Selon, ce modèle, le handicap est une question politique. »

Nous allons développer chacun de ces deux modèles :

2) Le modèle médical

Il se développe à partir de deux axes, l'un biomédical et l'autre réadaptatif, qui ne cesseront d'évoluer parallèlement :

a) L'axe réadaptatif

Les malades chroniques et incurables

Cet axe implique une approche du handicap par la question de la réadaptation. La prise de conscience va s'opérer autour des patients « chroniques, incurables » en d'autres termes la « défectologie » en psychiatrie. Cette confrontation avec ce qui est vécu comme un échec par « la médecine qui guérit », celle qui conçoit la guérison comme une obligation d'un retour à l'état physiologique antérieur ou dit normal ou ad integrum va mobiliser d'autres ressources pour appréhender ce problème. La vie qui se poursuit dans les conditions d'une guérison avec séquelles ou d'une impossibilité de guérison n'est pas pensée initialement et la dimension de « soins qui pallient ou compensent » va se développer.

BOURNEVILLE et les enfants

Au XIXème siècle, BOURNEVILLE, médecin, est considéré comme un grand précurseur de la réadaptation médicale, inspiré par Edouard SEGUIN, éducateur qui écrira son *Traitement Moral des idiots et des autres enfants arriérés* en 1848, comme nous l'avons évoqué dans l'historique. Il invente avec son équipe un espace en hospitalisation où les enfants « aliénés », par des actions médicales et médico-sociales conjointes se transforme en un lieu de soins, de loisirs, d'éducation et de rééducation. Il met en place des méthodes ré adaptatives toujours d'actualité comme l'aide à la déambulation, la rééducation des sensations d'appui et de jeux éducatifs.

Une approche personnalisée

Dans ce modèle, l'approche du handicap reste individuelle, les actions correctives sont destinées à l'individu et dirigées vers lui avec une technicité rééducative et réadaptative visant la prise en charge précoce, la prévention secondaire des troubles c'est-à-dire éviter les complications ou la prévention tertiaire, éviter les rechutes, la finalité est « vivre avec le mieux possible ». Sont valorisés l'autonomie, le confort et la qualité de vie. Est pensée également la notion de la compensation et de l'accessibilité à cette compensation par des aides techniques, financières et humaines adéquates.

Parallèlement la prise en charge communautaire

Outre les enfants idiots, seront concernés les patients adultes en psychiatrie avec le développement de l'ergothérapie (Hermann SIMON, BOUCHET dont nous avons déjà beaucoup parlé) ouvrant la porte à la rééducation dans le soin par l'activité humaine et notamment le travail. Les psychiatres seraient considérés comme des précurseurs en matière de réadaptation en inscrivant cette dimension dans bien des démarches avant les médecins-rééducateurs de la médecine physique. L'intégration des notions communautaires dans les actions de soins, la place du milieu culturel (ethnopsychiatrie), l'invention de l'ergothérapie sont autant de points qui témoignent de l'intérêt des soins communautaires de manière quasiment concomitante avec celui des soins personnels. Les Blessés de Guerre, les Tuberculeux, les Poliomyélitiques vont en faire l'objet grâce à l'énergie d'associations, grâce aux développements politiques de santé majeures (Sécurité Sociale, création des dispensaires, développement de la médecine rééducative, orthopédique). Il s'en est suivi une approche globale de l'être humain insistant notamment sur sa dimension sociale, la médecine s'invente médecine sociale et communautaire.

Les premières expériences réadaptatives de l'après guerre en France.

SIVADON à Ville Evrard et le CTRS (Centre de traitement et de réadaptation sociale) qui est créé en lien avec la Sécurité Sociale en 1948, la création de l'Association de l'Elan retrouvé, Ainsi que la construction de l'Institut Marcel Rivière à la Verrière grâce à La MGEN sont des exemples de réadaptation comme nous l'avons vu.

Selon VIDON[500], BERNARD[501] en 1968 définit « la réadaptation est un processus complexe qui a pour but de rétablir la valeur sociale de l'individu et plus particulièrement sa capacité de travail au plus haut niveau ». Cette citation illustre pour lui le fait que la réadaptation est d'abord lié à « la préoccupation du retour des malades au travail » ainsi « elle se fait au travail et par le travail thérapeutique » a dit Hermann SIMON [502] et sa théorie des thérapeutiques actives qui fut l'une des références essentielles pour François TOSQUELLES.

---

[500] VIDON Gilles. La réhabilitation dans tous ses états. In La Réhabilitation Psychosociale en Psychiatrie. Collectif. Ed. Frison-Roche. 1995.

[501] BERBARD P. Les soins psychiatriques hospitaliers et la réadaptaion des malades mentaux, OMS, Copenhague 1968.

[502] SIMON H.: "Thérapeutique plus active à l'hôpital psychiatrique », De Gruyter édit., Berlin, 1929.

b) Le second axe biomédical

Le second axe biomédical concernant la conception anatomo-clinique de l'approche médicale encline à rechercher le « lieu » de ce dont il s'agit « dans le corps » en allant « y voir » par tous les moyens. L'organe malade, le type de lésion, son siège par une enquête sont recherchés assidument. Elle appréhende le sujet « qui parle son mal » en objet de science qui présentifie une maladie. C'est la vie biologique qui est étudiée.

Deux conséquences s'en suivent :

Une approche scientifique et sa démarche hypothético déductive et un souci classificatoire des maladies à partir du XVIIIème siècle sur le modèle de l'entomologie et de la botanique. Ce système s'est perpétré dans ses grands principes jusqu'à l'actuelle classification des maladies que l'Organisation Mondiale de la Santé ;

Une segmentation des disciplines médicales faisant de la médecine une médecine d'organes et de spécialisation.

3) Le modèle social

Du côté du modèle social, le propos peut être nuancé par une approche selon un modèle environnemental et selon un modèle des « droits de l'homme ».

a) Le modèle environnemental

Il a pour base la notion d'accessibilité ou plus précisément « d'accessibilisation » définie par SANCHEZ, mettant l'accent sur les déterminants environnementaux des situations de handicaps. Ainsi la lutte contre les handicaps est-elle axée sur celle dite contre les barrières sociales qu'elles soient matérielles comme les considérations architecturales ou culturelles comme les préjugés et les représentations ou économiques comme l'accès aux prestations et aux soins. Ce modèle est considéré comme une extension du modèle médical réadaptatif dans la mesure où, bien que s'adressant au social sans ambiguïté, il n'en reste pas moins une approche individuelle. Il s'agit en effet d'agir pour une personne sur son environnement spécifique de manière personnalisée.

b) Le modèle des droits de l'homme

Il est une radicalisation du modèle social où il s'agit de prôner la lutte contre la discrimination et son corollaire l'exclusion sociale et de prôner l'égalité des chances. Il y est véhiculée l'idée que les personnes handicapées sont en situation d'inégalité des chances du fait de règles sociales qui, elles, sont inadaptées. L'inadaptation est envisagée de manière bilatérale. L'action corrective est pensée uniquement en termes de « Droits de l'Homme ». Il s'agirait d'agir sur le cadre légal pour supprimer toute discrimination.

B) Des représentations sociales, une approche historique et anthropologique par la notion d'infirmité.

1) L'évolution des représentations

a) Maléfice ou Imperfection de l'âme

Le terme « infirme » en latin « fermus » ferme, désigne donc celui qui n'est pas ferme, qui est faible. Parallèlement, « l'imperfection du corps » est synonyme de « l'imperfection de l'âme ». En effet, de l'Antiquité (Grèce) à la coupure de l'Age Classique par la Renaissance, l'Infirmité est approchée par la question de sa signification, elle est Maléfice[503]. Le nouveau né dont le corps est « visiblement » monstrueux, difforme, abîmé est un « avertisseur », porteur d'un message adressé au groupe social « fautif » et en « risque de déviance ». La société alors pratiquait « l'exposition des enfants » ainsi nés : elle les conduisait hors de l'espace social sans les tuer mais en les laissant survivre ou non selon le « bon vouloir » de la force divine de laquelle il était le messager. Les enfants ayant survécu comme Œdipe de Colone, dans la tragédie de Sophocle, étaient des SUR-signifiants. Ce dont il s'agissait au fond était d'interroger la question de l'acceptation, impossible, de l'Altérité et son Etrangeté (Aliénus en latin signifie Etranger). Jusqu'à la fin du XVIIème siècle, l'infirme serait en position « méta-sociale » dans le sens où sa fonction sociale est symbolique, il est en dehors de l'économique, du législatif et du quotidien mais il EST. Ce qui prime pour la société à cette époque c'est sa reproduction à l'identique et sa préservation de la colère des dieux.

b) L'Impureté Hébraïque

Pour la culture hébraïque, l'infirmité est l'impureté, elle se charge ainsi d'indiquer la séparation entre le divin et l'humain, elle est donc une marque du sacré. Le Livre du Lévitique ayant trait à la caste sacerdotale interdisait l'accès au temple aux infirmes, qu'ils soient boiteux, aveugles, scoliotiques ou impuissants (ceux qui ne peuvent pas procréer). Les fils des prêtres qui seraient nés infirmes n'avaient pas droit de dispenser le culte ni de présenter les offrandes. Près du Tout-Autre, il ne fallait ni tare ni souillure. Parallèlement, il était question d'être compatissant envers « ces pauvres » sans cependant que leur sort ne soit penser institutionnellement plus avant. Les lépreux étaient particulièrement concernés, ils portaient une maladie transmise par les Infidèles, les Arabes, contractée lors des croisades. C'est le

[503] STICKER H.-J. « Aspects socio-historiques du handicap moteur ». In Déficiences motrices et situation de handicap. Ed. APF. 2002.

prêtre qui posait le diagnostic de lèpre, Déclarant ainsi, la condamnation à l'exclusion sociale des impurs.

c) Le christianisme

Ce tabou sera levé par le Christ qui guérira les paralytiques et les aveugles. Mais l'Eglise re prendra ces interdits anciens vis-à-vis des ladres résidant dans les maladreries en reclus. Ils seront porteurs d'une cliquette lors de leur passage indiquant aux autres qu'il faut s'écarter. Les cagots après le départ de la lèpre remplaceront ces lépreux dans ces lieux où ils ont ordre de se marier entre eux, de ne venir à l'église qu'en passant par une porte spéciale et en restant au fond de l'église. Ce sont au fond les critères de discrimination sur des notifications et identifications d'ordre religieux qui préfigurent le processus d'exclusion sociale dans la condamnation de l'accès aux églises, espace social fondamental où se fait le lien d'appartenance (religion en latin religere, ce qui relie) essentiellement à cette époque.

d) Bouffons

Le système de la bouffonnerie domine pendant la période médiévale. L'infirme est le nain, le boiteux, le difforme, le faible d'esprit dont la fonction est d'animer, de tourner en dérision les attributs du pouvoir, d'en rappeler le caractère fragile, précaire et arbitraire de l'ordre et des pouvoirs établis. Ces contorsions « à amuser », « à divertir » servaient à faire signe de l'envers du monde, non seulement ce qui ne se voit pas mais aussi ce qui ne se dit pas comme tel. A cette image, s'associe également une figure mystique d'incarnation prolongée du Christ et de contemplation de Dieu. C'est bien de cette transcendance dont il s'agissait de faire rappel par ce spectacle, de faire « montre » par exacerbation dans la monstruosité de la vérité d'un méta-monde par dévoilement derrière les apparences. C'est d'un rôle de « passeur et interrogateur » sur ce qui fonde la société dont il est question dans la place sociale de l'infirme. La tolérance à l'encontre de ces infirmes, qui cependant rappelle ce qui veut s'oublier derrière les apparences, n'est pas sans ambivalence, et vient dire la rudesse de la façon dont ils sont traités finalement dans la condamnation à cette ambivalence et à cette fonction cathartique sociale.

e) La rationalité moderne

Progressivement, les questions autour du rapport à la nature, du rapport des hommes entre eux, du rapport au politique et au gouvernement de la Res Publica, marque l'apparition de la rationalité moderne qui sépare la raison de la déraison, qui voit s'affirmer l'autonomie du politique et de la société face au religieux. Les raisons et solutions vis-à-vis des infirmes sont à chercher à l'intérieur du corps social non plus à l'extérieur du fait d'une intervention divine.

La question posée ne sera plus celle du sens mais celle du traitement social de cette population dont on ne sait que faire.

2) L'évolution du contexte social

a) L'infirmité inintégrable de l'Epoque Classique

L'époque Classique est donc marquée par la conception de l'infirmité comme irrationnelle, hors raison et inintégrable à la raison sociale sous peine de déstabilisation de cet ordre social fortement revendiqué après des siècles de bouleversements. Ce qui n'est pas rationalisable est in-intégrable donc exclu, marginalisé. C'est sur les bas côtés, les trottoirs des rues - de tout ce qui n'est pas ou plus dans le mouvement social - qu'échoient, stagnent les gueux, les fous, les criminels, les infirmes, les mendiants offrant un spectacle non plus divertissant mais inquiétant. Il s'agit alors de les circonscrire ainsi de les ségréguer dans un espace propre les définissant. La raison et la déraison, l'ordre et le désordre doivent être clairement séparés. Le danger du désordre et de la division sociaux par déréliction du lien social est prégnant. L'époque classique aura une passion pour les catégorisations et leur déclinaison, seule façon de penser la différence dans une dialectique binaire. La force du processus d'enclavement et d'aliénation sera proportionnelle à la force de la peur de la déliaison sociale.

b) La démocratie des lumières

Le siècle des Lumières voit rediscuter les idées démocratiques et leur lien avec l'éducation. En effet, qu'en est- il de l'accès à la citoyenneté si cette notion n'est expliquée ? La question de la liberté est soulevée au travers de la question de l'adhésion, de la participation, de l'engagement « en toute connaissance de cause ». Il sera marqué par la lettre de Diderot : *Lettre sur les aveugles à l'intention de ceux qui voient*, dans laquelle au fond il replace dans une dynamique fondamentale d'être en évolution, tout homme même celui qui présente une déficience, un être non plus condamné à un immobilisme dans l'entre- deux ambivalent du Moyen Age et la stagnation du « bas côté asilaire » de l'époque classique. Ainsi, l'ardeur morale et la technicité pédagogique s'allient-elles pour rendre « aptes » ces infirmes et les ré-inviter dans le mouvement social. Valentin HAUY pour les aveugles, l'Abbé de Epée pour les sourds, PINEL pour les fous et les nouvelles techniques chirurgicales orthopédiques remis au travail pour les infirmes moteurs. Il est possible ici de refaire un lien avec une « remise en marche, une remise en compétition » à la base de la conception du handicap.

c) La IIIème République et le Handicap

La troisième République va voir l'avènement du champ du handicap au sein duquel, à ce moment, le handicap moteur reste prédominant. Plusieurs évènements fondamentaux vont contribuer à façonner les concepts du handicap :

° La fin du XIXème siècle est marquée par **la multitude des accidents du travail** en lien avec une industrialisation massive non réglementée considérant le sujet comme un outil de production interchangeable et exploitable. Après une vingtaine d'années de négociation, la loi de 1898 est un tournant décisif pointant la responsabilité sociale, introduisant l'obligation de réparation pour compenser les atteintes liées aux risques secondaires à l'activité de travail. Les « accidentés du travail » accèdent alors à une place sociale.

° **L'hécatombe de la guerre 1914-1918** entraîne une consternation sociale culpabilisée, collectivement une redevance sociale se conscientise et l'impératif d'une reconstruction d'une société, économiquement, délabrée comme ses combattants s'impose comme une urgence à se projeter dans l'avenir. Vont s'ouvrir les premiers services de Reclassement Professionnel et avec eux la notion de réinsertion par le travail est induite.

° **La tuberculose**, maladie contagieuse, de la précarité, la pauvreté est à l'origine du développement de la médecine sociale.

° **L'école obligatoire**, qui dans l'esprit de Diderot tend à vouloir transformer le préfixe « in », négatif en préfixe « re » comme un re-tour par le re-classement, la re-insertion, la ré-éducation, la ré-intégration, la ré-adaptation, ré-habilitation.

3) Origines et Evolutions du terme « Handicap »

a) Etymologie anglaise

« Hand in cap »

Son origine exacte est peu claire : « Hand in cap », littéralement « la main dans le chapeau » était un jeu de hasard, ayant eu cours en Grande Bretagne. Sa première apparition en langue anglaise serait notée au XVIIème siècle. Il s'agissait donc d'un jeu dans lequel une personne propose d'acquérir un objet familier qui appartient à une autre personne, en lui offrant en échange quelque chose qui lui appartient[504]. Un arbitre, appelé le « handicapper » est désigné pour apprécier la différence de valeur entre les deux objets. Une fois le montant fixé la somme d'argent représentant cette différence, venant la compenser est placé dans le chapeau. Il s'agissait donc d'un système d'échanges « à parts égales ».

En 1754, ce mot est appliqué à la compétition entre deux chevaux et plus, dans une course hippique. En 1826, le terme serait apparu en France dans le domaine des turfistes. « Une course à handicap est une course ouverte à des chevaux dont les chances de vaincre,

[504] Samuel Pepys, chroniqueur anglais aurait fait le premier en 1660 allusion à *Handicap* , comme un échange d'objet entre deux personnes à la Mitter Tavern de Londres.

naturellement inégales, sont, en principe égalisées par obligation faite aux meilleurs de porter un poids plus grand[505]. » Se renforce le principe d'échanges « à parts égales » par celui de compétition « à chances égales ». Il s'agit de « rétablir par artifices les inégalités naturelles ». Puis progressivement, ce principe est élargi et utilisé par plusieurs sports comme le cyclisme, le tennis, le golf…Le « handicapeur » désigne alors le commissaire de la compétition chargé de déterminer les « handicaps » c'est-à-dire « les poids à ajouter aux meilleurs ». Au fur et à mesure, ce ne sera plus la notion d'égalité, permettant à tous de participer, qui sera retenue mais celle de « désavantage », en fait de nivellement par le bas de la concurrence dont une dévalorisation de la performance donc du spectacle. Parce qu'en fait la question serait : dans une compétition à chances égales qu'est ce qui est en jeu ?

Glissement conceptuel de la terminologie sportive à l'altération des capacités humaines

Le handicap vient dire le désavantage, « le poids qui pèse sur le sujet et son environnement qui doit le prendre en charge ». Il témoigne du défaut de performance.

De Handicapped aux Etats Unis à Handicap concept globalisant en 1957

Au début du XIXème siècle, aux Etats Unis le terme de « handicapped » servait à qualifier, par généralisation, toutes les personnes atteintes de « déficiences » de quelque nature qu'elle soit et quelle qu'en soit la cause. L'apparition du terme « handicap physique » serait apparue dans le Robert en 1940 en France ; il serait apparu dans le monde médical dans les années 1950-1960. L'utilisation du terme de « Handicap » de manière objective est officialisée par la loi du 23 novembre 1957 et doit permettre, sous la tutelle du ministère du travail d'organiser le reclassement des travailleurs handicapés. Pour la première fois, la législation tente de regrouper en un ensemble cohérent diverses catégories de personnes (infirmes, invalides, mutilés…). Le terme de handicap vise alors à regrouper.

b) Handicap et disability

Disability

Ce changement de terminologie a été opéré Aux Etats Unis considérant le terme handicap péjoratif, proposant de passer d'une définition par les désavantages (en négatif) à une définition par les aptitudes (en positif). Alors que le terme de « disabilty » a son origine en français « dishabile » est cependant intraduisible. Le préfixe « Dis » vient souligner un déséquilibre et non une négativité comme « In », il s'agit par les termes de modifier le

[505] BRYON T. « Manuel de l'amateur de courses ». In HAMONET Claude. « Les personnes handicapées ». PUF. Collection « Que sais-je ? ». 5ème Ed. 2007

concept, de faire progresser la notion d'aptitudes avec plus ou moins des compensations plutôt qu'une logique d'énumérations d'inaptitudes et de désavantages. Il semblerait que les Italiens auraient proposé le terme de « altrabile » pour dire des « habilités différentes ».

Stigmatisation en les termes

Le terme de handicap aurait « pris du poids » avec la loi du 30 juin 1975 relative à l'orientation en faveur des personnes handicapées qui constitue et institue un fondement juridique quand à ce concept de handicap en droit français. Parallèlement, auraient disparu dans les textes du droit tous les termes stigmatisants comme « débiles, infirmes, arriérés ». Il est à noter la persistance des notions de « incapables majeurs » et « d'invalides » dans le discours administratif.

Handicap, mot international

Au-delà, « handicap » est dorénavant adopté à l'échelle internationale, par tous les pays, par tous les domaines concernés, mobilisés contre l'exclusion sociale, par tous les acteurs concernés de divers horizons (sanitaire, médico-social, politique), pour désigner aussi bien le handicap sensoriel, moteur, mental, psychique, il fédère et articule. « Ainsi, le mot « handicap », avec ses quatre grandes catégories, recouvre la totalité d'une réalité fonctionnelle et sociale, et ouvre, enfin, la porte à des définitions claires et intelligibles de tous.

Suffixe actuel

Aujourd'hui le suffixe « handi » s'actualise dans « handisport », association française de sport pour les personnes handicapées, « handynet », banque de données de la CEE sur les personnes handicapées, « handimat », salons de matériels pour handicapés, « handitest », instrument de mesure du handicap. L'ère est à la banalisation.

II) La définition du Handicap en général et du handicap psychique en particulier.

Le mode de définition va passer par deux logiques, l'une conceptuelle et l'autre classificatoire de manière concomitante.

1) Le handicap en général

1) Le rapport Bloch-Lainé datant de 1968

Il propose la définition suivante :

« On dit qu'ils sont handicapés parce qu'ils subissent par suite de leur état physique, mental, caractériel ou de leur situation sociale, des troubles qui constituent pour eux des « handicaps » c'est-à-dire des faiblesses, des servitudes particulières par rapport à la normale, celle-ci étant définie comme étant la moyenne des capacités et des chances de la plupart des individus vivant dans notre société. »

2) La définition à échelle internationale

Selon l'OMS.

« Est appelé handicapé celui dont l'intégrité physique ou mentale est progressivement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouve compromise. »

En Europe

Au niveau européen, le Forum des associations représentatives de personnes handicapées proposait au début des années 1990, une définition du handicap rendant bien de sa complexité: « le handicap (phénomène dynamique) apparaît (un processus) dans l'interaction (combinaison, plurifactorialité) entre déficience, la limitation fonctionnelle et une société qui produit des barrières empêchant l'intégration (résultante). »

Des Lois pour tous

La définition rigoureuse et l'attention particulière qu'il importe d'apporter à ce concept de « handicap » sont directement en lien avec les politiques sanitaires et sociales qui en découlent. « Elles mettent les décideurs devant un choix fondamental : ou bien considérer le handicap comme un phénomène qui concerne toute la population et prendre des mesures, au besoin, appuyées sur des textes législatifs qui concernent toute l'organisation de l'école, du travail, de la vie en collectivité, etc, ou bien faire des lois spécifiques en faveur d'un groupe de personnes considérées comme minoritaires et fragiles qu'il convient de protéger. »

Concept sans homogénéité

La typologie sommaire des personnes qui vivent des situations de handicap

- ~ Les personnes âgées
- ~ Les personnes dites en été de mal aise selon la conception de Dubos : mal de dos, de cou, douleurs articulaires ou péri-articulaires, notamment les atteintes musculo-squelettiques, les états de fatigue persistants, les états para dépressifs ou états d'anxiété avec troubles du sommeil et de l'attention ;
- ~ Les personnes avec une maladie mentale sévère ;
- ~ Les aveugles et mal voyants ;
- ~ Les sourds et mal entendants ;
- ~ Les personnes avec limitation des capacités mentales ;
- ~ Les personnes avec une altération corporelle physique motrice : paralysé, amputé, rhumatisant, traumatisé ; autre, cardiaque, respiratoire, urinaire…
- ~ Les personnes multi ou poly handicapées.

3) Les conceptualisations

a) Selon l'autonomie

R. LAFON[506] et Cl. VEIL[507], deux avant-gardistes français, à partir des années 1960, font des efforts pour conceptualiser la notion de handicap. « Ils proposent dès 1963 une taxinomie ou identification situationnelle en lien avec l'autonomie (satisfaction de besoins élémentaires habillage, nourrissage…etc.):

- ~ Handicapé léger permettant une indépendance sans aide extérieure et un développement maximum des possibilités ;
- ~ Handicapé grave ou sérieux ne permettant pas d'acquérir un degré suffisant d'indépendance et ayant besoin de l'aide constante d'une tierce personne pour subvenir à ses besoins même les plus élémentaires ;
- ~ Handicapé moyen ou de gravité intermédiaire ayant des chances de réadaptation et permettant, avec une aide spécialisée, de s'intégrer socialement et professionnellement ».

b) Conséquences sur l'activité sociale

---

[506] LAFON R. Vocabulaire de psychopédagogie et de psychiatrie de l'enfant. Paris, PUF. 1963.

[507] VEIL Cl. Handicap et Société. Paris, Flammarion, 1968. Claude Veil est psychiatre et anthropologue. Il contribuera avec insistance à définir l'origine de l'exclusion dans ses dimensions culturelle, mythique et religieuse. Il sera relayé dans cette tâhce par Henri-Jacques STIKER ; Corps infirmes et société. Paris, Aubier-Montaigne. 1982.

Impairment, functional limitation and disability

Il semblerait que ce soit à Saad Zergloub NAGI[508], aux Etats Unis que revient le privilège dès 1965 d'établir un lien entre maladie et ses conséquences sur l'activité sociale de l'individu (l'individu dans la communauté). Il est le premier à décrire plusieurs niveaux :

° « Les « impairments » ou modifications anatomiques ou physiologiques des organes liés aux maladies ou traumatismes ;

° Les limitations fonctionnelles ou « functional limitation », conséquences des modifications précédentes dans la vie de la relation, à ce niveau, il fait une distinction entre les états aigus (sickness) et chroniques (illness) :

° Le dernier niveau est celui de la disability c'est-à-dire l'ensemble des situations et des attitudes qui accompagnent la persistance à long terme ou définitivement de modifications anatomiques ou physiologiques avec limitations fonctionnelles ».

la notion de « situation de handicap » et de « subjectivité »

Il est donc le premier à introduire la notion de « situation de handicap » et de « subjectivité » c'est-à-dire à s'interroger sur le vécu de la situation de handicap par la personne concernée. Il fera le lien également avec le statut social de l'individu : « patient » à l'hôpital, il devient « client » en centre de réadaptation.

c) La réussite et l'environnement

Hobbs et son pragmatisme va proposer en collaboration avec son équipe, aux Etats Unis, une approche (l'individu et le travail) « classant les personnes handicapées en fonction des services dont ils ont besoin pour trouver un emploi et pouvoir exercer durablement une activité productive. » Ils insistent sur le fait que « la réussite de la personne ne dépend pas seulement de ses capacités mais aussi de la situation qu'elle occupe dans sa famille, dans la collectivité et sur les lieux de son travail. »

[508] NAGI S.Z. Some conceptual view in disability and rehabilitation, in Sociology and Rehabilitation. Ohio State University Press. 1965. Nagi sera l'inspirateur principal des auteurs du rapport « Disability in America » en 1991.

2) Les mesures du Handicap

1) Un courant situationniste, humaniste et anthropologique de la perception du handicap

a) HAMONET

Situations de handicap : L'accessibilité et situations sociales vécues

La mise en place du système d'identification et de mesure du handicap (SIMH) publié en 2001, s'est fait grâce à la mise en place d'un groupe de travail avec Claude HAMONET dans les années 1980 autour de Créteil, à l'occasion d'un travail sur l'accessibilité architecturale, sur les techniques de définition de la population des handicapés, d'évaluation des besoins des personnes en situation de handicap à la demande de collectivité locale cherchant à orienter au mieux les subventions émanant des politiques du handicap. Les objectifs sont clairement l'évaluation quantitative utilisée en expertise en dommage corporel notamment. Pour ce système « il y a handicap chaque fois que la personne rencontre (situations de vie), à un moment donné, un obstacle dans l'accomplissement d'une activité, en conséquence d'une modification du corps, des capacités ou de sa subjectivité mais aussi de situations particulièrement exigeantes ou contraignantes. »

a) MINAIRE

Changer le cadre social se justifie pour tous

A Lyon, une équipe de médecins rééducateurs autour de Pierre MINAIRE à l'occasion d'une étude en collaboration avec une équipe d'ingénieurs sur l'accessibilité des personnes handicapées au métro, ils ont été amenés à privilégier une classification fonctionnelle du handicap et à valoriser le « handicap de situation. » Pour MINAIRE, « le handicap est l'expression de la confrontation entre l'incapacité du sujet, c'est-à-dire sa réduction fonctionnelle, et la vie quotidienne ». Le handicap est ainsi envisagé non comme « une constante mais une variable » dépendant des situations sociales vécues. Il distingue parmi les « handicaps de situation » les « macrosituations » telle aller à l'école et les « microsituations » telle monter une marche.

Les trois fonctions-capacités fondamentales décrites par MINAIRES : l'ambulatoire à savoir le maintien et le déplacement, la préhension et la communication. Son étude sur la population de Saint Cyr sur le Rhône a pu montrer que les situations de handicap peuvent concerner tout le monde et qu'ainsi des modifications du cadre de vie social peuvent être bénéfique et profiter à tous.

b) A Parts Egales

Limitation de la Réduction des habitudes de vie et de la dynamique interactionnelle

En 1984, au Québec, une politique sociale audacieuse se met en place autour des situations de handicap, projet dont le programme « A part égale [509] » sous la direction de FOUGEYROLLES insiste sur la notion de réduction des « habitudes de vie » et de réduction de la dynamique interactionnelle avec l'environnement, introduisant la notion de participation et de développement individuel (finalité universelle). Ces deux points de vue permettront encore d'élargir et dynamiser le concept du handicap au-delà de celui de lutte contre la stigmatisation et la discrimination grâce à une revendication simple car universelle de bien être avec les autres. Ils influenceront la classification de l'OMS dont ils voulaient procéder à la révision et permettront l'introduction des facteurs environnementaux dans la version intermédiaire de la classification des fonctionnalités. Ils publient en 1996 une classification complète : le processus de production du handicap ou le PPH. Cette classification sera la seule qui les mentionnera.

Ainsi, les équipes québécoises, de Créteil, de Saint Etienne se réclament-elles d'un courant situationniste, humaniste et anthropologique de la perception du handicap, appréhendé dans un contexte social global. Il s'oppose au projet médicalisé de Wood qui ne fait appel qu'à l'individualité. Entre ces deux mouvements se déploie toute la réflexion actuelle sur le handicap sachant que l'écueil redouté quoiqu'il en soit est la stigmatisation et la marginalisation.

2) Le modèle Individuel de WOOD

a) L'OMS et la classification du handicap CIH

Le modèle individuel de 1970

A Genève, l'OMS entreprend un grand projet de classification des handicaps dans les années 1970. Les services statistiques et épidémiologiques de l'OMS confient ce travail à Philip Wood, anglais, spécialiste en épidémiologie et à André GROSSIORD, français, créateur de la spécialité de rééducation en France. En 1975, un premier groupe d'experts propose la première CIH, classification internationale du Handicap. Elle ne sera traduite en français par l'INSERM qu'en 1981 mais ne sera pas introduite dans la CIM, classification Internationale des Maladies. La notion de handicap est ouverte et diffractée : ouverte car elle est la conséquence d'une maladie ou traumatisme mais ne se résume à sa cause, il s'agit de sortir

[509] « A part égal », intégration sociale des personnes handicapées, un défi pour tous, Office des personnes handicapées, Drummondville, Québec, 1984. Autour de Patrick Fougeyrolles, anthropologue.

d'une pensée linéaire causaliste et d'ouvrir à **une dimension multifactorielle d'influences** ; diffractée car elle fait appelle à trois axes pour se définir :

° Celui des causes qui touchent les organes et les fonctions, les atteintes du corps (maladies, malformations, traumatismes répertoriés dans la CIM) ;

° Celui des déficiences qui touchent les fonctions mentales, motrices, sensorielles et psychiques, notions quantifiables ;

° Celui des incapacités, qui empêchent les gestes et les actes de la vie ordinaire (marcher, communiquer, prendre…);

° Celui des désavantages et des rôles sociaux (trouver un emploi, prendre le métro aller à l'école…) non quantifiables.

Les limites de la CIH :

Dans ce modèle le handicap se situe en aval, d'une cause médicalement définie ce qui impliquerait qu'il n'existerait pas socialement en dehors d'un diagnostic, d'une définition médicale ;

La linéarité de la présentation pourrait faire penser que les notions s'enchaînent encore une fois selon une modalité causaliste, or une incapacité (impossibilité de se mouvoir) peut provoquer une déficience (escarres, rétractions musculaires), une déficience esthétique par exemple peut entraîner un désavantage social important sans entraîner d'incapacité ; le handicap ne se résume pas à la déficience.

La terminologie fait appel à des désignations négatives envisageant la problématique sous l'angle de la perte et du manque ; le sujet ne se résume à ses incapacités et inaptitudes.

Ainsi cette classification est elle apparue comme discriminante par sa logique et son champ sémantique ; en effet, parce que voyant le handicap comme « le problème d'un individu », « c'est lui qui est handicapé », les solutions vont alors aller dans le sens d'une « rééducation » visant à rétablir chez cet individu une norme sociale de laquelle il est déviant, de laquelle il s'écarte.

b) Le modèle de 2001 ou CIF

Fonctionnement, handicap et santé.

En 2001, la Classification Internationale des Fonctionnements, des Handicaps et de la Santé ou CIF, aboutissement d'une révision débutée en 1995 adopte une définition proche de celle du Forum Européen ou du PPH : « le handicap désigne : des déficiences, des limitations d'activité et restriction de participation ». Elle est le résultat d'une tentative de synthèse, d'arbitrage, de consensus mais l'homogénéisation reste insatisfaisante et est mise en évidence

d'emblée dans son titre juxtaposant fonctionnement, handicap et santé. Plusieurs points manquent de définition et d'articulation avec les autres notions comme les facteurs environnementaux restant flous, le vécu de la situation de handicap et des outils d'évaluation génériques inadaptés. Les points positifs se retrouvent dans l'adoption d'un vocabulaire positif ou neutre, une volonté d'universalité dans des notions très larges notamment se traduisant le choix des termes du titre, la considération importante pour les facteurs environnementaux.

Les personnes en situation de handicap

Au regard de ces éléments sus cités, actuellement parler de « personne en situation de handicap » situe parfaitement le problème en soulignant le fait que « ce sont le cadre de vie et l'organisation sociale, du fait de contraintes incompatibles avec les capacités restreintes d'une partie croissante de la population, qui créent le handicap. Elle convient à toutes les formes de limitations fonctionnelles : physiques, sensorielles, mentales et psychiques. »

Il s'agit donc de passer de manière conceptuelle du handicap à la situation de handicap, impliquant un dégagement d'une vision ségrégationniste binaire dialectisant les valides et les « autres » ; c'est-à-dire une définition en positif ceux qui « ont » et en négatif ceux qui « n'ont pas ». Il s'agit d'une personne ne se définissant pas comme un négatif, d'une situation impliquant la notion d'interaction, de handicap impliquant la notion de contraintes entre des facteurs qui sont des variables et s'entendent dans un processus dynamique.

3) Le Handicap Psychique

a) Qu'est ce qu'un handicapé mental ?

La litanie de la psychiatrie

- « Est-ce un déficient intellectuel, incapable de l'apprentissage suffisant pour être un sujet autonome dans la Société ?
- Un psychotique, enfermé dans un monde morbide et imperméable aux sollicitations de la réalité extérieure ?
- Un sujet porteur d'une démence vasculaire ou alcoolique, le rendant impropre à revendiquer sa part dans la distribution générale du travail ?
- Un névrosé grave, installé dans une incapacité fonctionnelle à vivre normalement en famille et dans la Société active ?
- Un psychopathe, incapable d'une relation correcte avec les autres et de s'intégrer dans les normes de la Société ?

~ Un inadapté, installé dans un refus permanent et agressif de la réalité sociale ?

b) Définition du handicap psychique :

Définition de « la santé mentale » de LAGACHE :

La capacité de produire et tolérer des tensions suffisamment élevées (besoins) et de les réduire d'une manière satisfaisante pour le sujet ;

La capacité de réaliser ses possibilités et de les exprimer ;

La capacité d'organiser un plan de vie qui permette la satisfaction périodique et harmonieuse de la plupart des besoins et la progression vers des buts éloignés ;

La capacité d'ajuster ses aspirations à l'entourage, ce qui conduit soit à les abaisser, soit à les relever ;

La capacité d'ajuster sa conduite dans les différents modes de relation avec autrui ;

La capacité d'identification à la fois avec les forces conservatrices et les forces créatrices de la Société.

« (…) la « santé mentale » et son contraire, la « maladie mentale » ne peuvent faire l'objet que d'une définition injonctive, tout comme la vie ou l'acquis[510]. »

Définition de la « santé mentale selon LAFON[511] :

« Le développement équilibré de la **personnalité, son aptitude à nouer des relations** harmonieuses avec autrui et à participer ou à contribuer de façon constructive aux modifications du milieu social ou physique ;

La solution favorable des conflits en puissance, du fait des propres tendances instinctives et de l'éducation, dans la pleine réalisation de ses possibilités, grâce à un champ d'expression convenable. »

La définition du handicap psychique général

« Les déficiences psychiques concernent les troubles du fonctionnement de l'appareil psychique et influent donc principalement sur les sphères de la vie relationnelle, de la communication, du comportement…Les distinguer des déficiences intellectuelles permet de rendre compte des situations vécues notamment par les personnes atteintes de maladies mentales évoluant au long cours, et qui relèvent donc à la fois des soins psychiatriques et d'un accompagnement spécifique visant à atténuer les effets invalidants de ce type de déficience. »

---

[510] LIBERMAN Romain. Handicap et maladie mentale. PUF. 1998.

[511] LAFON R., Proposition d'une nomenclature générale concernant les handicapés et les inadaptés, Relation, Bulletin CREAI Rhône- Alpes , Lyon avril 1977.

C'est sur la dialectique entre maladie mentale et handicap mental que s'articule la RPS. Le concept social de handicap face au concept médical de maladie mentale.
Dans cette déclinaison, la réhabilitation interviendrait au niveau des incapacités et des désavantages, d'où une double polarité, celle du soin et celle de l'intervention sociale.

III) Droit et Handicap

Ce parcours du législateur que nous allons exposer montre à quel point la place sociale de l'individu se fonde d'une catégorisation basée essentiellement sur le travail.

1) Le droit à l'assistance : de la charité à la solidarité.

A la fin du XIXème siècle, l'administration opère une séparation spatiale entre les « malades » à l'Hôpital et « les infirmes, les vieillards et incurables » à l'Hospice. Cette ségrégation est toujours active entre les courts, moyens et longs séjours, ces derniers prenant le nom de soins de suite ou de soins de réadaptation. La comparaison des moyens budgétaires alloués à chaque système de soins permet d'entériner une dichotomie entre système « riche » pour la « maladie » et système « pauvre » pour le « handicap ».
Le droit au soin est symboliquement mis en valeur par PINEL qui œuvrera en séparant les malades mentaux des malfaiteurs. Il s'agira alors dès ce XVIIIème siècle de faire valoir ses capacités « restantes » en fait « existantes ». La Constituante crée un Comité de Mendicité pour les pauvres, les infirmes et les incurables. La Convention vote le 19 mars 1793 un décret qui précise que « tout homme a droit à sa subsistance, par le travail s'il est valide, par les secours gratuits s'il est hors d'état de travail. »

2) De la réparation et de l'assistance à la notion d'insertion intégration sociale.

a) Préparation de la Loi de 1975

Constitution du corpus législatif propre aux personnes en situation de handicap.

La loi de 1901 sur les associations ouvre des possibilités immenses des quelles vont se saisir multitude de groupes aux actions généreuses, bienfaitrices et bénévoles en direction des personnes « débiles », parfois dans l'anarchie et l'incohérence. Ce sont surtout les parents d'enfants inadaptés dépités par l'attitude passive de l'Etat et l'incompréhension de la population générale et des représentants du soin notamment des psychiatres qui vont être les

initiateurs de ce phénomène associatif. Il sera par contre fortement encouragé par le secrétariat d'Etat d'action sociale, en 1974.

Contexte de préparation de la Loi de 1975

Prédominance des mesures liées à l'emploi

La loi du 14 juillet 1905 relative aux vieillards infirmes et incurables est essentiellement dominée par les questions ayant trait à l'hébergement et aux ressources minimales propres à assurer la « survie », la « subsistance ».

En 1924, une loi stipule qu'une entreprise de plus de 10 salariés doit employer 10 % de « mutilés de guerre ». L'appareillage et la rééducation sont assurés gratuitement par l'Office Nationale des Mutilés.

Les ordonnances de 1945 créant la Sécurité Sociale prennent en compte la rééducation fonctionnelle des personnes handicapées. Il en est de même pour la loi du 30 octobre 1946 sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Le 17 mai 1948 voit la mise en place d'une commission interministérielle des mutilés, invalides et diminués physiquement participant à la préparation des textes qui suivront.

En 1950 sont créées les Commissions Départementales de Reclassement Professionnel et en **1952 les travaux des Croix Marine : handicap par maladie mentale sont rendus publics.**

L'utilisation du terme de « Handicap » de manière objective est officialisée par la loi du 23 novembre 1957 et doit permettre, sous la tutelle du ministère du travail d'organiser le reclassement des travailleurs handicapés. Ce terme de « Handicap » est défini en lien avec les situations professionnelles. Elle contient les principes généraux de la réinsertion professionnelle. Elle définit les objectifs et les moyens de la rééducation et de la réadaptation au travail. Un Conseil Supérieur pour le Reclassement Professionnel et Social des Handicapés est créé, la recherche figure parmi ses attributions.

En 1960, la Ligue européenne des associations d'aide aux handicapés mentaux.

Le Rapport Bloch-Lainé en 1968 étudie le problème de l'inadaptation générale de personnes handicapées.

En décembre 1971 est promulguée la Déclaration des Droits du Déficient Mental par l'ONU.

Loi du 13 juillet 1971 sur les allocations aux handicapés est promulguée.

Le 30 juin 1975, la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées organise le « secteur handicap ». Elle est élaborée en collaboration avec les milieux associatifs, qui deviennent donc des partenaires privilégiés faisant partie intégrante du Comité National Consultatif des Personnes Handicapées.

c) La loi du 30 juin 1975.

Définition

L'article premier donne les objectifs généraux de la loi et définit le caractère global de la réadaptation. Sans cependant définir le Handicap, le soin de reconnaître qu'une personne est ou non handicapée est laissé à l'appréciation des commissions départementales que sont la CDES (Commission Départementale d'Education Spécialisée) et la COTOREP (COmmission Départementale Technique d'Orientation et de RE classement Professionnel)

Un accent particulier est mis sur la prévention, sur la responsabilité nationale impliquant une obligation de l'Etat en lien avec la Famille, sur la volonté d'insertion, en milieu communautaire ordinaire chaque fois que possible ;

« La prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelles, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale, l'intégration sociale et l'accès aux sports et loisirs du mineur et de l'adulte handicapés physiques, sensoriels ou mentaux, constituent une obligation…. »

Le bilan :

Rapport de GAGNEUX et LARSY en 1983 sur la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées pour le Ministère de la Solidarité Nationale.

~ L'absence de définition et ses conséquences.

« Ces observations indiquent qu'il y a un véritable biais dans l'appréciation actuelle de l'intérêt d'une législation vers les personnes handicapées tant que **la notion de handicap n'est pas définie avec précision et sans ambiguïté ».**

La diversité et la hiérarchisation des systèmes de compensation ou de réparation en fonction des circonstances de survenue (guerre…), de la lésion plutôt que sur le fonctionnement individuel et social.

~ Le **manque de coordination** ne permet pas le développement de propositions innovantes. Il est aggravé par ce qui est point comme une réelle ignorance des textes de loi par ceux devant veiller à leur application. Le décalage entre le discours des politiques et les faits est majeur. La question notamment de **l'accessibilité est vécue comme Utopique.**

~ **Le manque d'outil d'évaluation fiable de mesure du handicap** est pointé comme un motif de souffrance pour les CDES et les COTOREP confronter à un vide conceptuel comble de manière insatisfaisante, réductrice à un barème des invalidités. Une amélioration a vu le jour très timidement, grâce à un barème des déficiences et incapacités, en 1993 s'appuyant sur la première tentative de définition et de

classification du handicap par OMS en 1980, valorisant toujours la dimension lésionnelle plus facilement quantifiable.

~ Les Centres d'Aide par le Travail s'assimilent progressivement dans sa réalité fonctionnelle à l'Atelier Protégé, perdant ainsi sa dimension de transition.

~ Les systèmes d'appareillages et aides techniques restent soumis à une rigidité des processus d'accès à tous les niveaux (information, prescription, distribution, financement, maintenance).

~ En novembre 1993, Le 3ème rapport de la Cour **des Comptes fait un bilan très négatif de l'activité des COTOREP** : de ce qu'il considère comme la dérive de l'utilisation des allocations notamment l'AAH (Allocation Adulte Handicapé) et comme la faillite du système de formation professionnelle et d'insertion.

En 1981 a lieu l'année internationale du Handicap, décrétée par l'ONU véritable starter de bons nombres de décision et actions en faveur des personnes handicapées. La prise de conscience mondiale des besoins et des problèmes. De ces rencontres a découlé un document le Programme d'Action Mondiale concernant les Personnes Handicapées appelé Livret Vert adopté par l'Assemblée Générale des Nations Unies en 1982. Dans cette mouvance, la décennie 1982-1992 est décrétée décennie du handicap, le bilan qui en a été fait est loin d'être positif notamment un retard sérieux de mise en œuvre des politiques adéquates est pointé.

La loi de 1986 relative à l'obligation d'emploi pour les personnes handicapées.

Loi du 10 juillet 1987. Pour l'emploi, la participation plutôt que la contrainte.

La mesure prônant que 10 % de salariés handicapés dans des entreprises de plus de 10 employés devaient être embauchés n'a pas fonctionné. Cette nouvelle loi introduit la notion de partenariat avec l'entreprise. Il s'agit de proposer une participation des entreprises à un effort national utile à l'économie du pays, plutôt qu'une contrainte administrative supplémentaire. Le quota fixé est de 6% dans les entreprises de plus de 20 employés. Ce quota a été maintenu par la nouvelle loi de 2005. D'autres alternatives sont proposées : faire travailler le secteur « protégé » devenu le secteur « adapté » en 2005, par sous-traitance notamment ou cotiser à l'AGEFIPH[512].

d) **La loi du 12 juillet 1990 est relative à la protection des personnes en raison de leur état de santé ou de leur handicap**.

Le SIDA et son épidémie ont été à l'origine de cette loi qui s'est constituée comme un nouvel indicateur de phénomène de discriminations et d'exclusion sociale.

[512] AGEFIPH : Association de Gestion des Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées.

Le principe d'égalité et la lutte contre la discrimination

Le 30 juillet 1996, La Commission Européenne déclarait : « La valeur fondamentale de l'égalité est à présent perçue comme le point de référence auquel tout autre chose doit être rapportée et elle constitue l'essence du mouvement fondé sur les droits pour les personnes handicapées. » Lors de la Résolution du 20 décembre 1996, le Conseil de l'Europe invitait tous les Etats membres de promouvoir une politique d'égalité des chances.

Il s'en suivra la mise en place en France d'un cadre général de lutte contre toute forme de discrimination qui conduira notamment **en février 2004 a créer la Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations ou HALDE.**

la loi N° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Elle s'inscrit dans une logique de prestations de service et opère un recentrage sur les droits ainsi que les besoins et les attentes des bénéficiaires. Le législateur demande aux établissements et services de contractualiser leurs prestations, de les personnaliser sur la base d'une évaluation continue de leurs besoins et attentes.

Ce concept a ses limites en ce qui concerne le handicap psychique dont la spécificité serait la « non demande » et l'impossibilité d'exprimer des besoins.

Loi N° 75-534 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

Elle posait les règles relatives au fonctionnement des dispositifs d'aide auprès des personnes handicapées. Elle impulsait la question de l'intégration des personnes handicapées avec leur prise en compte dans l'urbanisme, l'architecture et en instaurant pour gérer cela, des instances spécifiques comme la commission départementale de l'éducation spéciale CDES, les commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP).

Loi N° 2002-73 loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 qui a notamment posé le **principe d'un droit de compensation** des conséquences du handicap. Les personnes souffrant de handicap psychique n'ont pas bénéficié des dispositifs mis en place par la loi d'orientation. La loi du 5 mars 2002 sur le droit des malades stipule que « nul ne peut se prévaloir d'un préjudice du seul fait de sa naissance… Ce préjudice ne saurait inclure les charges particulières découlant tout au long de la vie de l'enfant, de ce handicap. La compensation de ce dernier relève de la Solidarité Nationale. »

4) **La proclamation de la déclaration du Madrid[513] lors du congrès européen des personnes handicapées du Madrid en 2002** :

« la présente déclaration expose par écrit notre vision, qui devra donner un cadre conceptuel pour les actions à développer à l'occasion de l'année 2003, au niveau de l'Union Européenne jusqu'au niveau local en passant par les Etats et les Régions. »

Préambule : Les principes et leurs fondements :

3. Le handicap relève des droits humains

Comme tout citoyen, les personnes handicapées possèdent les mêmes droits humains. L'article premier de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen stipule que « tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. » Les communautés n'atteindront ce but que si elles affichent comme une priorité le droit à la diversité et son corollaire le droit à faire partie de la communauté des hommes sans restriction autour de accession aux droits fondamentaux, légitimant leur pleine place « à part entière et à part égale ». Les « handicapés » sont « complètement humains ».

4. Les personnes en situation de handicap revendiquent l'égalité des chances et non la charité.

Il s'agit autour de cette question de ce départir d'une vision paternaliste de la problématique du Handicap en redonnant à la personne en situation de handicap son Libre Arbitre (empowerment), c'est-à-dire les moyens de gérer elle même sa propre vie au travers de choix, de décisions, les concernant, les rendant responsables. Sont déclarées comme inacceptables toutes les attitudes et discours empreintes de pitié (condescendance) ou d'infantilisation, signifiant la personne en situation de handicap comme « inapte » par définition et par généralisation à se penser et savoir ce qui est bien pour elle ou pas. Elles revendiquent donc l'égalité des chances et la pleine accessibilité à toutes les ressources mobilisées par la société pour ses citoyens : éducation, nouvelles technologies, santé et services sociaux, sport et loisirs, biens et services.

Elle n'est pas ou plus un patient mais un client, celui qui peut demander et revendiquer un service à l'Autre, celui qui décide pour ce qui le concerne en conscience (de lui-même). Ni objet de charité ni objet de science.

5. Les barrières sociales conduisent à la discrimination puis à l'exclusion.

[513] Déclaration de Madrid. European Disability Forum.

Les statistiques montrent chez les personnes en situation de handicap un niveau bas d'éducation et d'emploi (60% de chômage). Cette situation conduit à la précarisation des conditions de vie des personnes en situation de handicap et les inscrits dans le cercle vicieux de l'exclusion et de l'entretien du phénomène par défaut d'accessibilité.

6. Les personnes en situation de handicap : les citoyens invisibles.

La discrimination se nourrit des préjugés entretenus à leur encontre par les membres de la Société en général. Au-delà, les réactions négatives et volontaires, consciemment discriminantes, s'observent en majorité des phénomènes d'ignorance, d'oubli, au fond de banalisation défensive (dissonance cognitive), de « on ne fait pas attention » ou « on en voit pas » ou « ça ne concerne pas ».

7. Les personnes en situation de handicap forment un groupe diversifié.

Il s'agit de respecter cette diversité et de ne pas « assimiler », « amalgamer », aplanir ces différences par une généralisation outrancière et caricaturale. Les besoins et les désirs ne peuvent être nivelés et nécessitent pour être pris en compte d'impliquer et solliciter le vécu de la personne. Il s'agit aussi pour elles de fonctionner de manière démocratique pour solliciter de manière politique une place et un droit de cité pour faire valoir sa parole.

Il s'agit de personne donc naturellement non résumable par une caractéristique comme celle de leur déficience.

8. Non discrimination + Action positive = Inclusion Sociale.

Il s'agit de décliner de manière pragmatique l'ensemble des mesures spécifiques chargées de garantir leur autonomie, leur insertion et leur participation sociale.

Il s'agit de cesser de vouloir créer des « microsociétés à part de la vraie société », aboutissant à une ghettoïsation, pour favoriser l'intégration dans la vie communautaire ;

Il s'agit de mettre l'accent sur leurs aptitudes et non inaptitudes et sur les politiques actives d'accompagnement ;

Il s'agit d'abandonner l'idée préconçue d'actions «économiques et sociales » pesant sur la communauté chargée de porter un petit nombre pour envisager une conception d'un monde pour tous, le bénéfice est ubiquitaire à ce titre, l'investissement est « rentable »;

Il s'agit d'envisager alors politiquement le handicap non plus comme relevant d'un ministère ou d'une spécialité médicale mais comme une problématique relevant d'une approche responsable collective dans laquelle « TOUS » sont concernés de manière transversale, transculturelle, pluridisciplinaire ;

Politiquement, il s'agit de soutenir la modification de normes et valeurs sociales, politiques et culturelles modifiant les modalités intégratives pour accroitre l'accessibilité et le désir

d'accéder à l'intégration en termes de promotion sociale, valorisation et reconnaissance donc de conception nouvelle du bien être avec les autres.

5) Un programme. « Une Société pour Tous »

Mesures légales.

- « Une législation complète contre la discrimination doit être sans délai promulguée, éliminant les barrières existantes et empêchant la mise en place de nouveaux obstacles (…). La clause de non-discrimination (…) contribuera à une Europe véritablement sans entraves pour les personnes handicapées. »
- Changer les comportements.
- « Les législations antidiscriminatoires ont prouvé qu'elles apportaient avec succès des changements dans les comportements vis-à-vis des personnes handicapées. Mais la loi ne suffit pas. (…) Aussi l'éducation dans son ensemble est-elle nécessaire pour soutenir des mesures législatives pour promouvoir la compréhension des besoins et des droits sociaux de la personne handicapée (…). »
- Des services pour la promotion de la vie autonome.
- Par le développement des capacités sociales, culturelles et politiques en ressources matérielles, techniques, économiques, écologiques, humaines, animales…
- Aide aux familles notamment pour les personnes en situation de handicap les plus gravement dépendante ne pouvant se représenter seules.
- Une attention particulière aux femmes handicapées, entrainant une réflexion sur le cumul des handicaps.
- La prise en compte du handicap dans les mesures pour tous. L'inclusion sociale commence par l'inclusion psychique de cette dimension du handicap comme une évidence des situations humaines dont il faut se préoccuper dès la phase planificatrice de projets.
- L'emploi, une clé pour l'inclusion sociale notamment en milieu ordinaire.
- Rien pour les personnes handicapées sans les personnes handicapées. Il s'agit de développer leur représentativité et la tribune sur laquelle elles peuvent dire et être écoutées. Il s'agit là d'établir un dialogue « à égalité d'être » entre les personnes se considérant en situation de handicap et celles ne se considérant pas en situation de handicap.

6) Les programmes proposés en Santé Mentale

Le plan de l'UNAFAM Union Nationale des Amis et Familles de Malades Psychiques, ainsi que l'association des patients et ex patients « FNAP- psy » et sa fédération nationale de toutes les associations ont établi un plan en six points :

Six points sont développés :

La continuité des soins : La sectorisation n'a pas permis selon eux de répondre de manière satisfaisante aux besoins des personnes handicapées psychiques et de leurs familles. « La situation de non demande » de ces personnes appelle à des réponses spécifiques. Il est selon l'UNAFAM nécessaire de se placer dans l'anticipation, en proposant un accompagnement social de nature à prévenir les crises et les ré hospitalisations.

Obtention de ressources suffisantes :

Les personnes handicapées qui ne peuvent plus travailler devraient bénéficier de ressources leur permettant des conditions d'existence dignes et un maintien de leur autonomie, notamment au travers d'une revalorisation de l'AAH.

Le droit à un logement ou à un hébergement :

En lien avec la réduction du nombre de lits à l'hôpital et l'accessibilité limitée au logement social en nombre limité et résistance des organismes HLM.

L'accompagnement social :

Développer de l'aide pour les aidants (familles, travailleurs sociaux, élus…) ;

Services d'accompagnement à la vie sociale. SAVS, SAMSAH.

L'existence d'une protection juridique :

Maintien de l'autonomie de la personne.

Insertion par l'activité et pilotage de l'accompagnement par les clubs.

Pour les personnes ne pouvant plus travailler, la participation sociale pourrait se faire par des activités culturelles et sportives. Ces activités seraient l'objet des groupes d'accueil et d'entraide prévus par la loi ou GEM.

Le rapport MAUDINET paru en octobre 2004 s'est intéressé à l'accès des personnes handicapées aux droits sociaux en Europe. Il intègre la notion de « situation de handicap » en référence au rapport de la Commission Européenne de Madrid en 2002.

Faut-il légiférer sur le principe d'égalité des chances, « Is law fair for disabled ? Faut-il des lois spécifiques pour les personnes en situation de handicap ? « Pourquoi pas la même entrée pour tous ? (…) Pour qu'une loi sur « l'égalité » ait des chances d'être efficace, ce doit être une loi pour toute la population et son cadre de vie. Cette population est dans tous les cas,

épisodiquement ou potentiellement, en situation de handicap dans un environnement français ordinaire. C'est cet environnement qu'il faut d'abord changer pour réduire le handicap. Ce changement de cadre changera aussi les mentalités. »

7) **La loi du 12 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances,** la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

La Loi Antidiscrimination

Ce texte a été présenté comme une réforme de la loi du 18 juin 1975.

- ~ Le premier point la concernant c'est la définition qu'elle donne du handicap qui ne figurait pas, pour rappel, dans le loi de 1975, comblant ainsi un vide juridique et conférant un statut aux personnes en situation de handicap.
- ~ Ensuite, elle cite dans cette définition le handicap psychique et la notion de handicaps cumulés ou polyhandicap.
- ~ Cette définition fait bien la distinction entre l'activité quotidienne personnelle (actes indispensables de la vie courante) et la participation à la vie sociale qui est l'intégration-inclusion sociale. Elle souligne l'environnement mais ne reprend pas le concept de « situations de vie » ou de « handicap de situation » de Ménaire. Ainsi, de nouveau la dénomination, considérée comme discriminante, de « personnes handicapées » a-t-elle été retenue au lieu de celle souhaitée de « personnes en situation de handicap ».
- ~ A l'instar du droit américain, considérant les personnes en situation de handicap comme une des « minorités » accueillies sur le territoire américain, soutenant donc une politique anti discriminative globale – pas seulement pour les handicapés - la loi de 2005 se veut une loi anti discrimination[514].
- ~ La création des MDPH, des Maisons Départementales des Personnes Handicapées, gérées par la **Commission des Droits et de l'Autonomi**e, regroupent les CDES, COTOREP, SVA (Services pour la Vie Autonome), qui sont un exemple concret de mesures visant à placer la personne au centre du dispositif, en créant ce bureau unique d'accueil, d'information, conseil et formalisation des demandes.
- ~ La loi crée **une prestation de compensation** humaine, technique et animalière dont le financement est assuré par une contribution nationale de solidarité obtenue par la

[514] Une étude de 2004-2005 de APF a montré que la handicap était pour l'emploi un facteur de discrimination plus agissant que l'âge, le sexe ou l'origine ethnique. BROUARD G. ROUSSEL P. Handicap en chiffres. Ed. CTNERHI, Paris, PUF. 2005.

travail d'une journée férié dans l'année. Ce dernier point a donné lieu à beaucoup de désaccords car plaçant les personnes handicapées encore en position de charité sur un arrangement pesant sur les autres salariés. L'AAH est revalorisée et peut être cumulée avec les ressources d'activité. L'obligation de formation scolaire et universitaire est réaffirmée. L'obligation d'accueillir 6% de personne handicapées dans les entreprises de plus de 20 salariés est étendue avec pénalités au secteur public. Un fond pour l'insertion est créé. Les pénalités envisagées pour les employeurs hors la loi sont lourdes.

~ **La prévention, la recherche** sont accentuées. Mais les formations destinées au différent acteur et partenaires ainsi que l'éducation civique autour de la question du handicap sont rares ou inexistantes.

~ **Les moyens d'évaluation** sont imprécis et d'essence catégorielle comme jusqu'à présent.

III) Réflexion

A) Processus prothétique

1) **Les processus de compensation** du handicap

Ils nous semblent intervenir dans la logique que nous avions abordée. Ils proposent aux stigmatisés-handicapés des moyens variés permettant la minimisation - sans banalisation – de l'importunité du stigmate de façon à détendre les interactions procurant le moins de malaise possible et d'entrave à la fluidité des échanges. Mais ce processus de compensation interroge quand à la subtilité et au tact nécessaire pour être facilitateur sans nier le stigmate ce qui reviendrait rapidement à nier l'autre dans son identité. Il s'agit donc d'un processus de facilitation, une sorte de lubrification symbolique, tout à fait essentielle et complètement intégratrice.

2) Un outil de normalisation solidaire

Il s'agit de permettre à chacun d'accéder aux même choix que tous, à égalité d'être. En langage juridique, la compensation consiste à remettre à quelqu'un une valeur en réparation d'un dommage. Dans le code civil la compensation vise à annuler la dette et à éteindre les obligations. Issue des concepts de MAUSS et des théorisations de la dette sociale qui serait un des fondements du lien social, cette compensation nous apparaît intéressante en ce sens qu'elle permet à « l'handicapé » de porter la dette sociale autant que les autres.

3) La notion de dépendance

« Toute vie sociale n'est possible qu'au prix d'une multitude de dépendances, c'est ce qu'exprime Edgar MORIN lorsqu'il écrit « toute autonomie se construit dans et par la dépendance écologique[515] ». C'est l'autonomie qui est visée par la compensation, c'est-à-dire étymologiquement en grec faire sa propre loi, qui consiste à choisir à quoi on est dépendant, ce à quoi on se suspend, de dépendere en latin. C'est dans ce tissu d'interdépendance que se créée la solidarité, le vivre ensemble.

B) Processus qui mobilise le sujet

Les ressources de la notion de handicap et leur optimisation

Recovery, Empowerment et accessibilité

Comme nous l'avons vu, c'est le passage du modèle médical de la maladie au modèle social qui fait du concept de handicap un opérateur- intégrateur social notamment au niveau du travail. Le déplacement s'axe notamment sur le passage d'une logique de guérison ou de recherche de guérison ou de maîtrise des symptômes à une logique d'optimisation des ressources du sujet pour pallier aux limites induites par le symptôme, et ainsi adapter la place sociale et le maintien de l'intégration ou sa promotion. Il s'agit du rétablissement.

Le Rétablissement ou « Recovery » est le second concept opérateur qui spécifie la dimension sociale. Il s'agit de renoncer à une entreprise de « normativisation sociale », de mise en conformité du sujet mais de promouvoir une « normalisation » rendant accessible « les lieux de tous » et laissant au sujet la liberté de circuler selon une trajectoire personnelle et singulière, subjective et expérientielle, sur un espace social non discriminatif. C'est la réappropriation du « pouvoir agir » (*empowerment*) .

La conception du handicap de Wood, que nous avons longuement abordé, introduit de manière essentielle la notion de **r**éversibilité des rapports de dépendance entre la maladie, les incapacités et le désavantage social, qui permet de sortir d'une logique « fataliste » induite par une linéarité conclusive du rapport à la maladie mentale comme le souligne D. LEGUAY.

C) Le courant de la réhabilitation psychosociale.

[515] E. MORIN. La complexité humaine. Paris, Flammarion, 1994. In HAMONET Claude. « Les personnes handicapées ». PUF. Collection « Que sais-je ? ». 5ème Ed. 2007

« Ce mouvement apparaît comme l'expression la plus développée de la recherche d'un modèle propre du handicap psychique, à souligner la façon dont ce « modèle » se différencie et s'autonomise du modèle médical ».

1) L'optimisation versus la maximalisation

La réhabilitation psychosociale est définie en premier lieu comme « un processus facilitant le rétablissement d'un individu à un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté » (CNAAN & al. 1988). Elle met l'accent sur l'intégrité et sur les forces de l'individu plutôt que sur sa maladie. L'optimisation dans ce contexte ne devant pas être confondue avec une maximalisation, suscitant une trajectoire de vie en tension vers une hauteur, un dépassement, une exigence de perfection dans l'infirmité, - le « bon handicapé » versus « le mauvais handicape » - alors qu'il s'agirait davantage d'un modèle d'une trajectoire de vie en homéostasie, ne référant qu'à elle-même en terme de « dépassement » – le terme de réalisation devenant plus approprié, faire au-delà, induisant un aspect qualitatif plus que quantitatif -, dans un espace horizontalisé par une préoccupation et une mise en œuvre de l'accessibilité pour tous. Cette notion d'accessibilité transcende la question du handicap, elle en dissout la connotation stigmatisante dans cette « normalisation » qui se veut intégrative. Effectivement concevoir un sujet comme fondamentalement « intègre » quels que soient « ses manques » c'est se donner la possibilité de « l'intégrer » de plein droit jusqu'à ne même plus avoir à se poser cette question puisque l'on parle d'un être « inaliénable », irréductible à une logique objectalisante.

2) Le soin suffisamment bon

Ne serait-ce pas là une erreur de la médecine – et de la psychiatrie - de considérer qu'elle peut prendre en charge de manière « globale » les patients, comme pouvant englober de ses soins son sujet ? En effet, comment pourraient-elles alors considérer « son objet » comme « un sujet » par cette volonté holistique alors même que considérer un Autre comme Sujet, c'est accepter de ne pas pouvoir TOUT pour lui. Cette dimension nous ramène, il nous semble à WINNICOTT encore une fois et à la notion de soins « suffisamment bon » versus « comblement bon ». Le concept de handicap, sur ce mouvement du médical au social – et vice versa –est, en soi, ce passage emprunté par un sujet pour aller d'un espace à l'autre. Nous nous demandons si ces deux espaces médical-soignant et social ne relèveraient pas, pour le sujet, - en tant que le principe qui structure son être au monde -, du maternant d'un côté – au sens de matricielle, ce qui restaure, ce qui porte à maturation, – et au paternant de l'autre – au sens de ce qui fait sortir d'un giron pour s'éprouver soi avec les autres, condition essentielle

d'une réalisation d'être, condition essentielle à notre sens d'un individu « motivé » pour se mettre au travail.

3) Le point de vue de la PI

Pour appréhender ce qui différencient la RPS et le PI vis-à-vis des mesures de réhabilitation le concept **du Care versus le Cure concept anglo saxon**, nous semble éclairant.

Il nous semble comprendre que le CURE représenterait les méthodes ré intégratives telles que nous les avons énoncées à savoir les mesures prothétiques qui compensent et sont externes au sujet et les mesures de mobilisation des ressources personnelles par techniques qui optimisent les potentialités du sujet.

Le CARE correspondrait davantage à ce que développe la PI à savoir « une attention particulière portée à l'autre » en s'adressant de manière empathique à sa vulnérabilité et à sa dépendance, il s'agit de soutenir, d'étayer avec sollicitude, une disposition psychique accueillante de l'autre dans sa singularité. Le CARE prête attention à ce à quoi la personne prête attention, ce qui a de la valeur pour lui, sa culture. C'est une fonction de maintien, réparatrice, que nous avons évoquée plusieurs fois sous forme de fonction asilaire hospitalité.

L'attachement se situe dans la vie quotidienne, où il s'agit de veiller au bien être de l'autre, pour saisir une singularité, dans l'ordinaire devenant ainsi révélateur de ce qui importe. Elle préfigure la capacité à prendre soin de soi, cette disposition étant un accès à l'autonomie, il s'agit par là de reconnaître pour tous la vulnérabilité et la dépendance nécessitant des temps hors temps.

Conclusion

Le handicap est l'un des concepts centraux de la RPS, il symbolise cette articulation entre le modèle social et le modèle médical, en utilisant des paramètres d'évaluation se référant à la notion d'individu en situation de Handicap tendant ainsi à universaliser le concept. Sa définition a été laborieuse et a suscité très tôt un intérêt à l'échelle Européenne. Bien que cette classification soit critiquée, accusée d'être trop médicale, la classification de WOOD reste une référence, les concepts de situations de handicap étant venus l'enrichir.

Ce concept permet de caler une approche linéaire entre troubles somato-psychique, déficience, et désavantage en considérant l'homme selon un modèle bio psycho social.

En tant qu'intégrateur social le handicap crée une lisibilité quand à la pathologie mentale qu'il n'avait pas été possible d'atteindre avant les travaux sur la cognition dans la schizophrénie permettant de représenter la nature des troubles (fonctions exécutives, mémoire, etc.), ainsi que la création de nombreuses échelles comme l'échelle d'autonomie sociale de LEGUAY. Au prix de ce réductionniste initial, la situation de handicap est appréhendée actuellement, comme nous allons l'envisager dans le chapitre suivant traitant du travail, comme intégrateur social, dans sa complexité faisant intervenir des paramètres de subjectivité. Il permet également de légiférer contre les discriminations en prônant grâce aux progrès des processus prothétiques qu'ils soient humains, financiers, matériels et en faisant valoir par la citoyenneté les droits élémentaires de sociabilité.

Le Travail

Les intégrateurs sociaux

Introduction

Nos sociétés occidentales sont considérées par des philosophes comme HABERMAS[516] comme « fondées sur le travail », lequel détermine la place des individus dans la Société. Il constitue encore en 2009, le principal moyen de subsistance. Il est doté de caractéristiques telles que « l'effort, la contrainte, la transformation créatrice d'un donné, la création de valeur, l'utilité, l'existence de contreparties[517] ». Saisissant son essence dans le « travail » fondamental de l'enfantement, il véhicule un imaginaire fait de douleur et de création que son étymologie tripalum qui signifie instrument de torture corrobore. La notion de travail fait également écho au souci de l'Homme de façonner le monde qui l'entoure, de la maîtrise, d'entamer avec lui un bras de fer de telle sorte que progressivement la production est devenue « le lieu central du lien social et de l'expression de soi[518]».

Si le lien entre travail et insertion sociale est établi comme l'évoque D. MEDA ci-dessus et comme nous l'avions abordé avec DURKHEIM et la division du travail ; le lien entre travail et santé aussi, à tel point que C. DEJOURS[519] parle d'augmentation des pathologies liées au travail comme les pathologies de surcharge, inhérentes à l'automatisation des tâches - qui devait désaliéner l'homme - , comme les pathologies post traumatiques, liées aux agressions physiques ou verbales dans l'exercice de son travail, les pathologies du harcèlement dues à la fragilisation des ressources collectives de solidarité et enfin les dépressions, les tentatives de suicides et les suicides. Si présentement, nous ne traiterons pas de la relation entre le travail et la santé mentale, il nous a semblé intéressant de poser même sommairement les conditions de travail actuelles, que nous devons avoir à l'esprit quand nous accompagnons les patients

[516] HABERMAS J. La technique et la science comme idéologie. Gallimard, 1973. In MEDA Dominique, agrégée de philosophie, inspectrice générale des affaires sociales. Le travail. PUF, Collection « Que sais-je ? », 2008.

[517] MEDA Dominique. Le travail. PUF, Collection « Que sais-je ? », 2008.

[518] Ibid

[519] DEJOURS C. Vulnérabilité psychopathologique et nouvelles formes d'organisation du travail (approche étiologique). L'Information Psychiatrique, vol. 83, N°4, avril 2007, pp 269-275.

psychiatriques vers le travail en vue d'une réinsertion sociale. A ce propos, la citation suivante nous semble poser la problématique sous une forme qui différencie la position de la PI et de la RPS. « Enfin, si travailler, en soi, ne guérit pas grand monde, il ne s'agit pas de nier les effets pathoplastiques de la marginalisation ou de l'exclusion du dit « univers du travail[520] »

Dans ce chapitre consacré au travail comme intégrateur social, nous nous attacherons d'abord, en nous appuyant sur le rapport du Séminaire Interdisciplinaire « *Handicap Psychique et Réinsertion Professionnelle* » visant à l'Evaluation et les Modalités de soutien à la Réinsertion Sociale et Professionnelle élaboré en mai 2008 par une équipe pluridisciplinaire, dans le cadre d'une action de recherche MiRe-DREES[521], à explorer de manière très pragmatique les conditions d'employabilité des patients souffrant de troubles psychiques et les mesures concrètes à envisager pour améliorer non seulement l'accès à l'emploi mais aussi à son maintien. Nous verrons à quel point le concept de retentissement fonctionnel est essentiel et permet de démontrer que l'employabilité et la symptomatologie n'ont qu'une très faible corrélation. Deuxièmement nous aborderons la notion de fétichisation du travail considérée par la PI comme un risque important inhérent aux techniques de retour à l'emploi de la RPS ; aussi sans dénier son intérêt comme le fait DROGOUL, il s'agit d'éclairer cette réflexion du concept d'aliénation sociale par le travail de MARX.

I) Handicap Psychique et réinsertion professionnelle

Cette définition, la plus souvent citée, a été proposée par R. CNAAN, Le postulat sur lequel repose cette approche est qu' « il existe en chaque individu une motivation à développer maîtrise et compétence dans des domaines de la vie qui vont lui permettre de se sentir indépendant et confiant en lui-même. ». (Cnaan & al. 1988). Il est secondairement admis que cette maîtrise ou ces compétences peuvent être apprises, et que « les individus sont capables d'y avoir recours et de les adapter pour répondre à leurs besoins de base ». Il est notable que parmi les principes de la réhabilitation soit stipulée la valeur du travail comme vecteur d'intégration (*principe 10 : a work-centered process*), mais aussi comme lieu de réalisation de

[520] DROGOUL Franck. Editorial « Tout travail mérite salaire… ». Institutions. Revue de Psychothérapie Institutionnelle. Le Travail. N°29. Septembre 2001.

[521] Responsable scientifique : Bernard PACHOUD (CREA (CNRS-Ecole polytechnique) & Université D. Diderot), Coorganisateurs : Alain LEPLEGE (REHSEIS (CNRS) & Université D. D Arnaud PLAGNOL, (IHPST (CNRS) & Université Paris 8)

Laboratoire responsable de la recherche : CREA (Ecole Polytechnique, CNRS – UMR 7656)

soi. Il est donc admis que le travail (rémunéré, et autant que possible en milieu ordinaire) est un facteur de reconnaissance sociale, et à ce titre d'identité, elle-même condition d'une autonomie.

A) Quels sont les paramètres ou dimensions qui influent sur ces possibilités de réinsertion ?

1) Séminaire Interdisciplinaire « *Handicap Psychique et Réinsertion Professionnelle* »

Les données suivantes sont puisées dans le rapport du Séminaire Interdisciplinaire « *Handicap Psychique et Réinsertion Professionnelle* » concernant l'Evaluation et les Modalités de soutien à la Réinsertion Sociale et Professionnelle, élaboré en mai 2008 par une équipe pluridisciplinaire, dans le cadre d'une action de recherche MiRe-DREES[522].

Les principaux domaines explorés et les axes de travail empruntés ont été :

- « Les recherches empiriques sur les facteurs prédictifs du retour à l'emploi, et les méthodes de remédiation développées dans ce cadre.
- Les approches neuropsychologiques portant sur les troubles cognitifs et métacognitifs en psychopathologie et leur retentissement sur la sphère de l'activité et de l'adaptation sociale.
- Le courant anglo-saxon de la réhabilitation psychosociale.
- Les contributions de la psychologie du travail, en particulier de la psychodynamique du travail (C. DEJOURS), et de la "clinique de l'activité" d'inspiration vygotskienne (Y. CLOT).
- Les approches sociocognitives ayant trait à l'apprentissage social et aux facteurs soutenant la motivation (Théorie du sentiment d'efficacité personnelle d'A. BANDURA). »

La première question posée par ce séminaire fut : Quels sont les paramètres ou dimensions qui influent sur ces possibilités de réinsertion ?

De manière globale, la personne est concernée en premier lieu et l'environnement social et professionnel, au sein duquel doit s'opérer l'intégration, est concerné en second lieu. Ce

---

[522] Responsable scientifique : Bernard PACHOUD (CREA (CNRS-Ecole polytechnique) & Université D. Diderot), Coorganisateurs : Alain LEPLEGE (REHSEIS (CNRS) & Université D. D Arnaud PLAGNOL, (IHPST (CNRS) & Université Paris 8)
Laboratoire responsable de la recherche : CREA (Ecole Polytechnique, CNRS – UMR 7656)

champ de recherche s'approche donc logiquement d'emblée comme pluridisciplinaire et va nécessiter pour être appréhendé une fédération de compétences ce qui a été le cas dans ce séminaire.

2) Les facteurs retenus

Plus précisément, sont retenus les facteurs suivants à considérer pour travailler et explorer la question du handicap psychique et l'insertion professionnelle :

- « du côté de la personne handicapée,
  - les aspects psychopathologiques (le mode de stabilisation, les symptômes résiduels et leur incidence sur le travail, le degré de conscience et de connaissance de la maladie, ainsi que des limitations qu'elle induit, enfin la qualité du suivi psychiatrique et de l'observance du traitement)
  - les compétences professionnelles de la personne (formation initiale, expérience acquise du travail).
  - les aspects motivationnels
  - la compétence sociale (possibilité d'intégration à un collectif de travail, affirmation de soi)
- du côté de l'environnement de travail,
  - les attendus de l'entreprise.
  - les possibilités d'adaptation ou de soutien envisageables dans le cadre de l'emploi. »

La méthodologie qui sous tend ce travail s'appuie sur les approches suivantes conceptuelles et empiriques – les approches conceptuelles ayant été détaillées dans ce travail dans le chapitre traitant de la Réhabilitation Psychosociale et de ces concepts opérateurs:

- « Les recherches empiriques sur le retentissement fonctionnel des pathologies mentales sévères, et sur les facteurs pronostiques de la réinsertion professionnelle; ou encore les recherches empiriques comparant différentes méthodes de soutien à la réinsertion.
- Les ressources liées à la notion de handicap, notamment telle qu'elle est conceptualisée dans la CIF. Certains concepts, associés à la notion de handicap, tels que celui de « rétablissement » (recovery) et celui « d'empowerment : restauration du pouvoir d'agir »
- Le courant anglo-saxon de la réhabilitation psychosociale, qui spécifie les objectifs de la réhabilitation et les principes valorisés pour tendre vers ces objectifs.
- Le courant des approches « centrées sur la personne ».
- Le thème de la résilience
- Le rôle de la reconnaissance en sciences sociales. »

3) La convergence des résultats

D'emblée, les résultats apportés par ce séminaire, - que l'on peut considérer comme des découvertes permettant de manière pragmatique d'orienter vers une action de soin cohérente, efficace, au regard d'objectifs démocratiques c'est-à-dire fixés par les patients, leurs proches, les soignants et les politiques en matière de Santé Mentale – ont été valorisés du fait de leur degré significatif de convergence des différentes thèses des exposés et travaux présentés. Ces résultats sont les suivants :

- « Le rôle prépondérant, comme facteurs prédictifs du retour à l'emploi, des paramètres motivationnels ou liés à l'emploi (tel le sentiment d'efficacité personnel au sens de BANDURA) ou des aptitudes relationnelles et sociales, comparativement aux paramètres cliniques et cognitifs, ou relevant de la compétence technique pour le profil du poste, ces derniers tendant pourtant à être privilégiés car ce sont les paramètres que l'on sait le mieux évaluer et quantifier.
- La nécessité d'une meilleure connaissance et d'une meilleure prise en compte des attentes du monde du travail ; idéalement d'un meilleur partenariat avec les employeurs.
- L'efficacité accrue, en termes de taux de réinsertion, des méthodes d'immersion rapide dans le travail, avec un soutien in situ (tel le soutien individualisé en emploi de type IPS) sur les méthodes de préparation à l'entrée dans le monde du travail, ce qui va l'encontre des pratiques actuellement dominantes dans ce domaine. »

B) Déterminants et facteurs prédictifs de la réinsertion professionnelle.

1) Les possibilités de reprise de l'emploi

Arnaud PLAGNOL propose de distinguer trois types d'éléments d'appréciation sur les possibilités de reprise d'activité professionnelle chez des sujets schizophrènes (nous nous sommes limités aux études portant sur cette pathologie, en effet paradigmatique du handicap psychique) :

- **Les conditions nécessaires** avant même d'engager un projet professionnel sont :
- La relative stabilisation des symptômes (intensité délirante ou dissociative non débordante), une reconnaissance des troubles au moins quant à un certain degré de difficultés, la mise en place d'un suivi spécialisé régulier avec soutien souhaitable d'une équipe ;
- **Les facteurs modulant** fortement les chances de réussite :

- Le degré de motivation (versus symptômes négatifs importants), la qualité de l'environnement familial et social, le soutien par des conseillers professionnels spécialisés, l'existence d'entreprises sensibilisées et tolérantes à la vulnérabilité, l'intérêt financier potentiel relativement à ce qu'offrent l'Allocation Adulte Handicapé et le Complément Pour Ressources.
- **La condition-clef** :
- L'inscription du projet dans un équilibre subjectif singulier qui dépend moins des capacités cognitives intrinsèques que de facteurs affectifs et relationnels complexes, et pour lesquels seuls des entretiens intersubjectifs spécialisés, dans des contextes ni administratifs ni thérapeutiques, permettent une authentique évaluation.

2) Les déterminants d'insertion professionnelle des handicapés

Une étude prospective (Corbière & al. 2005) auprès de personnes présentant un handicap psychique, portant sur les déterminants de leur insertion professionnelle a été réalisée. Les principaux résultats de cette étude sont les suivants :

- « les variables prédictives de l'obtention d'un emploi ou de la reprise d'une activité professionnelle ne sont pas des variables liées à la pathologie (diagnostic, sévérité des symptômes résiduels), ni prioritairement des variables cognitives, mais essentiellement des variables liées au travail (intention d'obtenir un emploi, nombre de jours de travail par semaine souhaité , encouragement social pour un retour au travail, sentiment d'efficacité pour surmonter les obstacles à l'insertion, stratégies de recherche d'emploi). Comme le fait remarquer Corbière (2005), ce résultat corrobore ceux de Castra (2003), qui observe dans le cas, cette fois, d'un « public précaire » que le taux de réinsertion dépend essentiellement de leur « engagement » dans leur recherche d'emploi.
- Le sentiment d'efficacité pour surmonter les déficits de compétence, ou la confiance en soi, rend compte de l'accès à des postes de travail plus autonomes. Le sentiment de pouvoir exercer un contrôle sur sa santé augmente les chances de travailler.
- Les variables cognitives (fluidité verbale en particulier), mais aussi les variables cliniques (évaluation des symptômes, nombre d'hospitalisations l'année précédente), ne sont pas directement liées au taux de retour à l'emploi, mais sont liées au délai de ce retour à l'emploi.
- La durée d'activité professionnelle hebdomadaire apparaît corrélée au sentiment d'efficacité à surmonter ses problèmes de santé (au sens technique qu'a pris cette notion avec les travaux de Bandura), ainsi qu'à des variables motivationnelles.

- Concernant les variables sociales, l'existence d'un soutien social dans les démarches de réinsertion est un facteur positif (meilleur taux d'embauche)
- Un facteur est corrélé négativement au retour à l'emploi : le fait de disposer d'une aide financière publique au titre du handicap, en rendant moins attractif le retour à l'emploi (lorsque la différence en termes de revenus est faible), est un facteur démobilisant, corrélé négativement avec le taux de réinsertion ».

En résumé, il est possible de dire que les prédicteurs positifs sont le soutien social, un sentiment d'efficacité élevé à surmonter les obstacles, la projection en emploi, la valeur investie dans le travail ; les prédicteurs neutres sont le diagnostic psychiatrique, l'âge, le sexe, la race, le niveau de scolarisation, la consommation de drogue ; les prédicteurs négatifs sont l'aide financière publique (lorsqu'elle rend comparativement inattractive la rétribution du travail), les troubles cognitifs.

3) L'importance des variables liées au travail et à la compétence sociale sont prépondérantes

Il est à retenir que ce sont les variables liées au travail et à la compétence sociale qui sont déterminantes du retour à l'emploi, et par conséquent plus importantes à considérer que les variables psychopathologiques ou que les performances cognitives. Or ce sont ces dernières que les cliniciens tendent encore à privilégier, tout simplement parce qu'ils savent mieux les évaluer (ou les quantifier). Les travaux de Rosenheck et al. (2006) qui, dans une étude sur les barrières au retour à l'emploi chez près de 1500 sujets schizophrènes stabilisés, montrent que :

- Les taux d'emploi observés aux Etats-Unis rejoignent ceux décrits en France (14.5% d'emploi "compétitif" et 12,6% d'emploi de type réservé).
- Les facteurs reflétant l'intensité du trouble sont corrélés au taux d'emploi et des altérations sévères peuvent bloquer toute activité.
- Parmi ces facteurs, l'intensité symptomatique intervient, de même que le fonctionnement neuro-cognitif et le niveau d'éducation, mais aussi la qualité des relations sociales et le fonctionnement "intrapsychique" lié à la motivation ou au potentiel empathique.

  La valeur prédictive pour l'emploi de ces éléments "intra-psychiques", ainsi que celle des symptômes négatifs, paraît même plus importante que celle du fonctionnement neuro-cognitif (qui ne semble pas exercer d'effet significatif au-delà de l'intensité symptomatique). Les auteurs font même remarquer qu'il est possible que ce soit le retour à l'emploi qui améliore le fonctionnement "intra-psychique" et diminue les symptômes négatifs (plutôt que l'inverse).

- Ce sont donc surtout des facteurs sociaux, non cliniques, qui interviennent dans la possibilité d'un emploi compétitif. Le rôle des allocations est aussi un frein potentiel si le retour à l'emploi ne permet pas une amélioration des ressources financières suffisantes.
- La disponibilité de services spécialisés de soutien à l'emploi est importante.

C.Etude du retentissement fonctionnel des troubles psychiatriques et de ses déterminants

Les conséquences fonctionnelles (functional outcomes) des pathologies psychiatriques sont évaluées de façon qualitative et surtout quantitative ; cette évaluation visant à discriminer les stratégies thérapeutiques et de réhabilitation visant à compenser ce retentissement fonctionnel ou à y remédier (méthodes psycho-éducatives ou de réhabilitation psychosociale). En ciblant les principaux déterminants aux poids prédictifs significatifs, l'objectif est un ajustement des procédures dans une logique de qualité.

1) **Définition du « retentissement fonctionnel** »

Les facteurs prédictifs liés à la maladie

C'est dans la vie concrète ou quotidienne qu'il est pertinent de faire appel à ce concept, il s'inscrit dans un triptyque classiquement utilisé pour évaluer la maladie mentale en association avec la symptomatologie et le déficit cognitif, il est constitué de quatre principales dimensions servant de référence dans les travaux de recherche:

- la qualité de vie subjective (pour laquelle existent des outils d'évaluation quantitative),
- l'insertion professionnelle (en recourant ici aux données épidémiologiques sur l'emploi),
- la qualité des relations sociales, l'insertion sociale (il existe également dans ce domaine des échelles d'évaluation),
- l'autonomie.

2) **Faiblesse de corrélation entre les symptômes, les troubles cognitifs et le retentissement fonctionnel**

L'une des découvertes majeure dans ces évaluations est « La surprenante faiblesse de corrélation entre les symptômes, les troubles cognitifs et le [523]retentissement fonctionnel ». La question qui, dès lors, ne peut manquer de se poser est celle du type de rapport entre ces trois dimensions, lequel remet par conséquent en cause la conception implicite de la pathologie psychiatrique qui conduit à l'imaginer.

Or la conception, selon laquelle le retentissement fonctionnel de la maladie serait déterminé essentiellement par les symptômes - dont l'évaluation quantitative serait le reflet de la gravité de la pathologie – et par des troubles cognitifs altérant les fonctions instrumentales, communication, mémoire, exécution de tâches - dont la quantification serait un autre indicateur de la sévérité de la maladie - se révèle être un préjugé. Ce préjugé serait secondaire aux méthodes d'objectivation qualitatives des troubles invalidant les techniques de corrélation.

3) En résumé,

- « Dans le cas de la schizophrénie, les troubles cognitifs nombreux et importants n'expliquent pas les symptômes (pas plus d'ailleurs les symptômes positifs que les symptômes négatifs)[524] ; seuls certains d'entre eux seraient corrélés au retentissement fonctionnel (en l'occurrence, les troubles des fonctions exécutives et les troubles de la mémoire verbale.) (Green, 1996; Meltzer and McGurk, 1999; Lysaker et al., 1995)
- Il apparaît d'autre part que les symptômes positifs, bien qu'ils soient un bon indice de la sévérité des troubles, n'expliquent pas le retentissement fonctionnel (Strauss, 1993).
- La symptomatologie négative en revanche, bien que moins spécifique, du fait de ses effets globalement invalidants (ralentissement, altération de la motivation, voire de la volonté, appauvrissement de l'activité) est, en partie au moins, corrélée au retentissement fonctionnel[525].
- « Donc seuls, la symptomatologie négative et certains des troubles cognitifs (la mémoire verbale et les fonctions exécutives) constituent des facteurs prédictifs de l'aptitude au travail. »

4) Les conséquences de cette découverte

---

[524] Cf : Zakzanis and Heinrichs,1999 ; Heaton et al., 2001; Hughes et al., 2002 ; Addington et al., 1991; Bilder et al. 1985

[525] Cf. Addington et al., 1991; Cuesta et al., 1995; Morris et al., 1995; Summerfelt et al. 1991; Tamlyn et al. 1992)

- Ces trois grandes dimensions de la pathologie psychiatrique (celle des symptômes, celle des troubles cognitifs, enfin, celle du retentissement fonctionnel) seront dorénavant considérées comme autonomes les unes des autres quant au concept de retentissement fonctionnel.
- Considérer le handicap psychique et le retentissement fonctionnel semble remettre en question la caractérisation, voire la définition même des pathologies psychiatriques.

« En psychiatrie en effet, faute de pouvoir définir les pathologies par leur étiologie ou par un mécanisme pathogénique univoque, on s'efforce au moins de disposer d'une caractérisation sémiologique fine et rigoureuse des pathologies. C'est en gros la posture épistémologique du DSM, qui tend actuellement à prévaloir ».

- Alors que les évaluations actuelles concernent essentiellement la chimiothérapie psychotrope et son action sur les symptômes et de plus en plus sur la cognition, il semble au regard de ces résultats pertinents de considérer d'autres paramètres d'évaluation comme la qualité de vie subjective, la qualité relationnelle ou l'insertion professionnelle pour considérer l'efficacité d'un traitement ; de même cette logique devrait-elle concerner les autres thérapeutiques en psychiatrie comme la psychothérapie.
- Ce concept de retentissement fonctionnel permet d'introduire et de percevoir le champ d'actions et de compétences que se propose d'embrasser la RPS ainsi que de se différencier du soin qui s'adresserait à la réduction des symptômes de la maladie ; ces deux dimensions de l'accompagnement des patients quoique différenciées devraient être étroitement articulées. A ce propos le modèle de la PI attache une importance à une indifférenciation de cet espace, considérant de la compétence du soin de s'attacher à la réinsertion du patient ; à contrario la RPS prône la séparation des compétences intégratives du soin au niveau réadaptatif, la réinsertion concernant le social.
- Enfin, la dimension subjective des paramètres dégagés par ces études concernant le retentissement fonctionnel d'une maladie psychiatrique interroge la restrictivité de la méthodologie d'investigation ; vouloir accéder à une complexification de la problématique pour tenir compte de la subjectivité et de la singularité implique le recours aux approches cliniques traditionnelles, aux monographies ou études de cas de manière complémentaire.

« La complémentarité entre l'approche clinique « holistique » et les approches objectivantes quantitatives nous paraît ici requise ».

Le fonctionnement dans la vie réelle (Real world functioning)

Il s'agit donc comme il a été préalablement souligné de tenir compte de la complexité des dimensions en jeu quant au retentissement fonctionnel de la pathologie mentale pour un individu singulier dans un environnement singulier notamment du fait que :

« (…) la seule prise en compte des troubles cognitifs, (…) semble montrer des limites, de même que les évaluations basées principalement sur les tests neuro-psychologiques et les mesures en laboratoire des compétences fonctionnelles (*functional skill*s) ou de la cognition sociale (FRANCK, 2007) (Dubeau et al., 2007.

La notion de fonctionnement dans la vie réelle (*real-world functioning) (what the person does do)*

Cette notion a ainsi émergé comme déterminante relativement au potentiel professionnel, avec de multiples questions qui apparaissent centrales pour proposer des programmes d'insertion plus efficaces : évaluation du *real-world functioning*, différenciation relativement au fonctionnement neuro-cognitif mais aussi relativement à la capacité fonctionnelle (*functional capacity*) *(what the person can do)*, interaction avec les facteurs affectifs et motivationnels, liens avec la qualité de vie.

Par exemple, BOWIE et al. (2006) montrent que les performances à des tests neuro-cognitifs classiques n'ont pas d'effets indépendants sur le *real-world functioning* (en particulier sur la capacité de travail) lorsqu'est pris en compte de façon spécifique la *functional capacity*. Par contre, la symptomatologie négative et le niveau de dépression ont des effets propres sur le *real-world functioning*, le niveau de dépression interférant notamment avec le potentiel professionnel. Ces auteurs suggèrent qu'on ne peut attendre des effets linéaires sur le *retentissement fonctionnel (functional outcome)* de la part des traitements visant à améliorer seulement les performances cognitives ou les capacités fonctionnelles. Dans la ligne de cette suggestion, on peut citer l'étude de Keefe et al. (2006) qui a développé une méthode d'évaluation basée sur des entretiens visant à apprécier les capacités cognitives en lien avec la capacité fonctionnelle et fonctionnement dans la vie réelle.

- Des éléments-clefs de réussite, soulignés par ces travaux, semblent être une évaluation fine lors d'entretiens inter-subjectifs, ainsi que le soutien à la recherche d'emploi et au maintien dans l'emploi.

D)Caractérisation et évaluation de l'employabilité.

1) L'environnement et le contexte des opportunités d'emploi

Denis CASTRA a essentiellement défendu la thèse que les déterminants de l'employabilité ne se limitent pas aux capacités des sujets, contrairement à un préjugé selon lui idéologique, mais sont également à identifier dans l'environnement et le contexte des opportunités d'emploi.

Le terme d'employabilité implique donc non seulement le sujet à employer mais aussi l'employeur pour lequel il apparaît que les « déterminants d'employabilité » diffèrent de ceux des équipes de réinsertion au point d'entraîner un décalage limitant de manière significative les mesures de réinsertion.

a) **Contribution de la psychologie sociale (D**. CASTRA)

L'employabilité appartient conceptuellement au champ statistique, elle correspond aux chances de trouver un emploi, et elle se situe à l'interface des caractéristiques du sujet et de celles du marché du travail, visant implicitement à une recherche pour en favoriser l'adéquation, l'ajustement.

La notion d'internalité a été suggérée par D. Castra afin d'expliquer que « la croyance dominante selon laquelle les conduites des individus résultent de leurs représentations, de leurs idées ou de leurs intentions, d'où la conviction que pour changer les conduites, il faut changer les croyances, les représentations, les intentions ». Or, pour lui c'est précisément l'inverse « Ce n'est pas en changeant les idées qu'on change les pratiques, mais c'est en transformant les pratiques qu'on change les idées ». Ainsi, son intention est de promouvoir en s'appuyant **sur la théorie de l'engagement**, un processus de transformation des pratiques de primum movens pour changer les idées.

Les dispositifs d'insertion en France sont considérés comme peu efficace selon Castra, dans la logique de la notion d'internalité, cette faible performance s'expliquerait par le fait que « dans le travail social, on travaille beaucoup sur les individus et très peu sur les contextes » ainsi corrélativement « la responsabilité de l'échec d'insertion est finalement imputée à la personne en difficulté, ou à son handicap envisagé comme déficit » ;

Selon Castra, la relation d'emploi est d'abord une relation sociale tripartite impliquant dans un engagement réciproque des demandeurs d'emploi, des professionnels de l'insertion et des employeurs. Attacher de l'importance à cette dimension c'est optimiser les chances de réinsertion qui d'ailleurs n'est alors plus une chance mais la professionnalisation d'un processus qui s'avère être en soi un vrai travail, une vraie construction de novo. Il ne s'agit plus de façonner le sujet unilatéralement pour qu'il s'intègre à l'emploi mais de transformer une relation impliquant plusieurs partenaires. C'est une clé de l'attachement de la RPS à la

non discrimination du handicap. En effet, il a été démontré qu'il est plus efficace « de mettre les individus en contact avec des employeurs potentiels, d'organiser des périodes d'essai ou de stage, pour permettre à chacun de faire ses preuves dans des situations réelles »

b) Les indicateurs d'employabilité durable

La dimension de l'implication induite par la théorie de l'engagement invite à penser une durée, une profondeur d'investissement dans la relation d'emploi parallèlement à celle du handicap dont il est question. Aussi, il apparaît pertinent d'utiliser les indicateurs d'employabilité non seulement pour l'insertion mais aussi pour le maintien à l'emploi et dans l'emploi de ses personnes ce qui constitue les deux aspects de l'intégration de facto. « Enfin, il apparaît que les paramètres d'employabilité peuvent être envisagés aussi, après l'embauche, comme facteurs prédictifs du maintien dans l'emploi après 6 mois. Il est intéressant de constater que les paramètres qui apparaissent pertinents ne dépendent pas des qualités initiales du demandeur d'emploi, mais pour un grande part du contexte et des modalités de l'embauche :

- du type d'entreprise : quand l'offre provient d'un réseau d'entreprises fidélisées, connues, avec un partenariat éprouvé. La confiance est un élément important du recrutement, et l'appartenance à un réseau est pourvoyeur de confiance. Les réseaux d'interconnaissance sont toujours le premier mode de recrutement.
- Lorsque sont faites simultanément plusieurs offres d'emploi à la personne : il est probable que cet éventail augmente le sentiment de liberté du sujet, lui restitue du contrôle sur sa vie et donc renforce son engagement dans le choix qu'il a fait. (Pascual & al. 2006)
- Quand peut être réalisé un entretien de mise en relation, sur le poste de travail : le mode de recrutement se centre alors plus sur le poste de travail que sur la personne (cette procédure provoque un engagement plus collectif).
- Quand le chargé d'insertion peut assurer un accompagnement à la prise de poste, au sein de l'entreprise (3 à 4 rencontres lors des 2 premiers mois)

Ces variables qui renforcent l'employabilité sont toutes liées aux conditions de recrutement, et non aux qualités internes des demandeurs d'emploi. »

2) Prise en compte des attentes de l'entreprise

a) Présentation d'une recherche

Inès de La PORTE, Adjointe Ressources Humaines au siège d'une grande entreprise française du secteur agro-alimentaire, et par ailleurs étudiante en psychologie, a présenté son travail de recherche sur ce thème. Elle s'est en particulier attachée à spécifier les attentes de son entreprise, en matière de recrutement, pour s'interroger ensuite sur l'usage qui peut être fait de ce savoir pour préciser le pronostic de réinsertion d'une personne handicapée psychique.

Le postulat de cette recherche était bien sûr de tenir les attentes de « son » entreprise pour paradigmatiques des attentes actuelles du monde professionnel.

L'idée de départ est que certaines dimensions de base sont évaluées, tant par le chargé de réinsertion que par les professionnels du recrutement, quoique déjà avec des nuances dans l'effort d'investigation de ces dimensions :

Les acquis professionnels : la formation, les expériences professionnelles acquises, les autres activités possiblement pertinentes de la personne.

Les capacités relationnelles et sociales. Elle insiste sur l'importance accordée à cette dimension, le monde professionnel étant un monde de relations et d'échanges, et elle propose, sur la base de « sa vision RH » des compétences relationnelles, de distinguer :

la capacité à se gérer tout seul (savoir être avec soi-même, sans trop d'indulgence ni de sévérité) ; la vie professionnelle pose un cadre qu'il faut savoir tenir.

La capacité à se gérer soi face aux autres (savoir s'adapter à l'autre, tolérer sa différence, avoir conscience de ce qu'on peut générer, mais aussi savoir se poser face à lui pour ne pas se laisser déstabiliser ou envahir, équilibre donc à maintenir).

La capacité à gérer les autres : même lorsque le poste n'implique pas de responsabilité d'équipe, il faut savoir gérer des conflits, ou à l'inverse gérer l'attachement, enfin gérer la limite entre la vie professionnelle et la vie personnelle.

La motivation à travailler. Il faudrait là aussi détailler les paramètres soutenant objectivement cette motivation et l'expression subjective de celle-ci, ou encore l'écart possible entre les intentions déclarées et des indicateurs comportementaux éventuellement dissonants.

A ces 3 principales dimensions, il faut ajouter, pour les travailleurs handicapés, l'évaluation des aspects médico-psychologiques et de leur retentissement cognitif, ce qui va de soi et est en général la dimension prioritairement considérée.

Inès de la Porte s'est ensuite attachée à spécifier les attentes de l'entreprise vis-à-vis de ses salariés, à partir des critères d'évaluation, formalisés au sein d'une « grille de recrutement » et d'une « grille de gestion de carrière », destinés à évaluer les performances et identifier les axes de progression et de carrière possibles.

b) **L'objectif est de repérer les pôles prévalents de l'évaluation des capacités professionnelles**.

Or il se dégage nettement de ces documents que l'évaluation s'attache prioritairement au savoir être plutôt qu'au savoir faire. Les critères portant sur l'évaluation des compétences fonctionnelles, c'est à dire relatives à la technicité du métier, sont considérablement moins développés que ceux centrés sur les compétences dites « managériales », qui sont à la fois comportementales et relationnelles. L'idée sous-jacente semble qu'au-delà de la maîtrise technique du métier, certes nécessaire mais non suffisante, ce sont les qualités relationnelles, le savoir-être plus que le savoir-faire, qui est considéré comme déterminants dans la performance et le potentiel d'évolution de carrière. Relativement aux critères de recrutement, le présupposé semble le suivant : la maîtrise et le savoir faire technique s'acquièrent, alors que le comportement et l'attitude sont plus « innés » et difficiles à modifier, encore plus à acquérir. D'où la focalisation de l'évaluation, à l'entrée et pour la gestion de carrière, sur les compétences comportementales et relationnelles.

c) Les attentes de l'entreprise

Outre la performance et la qualité relationnelle – quoique complémentaires -, la souplesse psychique serait un des critères majeurs qui ressortirait comme valeur professionnelle pour l'employeur, derrière ce terme il s'agit d'entendre : la nécessité de concilier des exigences nombreuses, hétérogènes et parfois antagonistes, « trouver l' équilibre, subtil, entre des impératifs divergents, tels que d'une part la docilité à suivre le cadre, les règles, à atteindre les objectifs », s'émanciper, en osant prendre des risques, innover, sortir du cadre, travailler vite, mais aussi bien, s'imposer mais aussi s'assouplir, être parfois un leader, parfois un suiveur, la résistance au stress et la confiance en soi, requises pour ajuster cet équilibre avec assurance.

Par définition, la pathologie mentale est telle du fait de graves perturbations de la mise en lien aussi ces attentes apparaissent-elles propices à mettre en difficulté sévèrement les personnes atteinte de handicap psychique. La sévérité des troubles relatifs aux capacités d'ajustement

aux attentes de l'autre sans s'engouffrer dans le désir de cet autre, au sein d'une relation de dépendance professionnelle nécessitant la maturité et l'émancipation d'une relation de dépendance au soin – au sens de Holding de WINNICOTT – se distingue de la sévérité de la pathologie comme nous l'avons souligné à plusieurs reprises et constitue un réel indicateur de sévérité du handicap.

La performance attendue par l'employeur potentiel est corrélée de manière importante à l'importance de la motivation à travailler, mais aussi la focalisation et valorisation des ressources mises en œuvre par le salarié pour accomplir les tâches : souci du détail, de la régularité, de la rapidité d'exécution.

Les attentes des employeurs sont convergentes avec les énoncés ci-dessus dans le sens où des données comme le savoir être prépondérant au savoir faire, où la motivation au travail au-delà des compétences techniques, où la valorisation de l'application au travail dans le sens d'une attente de reconnaissance sociale dans le but d'une réalisation personnelle sont éminemment considérées.

E)L'accès à l'emploi

1) Les conséquences des arrêts de travail

« La durée de l'interruption de travail du fait de la maladie est ainsi un des facteurs déterminants des possibilités de réinsertion. Selon une étude réalisée au Québec, présentée par C. Charbonneau **:** Après 6 mois d'absence : 50% de non-retour au travail; Après 12 mois d'absence : 80% de non-retour au travail; Après 24 mois d'absence : 90% de non-retour au travail. Comme le fait remarquer C. Charbonneau, « à ce stade, souvent, l'employé ne souffre plus de la même maladie qu'au départ… d'autres maladies s'ajoutent au premier diagnostic.»

Ces données permettent de penser que la rapidité et l'efficacité de la réinsertion doivent être privilégiées.

2) Dans le système français actuellement :

- « Soit la personne paraît apte à travailler en milieu ordinaire, mais se pose alors la question de son orientation, ou celle d'une éventuelle formation préalable. L'idée est celle d'un retour progressif à l'emploi, ce qui suppose de trouver des étapes de transition pour préparer l'insertion en milieu ordinaire de travail (atelier thérapeutique, stage, formation qualifiante, entreprise d'insertion, entreprise adaptée...).
- Soit la personne apparaît trop fragile pour pouvoir s'insérer de façon durable dans le milieu ordinaire, et elle est orientée vers le milieu protégé (en ESAT). »

3) IPS, *Individual Placement and Support* ou Soutien individuel au travail

Ce modèle a cours actuellement dans le monde anglo-saxon depuis longtemps, mais il est peu développé en France. Plusieurs études ont pu montrer son efficacité dans le domaine de l'insertion au travail de manière significativement supérieure aux autres pratiques « reposant sur la progressivité et le réentraînement préalable à l'insertion en milieu ordinaire de travail », modèle traditionnel reposant sur le principe du « *Train and place* » (entraîner puis réinsérer).

C. LAUBEL a présenté dans ce séminaire ce modèle consistant à insérer une personne au plus vite en milieu ordinaire de travail, sans étapes préparatoires qui ne font que différer le retour au travail en milieu ordinaire.

« Pour résumer, et si on ajoute ce troisième type de modèle, la situation est finalement assez comparable en France avec ce qui est décrit dans le contexte anglo-saxon, où sont reconnus principalement 3 modèles de la réinsertion (Chandler 1999 ; Lauzon & Lecomte, 2002) :

- **Un modèle du type emploi de transition** (*transitional employment model*). Il repose sur le postulat que le meilleur moyen d'accéder au marché de l'emploi réside dans le développement graduel des habitudes de travail, et ce, dans le but de connaître des succès répétés dans des activités ou dans des milieux transitoires de travail rémunéré de plus en plus exigeant.
- **Le modèle de type emploi protégé** *(sheltered employment model).*
- Le **modèle enfin du soutien en cours d'emploi** (*supported employment model*) Il vise à remplacer la logique de la formation et du réentraînement préparatoire au retour à l'emploi, propre au modèle classique, par la logique plus hardie de la réinsertion directe en emploi ordinaire, mais avec le soutien d'un job coach.
- Depuis les années 80 où elle se développe aux Etats Unis, plus d'une vingtaine d'études ont confirmé ce résultat comparatif. La méthode de soutien individualisé permet entre 30% et 60% d'insertion là où les autres méthodes, fondées sur la préparation et la progressivité du retour à l'emploi, n'atteignent qu'entre 10 et 20% de réinsertion. Une étude plus récente, qu'est venue présenter C. LAUBER, confirme qu'on retrouve les mêmes résultats si on développe cette pratique en Europe (Burns, 2007 .

Efficacité de l'IPS

Ce type d'approche a été mis en place aux Etats-Unis à la fin des années 70, initialement avec des personnes présentant une déficience intellectuelle, puis avec des handicapés physiques (WEHMAN, 1986). L'hypothèse de départ était qu'il doit être possible d'insérer en milieu ordinaire des personnes sévèrement handicapées, sur des postes peu qualifiés, à condition de leur apporter une aide individuelle et continue. Cette pratique, dès le début qualifiée de

« *supported employment* », s'est étendue, en raison de son succès, notamment aux personnes présentant un handicap psychique. Schématiquement, les principes de base étaient les suivants :

- Priorité donnée à la recherche rapide d'un emploi, en milieu ordinaire, et par conséquent peu de temps passé à l'évaluation des personnes ou à des activités préparatoires à l'emploi.
- L'implication de la personne dans l'identification d'emplois potentiels.
- Un soutien est fourni dans la recherche d'emploi (en privilégiant les emplois permanents), puis à la prise de poste et en cours d'emploi.

Dans les années 90, cette pratique de soutien au travail s'est formalisée sous le titre « *Individual Placement and Support* (IPS). La fonction du « *job coach* » en particulier, qui assure le soutien en emploi, a été précisée, ainsi que l'intérêt de ses liens avec l'équipe soignante. Les principes de la méthode restent les mêmes (LATIMER & LECOMTE, 2002) :
L'objectif est de trouver pour la personne un emploi en milieu ordinaire. Il s'agit en général d'emplois peu qualifiés. La priorité est donnée à la recherche rapide d'emploi, en s'affranchissant des étapes préparatoires.

4) Le job coach

L'accompagnement est assuré par un *job coach* qui doit établir des liens de confiance avec l'environnement de travail, mais aussi avec l'équipe soignante de référence. La prise en compte des préférences de l'intéressé dans le choix de son orientation est un facteur qui renforce sa motivation à travailler. L'évaluation ne doit pas se limiter à l'évaluation préalable à l'embauche. Elle doit être continue pour prendre la mesure des progrès du sujet.
Enfin, la durée du soutien au travail doit pouvoir, si nécessaire, être prolongée de façon indéfinie (possiblement durable sur des années).

5) La notion de soutien au travail

L'originalité de cette pratique repose sur la notion de soutien au travail, et par conséquent sur la fonction de *job coach*, qui assure une forme de tutorat. (Il faut cependant préciser qu'un tuteur, au sens technique qu'a pris cette notion en France, est un salarié de l'entreprise, alors que le *job coach* reste un intervenant externe à l'entreprise.) Bien qu'en lien avec l'équipe soignante, il ne doit pas lui-même être assimilé à un soignant, mais reconnu pour sa compétence professionnelle. Dans le contexte français, cette fonction reste à développer. Parmi les intervenants dans le soutien à la réinsertion professionnelle, les formateurs sont sans doute ceux qui ont le profil et le positionnement le plus proche de celui du *job coach*. Et il est

vrai que leur intervention auprès des personnes handicapées en cours de réinsertion (en stage, en CRP…) est importante. »

- **la démarche de soutien à la réinsertion doit être différenciée de la démarche proprement thérapeutique**. Le courant de la *Réhabilitation psychosociale* est sans doute celui qui revendique le plus explicitement la distinction entre ces deux démarches.
- deux versants du soin qui sont en anglais distingués par les mots *« care »* et « *cure* ». L'accompagnement à l'insertion relèverait du « *care* » et non du « *cure* ».

II) Réflexions de la Psychothérapie Institutionnelle vis-à-vis du travail

A) MARX et l'aliénation économique

MARX se saisira du concept d'aliénation développé par HEGEL mais l'adaptera aux rapports sociaux du travail et de la production.

Pour MARX, l'asservissement de l'homme par l'homme est la cause de cette aliénation, les idéologies, le langage servant à occulter dans un monde d'apparence la réalité de cette exploitation. Il situe la problématique dans les rapports de production qui ont valorisé la division du travail et l'appropriation individuelle des moyens de production collectifs, de telle sorte que le produit de l'activité s'est séparé de son producteur, dont il ne peut plus bénéficier de « la substance humaine » qu'il y a investie. Ce produit devient donc « étranger », « autre », il ne vient pas de soi et se réduit à une valeur de marchandise capitaliste, c'est-à-dire une idole dont l'argent résumerait la valeur. Les catégories marchandes, fortes de la généralisation des échanges à l'échelle d'un monde capitaliste, ont une emprise croissante sur la vie sociale.

1) Le caractère fétiche de la marchandise

En d'autres termes, « les rapports entre les choses tendraient à régler les rapports entre les hommes. » Cette dimension du caractère fétiche de la marchandise est développée par MARX dans le livre I du *Capital*, et insiste sur cette perversion de la production et des échanges à finalité capitaliste, dévoyés d'un rôle qui devrait tendre à l'harmonisation des besoins fondamentaux de la société. De plus, le travail existe en dehors de lui, comme une force autonome qui l'a automatisé, dans laquelle en tant que réduit à un moyen il est interchangeable ; cette force qu'il a produit se retourne contre lui, étrangère et oppressante.

2) Les rapports sociaux de production

Sortir de cette position aliénante pour MARX c'est pour l'homme prendre la juste mesure des conditions de son exploitation, c'est-à-dire de la réalité des rapports sociaux de production qui régissent toute l'activité sociale ; prendre conscience de vivre dans un espace social pétri de langage et d'idéologie qui occultent le fonctionnement conditionnant de l'exploitation capitaliste. Mais cette prise de conscience n'est pas aisée ; l'existence sociale de l'homme est une existence malade, face à cette réalité « inaliénable », l'homme « compensera » cette disgrâce, cette chute par l'élaboration de rêves compensatoires anesthésiant la souffrance.

3) **Le travail et œuvre de créativité**

a) Le travail extérieur à l'ouvrier

D'abord dans le fait que le travail est extérieur à l'ouvrier, c'est-à-dire qu'il n'appartient pas à son être ; que dans son travail l'ouvrier ne s'affirme pas, mais se nie ; qu'il ne se sent pas satisfait, mais mal-heureux ; qu'il n'y déploie pas une libre énergie physique et intellectuelle, mais mortifie son corps et ruine son esprit. C'est pourquoi l'ouvrier n'a le sentiment d'être à soi qu'en dehors du travail ; dans le travail, il se sent extérieur à soi-même. Il est lui quand il ne travaille pas, et quand il travaille, il n'est pas lui. Son travail n'est pas volontaire mais contraint. Travail forcé n'est pas la satisfaction d'un besoin, mais seulement un moyen de satisfaire des besoins en dehors du travail. La nature aliénée du travail apparaît nettement dans le fait que, dès qu'il n'existe pas de contrainte physique ou autre, on fuit le travail comme la peste. Le travail aliéné, le travail dans lequel l'homme se dépossède, est sacrifice de soi, mortification. Enfin, l'ouvrier ressent la nature extérieure du travail par le fait qu'il n'est pas son bien propre, mais celui d'un autre, qu'il ne lui appartient pas ; que dans le travail, l'ouvrier ne s'appartient pas à lui-même, mais à un autre[526]. »

b) **Le travail ne serait-il au fond qu'un simple moyen de subsistance, de survie et de justification sociale de la valeur de son existence** ?

Le produit serait une représentation de la valeur de l'existence qui l'a produit. Il s'agirait d'une vision du travail correspondant à une modélisation animale selon laquelle il ne serait que le moyen d'obtenir de quoi se réparer, de quoi compenser de ce qui est dépensé pour vivre. La véritable nature du travail pourrait être une source de conquête de la liberté par domination de la nature en l'homme, l'opération du travailleur consisterait en prolonger depuis soi, vers l'extériorisation, symbolisé dans un produit, quelque chose de soi, portant une

[526] MARX. Ebauche d'une critique de l'économie politique. Paris, Gallimard, collection : « La Pléiade », II, p 60.

trace d'une intelligence, d'une humanité, d'une créativité. C'est cette projection de soi dans cette œuvre qui matérialise et incarne à la fois sa liberté, sa singularité absolue, en opérant un retour par la révélation de son être soutenant le sens de son existence en tant qu'il appartient à un monde humain où il se reconnaît et où il est reconnu donc « n'est plus étranger ni à lui-même, ni aux autres ». Il s'installe dans cet enjeu la dialectique du « donner et recevoir », de l'échange. « L'être pour soi s'extériorise lui-même et passe dans l'élément de la permanence[527] »

4) Dépossession et perversion

La dépossession du produit implique la dépossession de l'acte lui-même, sur ce point précis de ce qui rend dans cet espace de production, l'ouvrier étranger à lui-même. Comment pourrait-il dès lors valoriser et affirmer son existence, si on lui retire « son libre exercice », la « possibilité de s'égaler à soi-même ». La fin est pervertie dans la mesure où elle se ravale, en confondant besoin et désir, en mettant la volonté et l'ingéniosité au service d'un projet – celui d'un autre – dont le seul but se suffit à lui-même sans faire retour en consistance – ce qui nourrit une régression, une négativation dans l'agir - remplir un tonneau des Danaïdes – car sans fond, sans échange, comme un investissement à perte de soi qui conduit au « burn out ». Il vaut mieux à cet endroit éviter de se poser la question d'OURY « Qu'est-ce que je fous là ? », car elle aurait un pouvoir précipitant dans la chute. L'aliénation est là, être pris dans le désir d'autrui, dans la relation d'emprise telle qu'elle se pratiquait à l'asile.

B) DURKHEIM et la division du travail

La division du travail doit obliger les hommes à se concerter, à renforcer leur complémentarité par la coopération. Chacun peut retirer de son travail un sentiment d'utilité sociale du fait de sa contribution profitable à l'ensemble, et reconnue comme telle par cet ensemble, dit DURKHEIM.

1) Il décrit également les formes anormales de la division du travail

L'anomie. Une logique de division du travail poussée à son paroxysme est facteur de désintégration notamment lors de crises industrielles ou commerciales. Pour lui, il faut souscrire à une réglementation et limiter la concurrence. Il met en évidence le risque de désarticulation, de désajustement des besoins de consommation avec la globalisation des marchés économiques.

[527] HEGEL. La Phénoménologie de l'esprit, Aubier, I, p 165.

Parallèlement, la taylorisation, « le travail en miettes »[528], la répétition des mêmes mouvements avec une régularité monotone a pour effet de transformer le travailleur en machine inerte. Il s'agit là d'une véritable aliénation, avilissement de la nature humaine. La parcellisation des tâches, l'organisation scientifique du travail répondant à des objectifs de production de masse.

2) La lutte des classes

L'insatisfaction au travail du fait des dissensions entre les différentes classes sociales : L'ajustement entre les capacités et les positions professionnelles serait le principe qui doit présider dans des conditions normales à l'organisation de la division au travail. Les inégalités sociales seraient selon Durkheim ce hiatus entre les facultés d'un individu et le rôle social attribué. Seules seraient acceptables voire légitimes « les inégalités naturelles ». Cette infériorité vécue comme injuste est une source d'aliénation dans la mesure où elle n'a aucune perspective de changement et s'inscrit dans une durée de vie.

« L'absolue égalité dans les conditions extérieures de la lutte » c'est-à-dire dans la juste égalité des chances doit être promue. « Ce qui constitue la contrainte proprement dite c'est que la lutte même est impossible c'est que l'on n'est même pas admis à combattre. » Il nous semble que le propos de DURKHEIM sur l'égalité des chances est d'actualité, et que la notion de Handicap dans son sens premier nous ramène à cette dimension « d'être admis à combattre », à s'éprouver. C'est là le sens de la démarche de la RPS. Lors de courses du Hand in cap, les compétiteurs sont jaugés et un poids leur est attribué pour qu'ils concourent à armes égales, alors ce qui est mis en jeu est d'un autre ordre : une valeur absolue qui n'a pas d'équivalent de poids, un poids ontologique que l'on éprouve non pas tant face aux autres que face à soi.

C) Le risque de fétichisation du travail

Le fétiche[529]

Le fétichisme au sens psychiatrique du terme est une perversion sexuelle, qui signifie que l'objet sexuel choisi n'est pas l'objet de sexe opposé mais un objet. La psychanalyse nous apprend que ce fétiche est un substitut du phallus de la femme, tel que nous l'avons déjà abordé avec la question du manque chez Lacan. « L'enfant a scotomisé le défaut de phallus chez la femme » selon LAFORGUE pour s'épargner de devoir envisager la castration pour

[528] FRIEDMANN G. Le travail en miettes. Spécialisation et loisirs. Paris, Gallimard, 1956.

[529] KAUFMANN P. L'apport Freudien, Eléments pour une encyclopédie de la psychanalyse. Bordas, 2003.

lui-même. Dans ce déni du manque fondamental, le fétiche est l'objet de la relation pris au pied de la lettre, donnant l'illusion d'un échange qui ne confronte pas à l'inconnu et au risque de castration, il est le support de rapport deshumanisé au monde et à soi.

Ainsi, l'image de ce concept de handicap pourrait–elle correspondre à celle d'un cheval de Troie servant au sujet de transition entre soi et soi comme une conquête des espaces jalonnés, habités par la présence de l'Autre permettant de sortir du cheval pour advenir à soi dans cette rencontre.

Le travail par ce même mouvement à une valeur intégrative, en effet, c'est de la rencontre de soi confronté à une tâche mais POUR un Autre, à l'adresse d'un Autre, qui donne ainsi du sens, une direction – aller de Soi à l'Autre - que l'existence se reconnaît, étymologiquement, « naît avec, encore et encore » - le sujet du désir étant inépuisable -, et que la réalisation de la personne est possible, c'est à dire que la personne est réhabilitée dans son essence au sens phénoménologique le Dassein. C'est le contraire d'une « formatation de la personne » par un entrainement aux habiletés sociales ou une remédiation cognitive en vue de le contraindre à une place sociale la plus économique possible pour la communauté et le réduisant à un moyen de production – le lien social pouvant être réduit à une denrée ainsi produite -. C'est ce processus que craint la Psychothérapie Institutionnelle dans la critique qu'elle adresse à la Réhabilitation Psychosociale relativement à ces concepts de handicap et de travail; en d'autres termes, en se référant au développement préalable de Marx sur l'aliénation sociale, est craint un pervertissement du travail qui devient entre des mains « sans conscience » de cette dimension un fétiche et non plus un médiateur, un opérateur intégratif, - intégratif signifiant rétablissement de la « possibilisation » de rencontres sur le tablature institutionnelle au sens de Oury.

Conclusion

Le travail est un intégrateur social en ce sens qu'il permet par l'accès à l'emploi, l'accès à une autonomie financière, « gagner sa vie », ou « gagner le droit de vivre dans la Société ». La personne est ainsi valorisée du fait que vis-à-vis de son groupe d'appartenance non seulement elle n'est pas un « poids » mais en plus « on peut compter sur elle », elle est utile, elle est en place d'être en situation d'échanges, parce qu'elle dispose de quoi échanger. Cette reconnaissance essentielle dans sa vertu intégrative comme nous l'avons évoquée avec la théorie de la reconnaissance de HONNETH centre la question de la qualité du travail comme un médiateur et non une fin en soi d'où le terme que nous avions choisi d' « intégrateur » au sens de l'image déjà employée du « Cheval de Troie ».

Les données essentielles recueillies visent à mettre en valeur les découvertes en termes **d'employabilité** pour optimiser ce Cheval de Troie, les résultats se déclinent comme suit :

- « Le rôle prépondérant, comme facteurs prédictifs du retour à l'emploi, des paramètres motivationnels ou liés à l'emploi (tel le sentiment d'efficacité personnel au sens de BANDURA) ou des aptitudes relationnelles et sociales, comparativement aux paramètres cliniques et cognitifs, ou relevant de la compétence technique pour le profil du poste, ces derniers tendant pourtant à être privilégiés car ce sont les paramètres que l'on sait le mieux évaluer et quantifier.
- La nécessité d'une meilleure connaissance et d'une meilleure prise en compte des attentes du monde du travail ; idéalement d'un meilleur partenariat avec les employeurs.
- L'efficacité accrue, en termes de taux de réinsertion, des méthodes d'immersion rapide dans le travail, avec un soutien in situ (tel le soutien individualisé en emploi de type IPS) sur les méthodes de préparation à l'entrée dans le monde du travail, ce qui va l'encontre des pratiques actuellement dominantes dans ce domaine. »

En effet, ce dont il s'agit c'est de **l'économie narcissique du sujet par l'évaluation de sa motivation.** Il semble que les résultats montrent, entre autres que ce qui détermine la « réinsérabilité » ou non c'est l'autorisation qui lui est donnée d'accéder à cette place dans la Société. Il nous semble donc que la RPS en tenant compte de ce paramètre rejoint une dimension du sujet qui n'est pas QUE Moïque, qui touche la Légitimité à être du sujet et qui

caractérise les personnes souffrant de troubles psychiques. Le sentiment d'efficacité personnel de BANDURA éclaire également ce fait.

L'autre dimension de cette étude met en évidence l'absence d'efficacité des techniques réadaptatives de type entraînement et que ce qui est efficace aujourd'hui ce sont les immersions dans le monde réel du travail et le plus rapidement possible. Il nous semble que ce constat va dans le sens de LE GUILLANT contre TOSQUELLES, et est à même de remettre en question des thérapies d'échanges parallèles comme les jetons ou le pécule.

La PI insiste quant à elle sur la dimension aliénante, perverse au sens fétichique du terme du travail qui serait une fin en soi et qui utiliserait l'homme comme un moyen. Elle s'interroge à ce titre sur l'égalité du droit du travail pour les personnes handicapées, espace où la citoyenneté doit également s'exercer comme la possibilité de grève ou de syndicat, ce qui n'est pas le cas à l'heure actuelle.

Conclusion Générale

1. Les Pathologies de la liberté et « La critique de l'aliénation moderne » de HEGEL[530]

Entre la pathologie mentale, pathologie de la liberté selon Henry EY et l'aliénation mentale et sociale selon MARX et HEGEL[531]

Pour Hegel, la philosophie consiste à saisir le réel dans son être même, tel qu'il se développe et se manifeste. Car c'est à travers la structure, à la fois rationnelle et historique, de la société, que l'individu se réalise et s'émancipe. Conséquence théorique, mais aussi pratique : on ne peut pas séparer l'émancipation individuelle de son contexte social. Les conditions de l'autoréalisation de l'individu sont des conditions intersubjectives. On ne les trouvera pas dans le droit, abstrait, ni dans la morale, intérieure, mais dans « l'éthicité », qui se déploie elle-même en trois grandes sphères : la famille (les besoins, l'amour), la société civile (les intérêts, le travail) et l'Etat (la citoyenneté). En d'autres termes, se réaliser comme individu, comme être autonome, c'est être reconnu, estimé dans chacune de ces sphères. Une société qui fonctionne « bien » n'est pas une société qui est adéquate à des principes abstraits de justice, mais une société qui offre à chacun de ses membres des conditions de reconnaissance affective, sociale et politique. Inversement, où les sujets souffrent parce qu'ils ne sont pas reconnus, parce qu'ils ne sont pas insérés dans ces sphères pratiques et historiques, est une société « pathologique ».

C'est le cas de notre société pense HONNETH. Dans la société moderne, les subjectivités sont le plus souvent vides, sans contenu, car dépourvues de ressources qui leur permettent de satisfaire leurs besoins affectifs (famille), leurs intérêts économiques (travail) et leurs aspirations citoyennes (démocratie). Le capitalisme est clairement visé, qui atteint et pervertit chacune de ces sphères : la consommation aliène nos désirs et nos affects ; l'idéologie managériale soumet le travail et les échanges à la seule rentabilité ; la recherche du profit annule toute solidarité et tout bien commun. D'où le sentiment d'inutilité et d'anxiété qui envahissent les individus « performants » et « flexibles », tandis qu'ils anéantissent les laissés pour compte, les surnuméraires.

---

[530] Edouard Delruelle, professeur de philosophie politique à l'université de Liège, en Belgique

[531] Les Pathologies de la liberté. Une Réactualisation de la philosophie de Hegel, d'Axel Honneth, traduit de l'allemand et présenté par Franck Fischback 53Théorie critique », La découverte.)

Il nous a semblé que ces quelques lignes étaient à même de synthétiser ce qui rassemble la Psychothérapie Institutionnelle et la Réhabilitation Psychosociale en tant qu'elles représentent comme nous l'avons longuement développé cette dimension de la psychiatrie qui fait le cœur de cette thèse : la Psychiatrie communautaire et son corollaire la politique de Santé Publique en Santé Mentale.

Comme le dit CHANOIT[532], il s'agit de placer le malade au centre du système de soin, d'assurer le « respect de l'identité et la singularité de l'être souffrant, incompris, isolé et marginalisé, qui a en lui les germes de solutions qu'il est susceptible d'adopter. » Cette solution, étant la guérison, elle dépasse le symptôme et peut ne pas être la disparition du symptôme mais ce que le patient en supportera ou non, la guérison lui appartient et dont il s'agit de ne pas le déposséder.

Comme le dit DUPREZ [533], la Réhabilitation Psychosociale et la Psychothérapie Institutionnelle se rejoignent sur un même point central de leurs pratiques : le fait que les personnes souffrant de pathologie mentale doivent être soignées dans la cité et non en des lieux ségrégatifs et désocialisants » et « (…) autour de l'idée fédératrice que ce qui soigne dans la psychose c'est avant tout le développement ou le rétablissement du lien social ».

2. Comparer la Psychothérapie Institutionnelle et la Réhabilitation Psychosociale

Pour notre part, nous nous confortons dans l'idée qu'exercer la profession de psychiatre c'est ne pas pouvoir faire l'économie de cette question au risque d'entraîner de surcroit des troubles iatrogènes, « pathoplastiques » comme dit OURY. Nous pourrions presque dire que ne pas en tenir compte serait une faute professionnelle de ce fait. Donc incontournable. Ce travail de thèse est venu, pour nous ouvrir un espace que nous avons ressenti peu accessible au cours de la formation, trop préoccupée à intégrer une pratique purement médicale clinique et thérapeutique.

Comment tenir compte de cette dimension de la psychiatrie, comment l'exercer, nous poser cette question nous a amenée à considérer au travers des recommandations sociales du rapport COUTY s'inscrivant plus largement dans une réforme hospitalière nationale de la Loi HPST, comment la Psychothérapie Institutionnelle et la Réhabilitation Psychosociale se débrouillaient de cette question, ayant sur un plan méthodologique considéré comme postulat

[532] CHANOIT P.-F. La Psychothérapie Institutionnelle. PUF Collection « Que sais-je ? », 1995, p 127.

[533] DUPREZ M. Réhabilitation Psychosociale et Psychothérapie Institutionnelle. L'information Psychiatrique vol.84, N°10-Décembre 2008.

leur position référentielle en termes de Systèmes de conceptualisation de la Psychiatrie Communautaire.

La légitimité à les mettre en discussion l'une par rapport à l'autre nous a été apportée, il nous semble par cet abord historique et sociologico-philosophique comme Tiers, pour trois raisons :

Il nous a semblé que les questions posées par la Psychiatrie et la Société aux prises avec le « Déviant » au sens large sont au-delà d'elles et ne leur appartiennent pas, elles concernent la Santé Publique ;

Il nous est apparu très tôt que des conflits idéologiques importants créaient des rapports symétriques entre elles qui ne nous auraient pas permis de rester, au mieux que nous puissions, neutre, ce Tiers devait ainsi nous aider à nous centrer sur la complémentarité entre les deux systèmes ;

Enfin, comment créer un espace de discussion et de rencontre dans la mesure où chacune utilise un cadre conceptuel différent : selon des concepts analytiques pour la PI ou selon les concepts de la psychologie du Moi, de développement personnel, ou cognitivo-comportementale pour la RPS. Ainsi les sciences humaines et l'épidémiologie nous ont semblé pouvoir prendre cette position de Tiers. Nous avons surtout développé une dimension de Sciences Humaines, la dimension épidémiologique a été raccourcie du fait de la taille de cette thèse.

3. Une approche qualitative de la discussion

Sans dénier l'importance de l'évaluation des soins et de l'importance de rapports numériques aux questions posées, - l'histoire nous en a démontré l'intérêt vital en terme de Santé Publique, notamment pour faire évoluer les représentations - , il nous a semblé qu'une telle approche comparative ne pouvait être envisagée d'emblée entre la RPS et la PI sans poser au préalable le cadre conceptuel et éthique d'une telle approche de façon à nous dégager justement des enjeux politiciens et budgétaires, de façon à nous dégager des enjeux institutionnels tels que nous les avons longuement décrits en termes de pouvoir. Si une telle approche devait avoir lieu elle devrait s'envisager avec l'accord de l'une et l'autre sur des critères faisant consensus et à même de saisir la dimension thérapeutique de notre préoccupation de médecins sans tomber dans des caricatures évaluatives « d'un produit de soin » comme d'un produit de consommation banale.

Aussi, sur un plan méthodologique, pouvons nous dire que cette thèse n'est qu'un travail très sommaire d'une problématique complexe ayant minimisé certain aspect comme la culture

comme intégrateur social majeur et pourvoyeur de changement des représentations, de manière arbitraire, ayant privilégié d'autre aspect comme le handicap et le travail. Elle pourrait constituer le cadre conceptuel d'un autre travail plus approfondi tenant compte de l'appréciation des patients, des familles, des médecins, des soignants et des partenaires sociaux notamment.

4. Ce cadre conceptuel quel est-il ?

Se poser cette question revient à se demander : ces deux systèmes sont-ils comparables ? Leur point de convergence sont-ils suffisants pour les rendre comparables ? Quel intérêt y aurait-il à les comparer ?

Le second point concerne les divergences telles que le Sujet de soin et le type de pratiques de réhabilitation qui en découlent sans être exhaustives.

Réhabiliter le Sujet assujetti à une aliénation psychopathologique et sociale en s'adressant à l'inconscient et au principe du transfert – c'est-à-dire la résonnance de la subjectivité de l'autre - .

Réhabiliter des capacités Moïques dans un apprentissage s'intéressant à la sphère cognition comportementale du sujet et s'appuyant sur le principe du coaching ou case management – c'est-à-dire aux compétences d'entraîneur d'un autre.

Le rapport à l'institution est une différence fondamentale entre ces deux systèmes : l'une la conçoit comme incontournable, il n'est pas possible qu'il n'y ait pas d'institution dans l'absolu puisqu'elle constitue l'organisation du tissu humain. L'institution hospitalière doit être « hospitalière » dans le sens du droit d'asile. Pour l'autre, la désinstitutionalisation est prôné avec le souhait de supprimer les lits d'hospitalisation à temps complet en développant parallèlement un système de soin dans la cité s'appuyant sur des structures mixtes sanitaires et sociales.

Ces deux positions nous ont semblé être les pierres angulaires qui lient ensuite la position de l'une et l'autre vis-à-vis des intégrateurs sociaux tels que nous les avons décrits et de la conception de l'espace transitionnel entre la personne souffrant de handicap psychique en situation d'exclusion sociale et la Société insécurisée. Le handicap et le travail ne font pas consensus, paradoxalement nous n'avons pas traité de la culture qui aurait peut être pu faire consensus entre la RPS et la PI. Il nous a semblé que cette divergence s'appuyait sur un rapport différent à l'espace et au temps, à ce principe de transitionnalité et à l'articulation du sanitaire et du social, en fait sur la notion d'hospitalité.

Au-delà de ces divergences, les mettre en perspectives et leur donner un sens reviendraient à poser des questions :
Quelles aspirations ont les patients, leurs familles et la Société ?
Quelles aspirations ont les soignants et leur position de mise en tension devrait être considérée comme un marqueur du soin autant que la qualité de vie du patient.
Ainsi répondraient-elles de manière démocratique à tous les acteurs présence vis-à-vis d'un problème de santé publique.

5. Faut-il conclure ?

Au terme de ce parcours, qui nous a permis d'explorer les inspirations historiques de la psychiatrie, les tâches qu'elle s'est assignées, les difficultés – sont-elles surmontables ? – auxquelles elle est par essence confrontée, nous ressentons un sentiment de soulagement.
Est-il possible de se réapproprier cette histoire ? Et Comment ?
Au moins nous sommes nous imprégnée des évènements et des personnes qui l'ont construite.

Entrer dans la logique qui a permis à la Psychothérapie Institutionnelle et à la Réhabilitation Psychosociale de surgir dans cette histoire, nous a mis devant l'évidence que nous en partagions les valeurs humanistes, le souci du sujet, le refus de son aliénation dans la science, la médecine ou le système de soin. S'il fut douloureux, malaisé, ce travail nous a au moins permis de nous rencontrer sur ce point.

Psychothérapie Institutionnelle et/ ou Réhabilitation Psychosociale ?
Il nous faudra du temps, le recul de la pratique, l'écoute des patients, des soignants, des familles pour en tisser l'exacte mesure de celle qui pourra nous accompagner dans ce qui nous attend

Bibliographie

Ouvrages

1. ARISTOTE. Présentation Jules TRICOT. Ethique à Nicomaque. Vrin, Collection « Bibliothèque des textes philosophiques », Poche, 1994.
2. BACHELARD G. Le nouvel Esprit scientifique. PUF collection « Quadrige »Grands Textes, 1934, 2009, p 183.
3. BATESON G. Vers une écologie d'esprit, tome 1 et 2. Essais, Point, 1995.
4. BERGERET J. La violence Fondamentale, l'inépuisable Œdipe. Editions Dunod, 2000.
5. BUELTZINSLOEWEN Von Isabelle. L'Hécatombe des fous : famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation. Aubier-Flammarion. 2007.
6. CHANOIT P.-F. La Psychothérapie Institutionnelle. PUF Collection « Que sais-je ? », 1995, p 127.
7. CLERY-MELIN P., KOVESS V., PASCAL JC. Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale » Septembre 2003.
8. COUPECHOUX F. Un monde de fous, Comment notre société maltraite ses malades mentaux. Seuil : 2006, p361.
9. COOPER D. Psychiatry and antipsychiatry. Londres, Tavistock Pub. Ldt, 1967; traduction française Paris Ed. Seuil, 1970.
10. DAQUIN Joseph. La Philosophie de la Folie. Editions Frénésie, collection Insania, Paris 1987.
11. DAMON J. L'Exclusion. PUF, Collection « Que sais-je ? », 2008, p 126.
12. DELION P. Actualité de la psychothérapie institutionnelle. Matrice (Pratique institutionnel), 1994, p 455.
13. DELION P. La chronicité en psychiatrie aujourd'hui, Historicité et institution. Erès, 2004, p 174.
14. DELION P. Séminaire sur l'autisme et la psychose infantile. Erès (Des travaux et des Jours) ; 1997.
15. DELION P. Thérapies institutionnelles. EMC – Psychiatrie ; 2001, 37 – 930 – G10.
16. DELION P. Soigner la personne psychotique. Paris, Dunod, 2005, p 209.
17. DELION P. (sous sa direction). Psychose et vie quotidienne et psychothérapie institutionnelle. Erès, 1998, p252.

18. EY Henri. « Le rythme médico-dynamique de l'histoire de la médecine ». Etudes n°2. Premier tome des Etudes Psychiatriques. 1948.
19. FOUCAULT M. Histoire de la folie à l'âge classique. Gallimard. Paris. 1961. Editions 1972, 688.
20. FOUCAULT M. Histoire de la folie à l'âge classique. Paris, Gallimard, Collection Tel, 1972, p 688.
21. FOUCAULT M. Naissance de la Clinique, PUF, 1963, collection « Quadriges » 2007, p 214.
22. FOUCAULT M. Surveiller et Punir, Naissance de la prison. Gallimard, 1975, 363.
23. FOUCAULT M. Le pouvoir psychiatrique, cours au Collège de France1973-1974. Gallimard-Seuil, collection « Hautes Etudes », 2003, p 399.
24. GAUCHER M. et SWAIN Gladys. 1980. La Pratique de l'Esprit Humain. Gallimard, Paris.
25. GIRARD R. Le Bouc Emissaire. Biblio essais, le livre de poche, Grasset, 1982, 313.
26. GOFFMAN E. Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux, présentation de R. CASTEL. Les éditions de Minuit, Collection « Le sens commun », 1968, p 447.
27. GOFFMAN E. Stigmate, les usages sociaux des handicapés. Les éditions de minuit, collection « le sens commun », 1963, 1975, p 175.
28. GOLSTEIN J. Consoler-Classifier. Le Plessis Robinson, Les Empêcheurs de Penser en Rond. 1997.
29. HARRY STACK SULLIVAN a écrit *La schizophrénie, un processus humain*. Eres, Collection « La maison jaune », 1998.
30. HERITIER F., anthropologue, professeur honoraire au Collège de France et directeur honoraire de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales. De la violence I, séminaire de 1996 ; De la violence II, séminaire de 1999, Paris, éditions Odile Jacob.
31. HOCHMANN Jacques. Histoire de la psychiatrie. PUF « Que sais-je ? », 2004, p128.
32. HUTEAU M. La biocratie d'Edouard Toulouse. Paris, L'harmattan, 2002.
33. KAES R. Souffrance et Psychopathologie des liens institutionnels. Paris, Dunod, collection Inconscient et Culture, 1996, 2005, p 220.

34. KAUFMANN P. L'apport Freudien, Eléments pour une encyclopédie de la psychanalyse. Bordas, 2003.
35. KRISTEVA J. (2004), Etrangers à nous-mêmes, Folio Essais.
36. LANTERI-LAURA G. 1998. Essais sur les Paradigmes de la psychiatrie moderne. Editions du Temps, Paris.
37. LANTERI-LAURA G. La chronicité en psychiatrie. Collection « Les empêcheurs de penser en rond », 1997.
38. LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B. Vocabulaire de la psychanalyse. PUF collection Quadrige Dico Poche, 1967, 2004, p 523.
39. LEVINAS E. Ethique et Infini. Fayard.1981.
40. LOURAU R. (1976) L'analyse institutionnelle, Arguments Editions de Minuit.
41. MAUSS M. Essai sur le don. PUF Collection « Quadrige Grands Textes », 2007, p 249.
42. MARSEILLE Jacques. Nouvelle Histoire de la France. Paris, Perrin, tome I : De la préhistoire à la fin de l'Ancien Régime tome II De la Révolution à nos jours, 2002.
43. MEDA D. Le Travail. PUF, Collection « Que sais-je ? », 2008, 127.
44. MEYERS C. Les lieux de la Folie, d'hier à demain dans l'espace européen. Erès, collection « des travaux et des jours » : 2005, p189.
45. MICHAUD Ginette et POLLACK J.-C, psychiatre et psychanalyste et directeur de publication de la revue de schizo-analyse Chimères. *La Borde…un pari nécessaire. De la notion d'institution à la psychothérapie institutionnelle*, Gauthiers-Villars. 1977.
46. OURY J. Psychiatrie et Psychothérapie institutionnelle. Traces chez Payot : 1976, p 330.
47. PAUGAM S. Le Lien Social. PUF Collection « Que sais-je ? », 2008, p 127.
48. PIGEAUD J. Folies et Cures de la Folie chez les médecins de l'Antiquité gréco-romaine. La Manie. Les Belles Lettres, 1987.
49. PINEL Ph. L'aliénation Mentale ou la manie, Traité Médico-Philosophique, introduction de S. NICOLAS, Encyclopédie Psychologique, L'Harmattan, 2006, p319.
50. POSTEL Jacques et QUETEL Claude. Nouvelle Histoire de la Psychiatrie. Edition Dunod, Paris, première édition 1983, édition actuelle 1994, p 647, p 4.

51. RACAMIER P.-C, DIATKINE R., LEBOVICI S., PAUMELLE P.. Le Psychanalyste sans divan. Paris, Payot, collection « Science de l'Homme », 1ère édition : 1970, 1983.
52. ROELANDT Jean-Luc. « La déshospitalisation douce ». Nervure. Tome VI, n°5 , mai 1993. p41-45.
53. SWAIN G. Le sujet de la folie. Privat, Rhadamanthe, 1977.
54. TOSQUELLES F. Intervention dans la discussion sur « Connaissance et psychothérapie de la relation schizophrénique »par RACAMIER P C. Evolution psychiatrique : 1958. Tome II.
55. TOSQUELLES F. Quelques aperçus sur l'histoire de la psychothérapie. Information Psychiatrique. Juin 1964. N°6.
56. TOSQUELLES F. De la personne au groupe, à propos des équipes de soins. Erès (Des travaux et des jours) : 1995, p260.
57. TREMINE Thierry. Pinel ou mon père ce héros…Synapse, septembre 1988, N°46. Extrait du Traité complet du Régime Sanitaire des Aliénés par Scipion Pinel, Paris, 1836.
58. TRILLAT E. Une histoire de la psychiatrie au XXème siècle, p 343. In : Nouvelle Histoire de la psychiatrie. Sous la direction de J. POSTEL et Cl. QUETEL. Paris, édition DUNOD, 1ère édition en 1983, édition actuelle 1994, p 647.
59. TUBIANA M. Histoire de la pensée médicale, Les chemins d'esculape. Flammarion (Champs) : 1995, p 708.
60. VIDON G. La Réhabilitation Psychosociale en Psychiatrie. Editions Frison-Roche, 1995, p 485.

Revues

Institutions, Revue de Psychothérapie Institutionnelle.

61. *Actualité du travail en institution, Entre résistance et création*. Institutions, Revue de Psychothérapie Institutionnelle. Revue Inter Associations Culturelles, N° 41, mars 2008.
62. *Espaces de vie, espace psychique*, Institutions, Revue de Psychothérapie Institutionnelle. Revue Inter Associations Culturelles, N° 28, mars 2001.
63. *Les clubs thérapeutiques* 1, N° 24, mars 1999, Les clubs thérapeutiques 2, N° 25, septembre 1999. Institutions, Revue de Psychothérapie Institutionnelle.
64. *Les Clubs Thérapeutiques Actualité et Pertinence* Institutions, Revue de Psychothérapie Institutionnelle. Revue Inter Associations Culturelles,, N° 38, mars 2007.
65. *L'Analyse Institutionnelle* Institutions, Revue de Psychothérapie Institutionnelle. Revue Inter Associations Culturelles, , N°35, décembre 2004.
66. *Le Travail Institutions*, Revue de Psychothérapie Institutionnelle. Revue Inter Associations Culturelles, N°29, septembre 2001.

Articles

67. AYME Jean. La Psychothérapie Institutionnelle : Origine, Histoire, Tendances, 1995, pp 25-53. In : Pratiques Institutionnelles et Théorie des Psychoses, Actualité de la Psychothérapie Institutionnelle. Sous la direction de Patrick MARTIN, psychologue, psychanalyste, maître de conférence à l'IPSA, Angers. L'Harmattan, Logiques Sociales, 1995, p 556.
68. ANGELERGUES R. *Service Public psychiatrique, formation des psychiatres et avenir de la psychiatrie*. L'Information Psychiatrique, N°52, Septembre 1976, pp 781-785
69. AUGE M. et HERZLICH C. 2004. *Le sens du mal* Editions des archives contemporaines (ordres sociaux).

70. BENOIST Jean. Octobre 2007. *Logiques de la stigmatisation, éthique de la stigmatisation* . L'Information Psychiatrique. Volume 83 : n° 8 ; pp 649-654.
71. BENTEJAC Jean. 1993. *Présentation / Représentation de malade*». Revue de Médecine Psychosomatique. 33 ; pp 51-60.
72. DELION P. *La psychothérapie institutionnelle : retour vers le fuurt*. Réinventer l'institution. Rhizome. Bulletin National Santé Mentale et Précarité. N°25. P 12 à 15.
73. DELION Pierre. Contre point sur la naissance de la psychiatrie de secteur, un dialogue : TOSQUELLES et BONNAFE. Institutions, Revue de Psychothérapie Institutionnelle. Revue Inter Associations Culturelles, N°29, septembre 2001.
74. DELION Pierre, Psychiatrie. *Thérapies Institutionnelles*. Encyclopédie Médico Chirurgicale. Editions Scientifiques et Médicales Elsevier, Paris, 37-930-G-10, 2001, p 19.
75. DENIKER J. *Le rôle des chimiothérapies dans la psychiatrie moderne*. In Psychiatrie et Santé Mentale. La documentation française. Paris, 1990.
76. DUBE D. 1990 – 1991. *Le transfert et Le contre transfert*. Soins psychiatrie 122.
77. GOUTAL M. *Foucault toujours dérangeant*. Nervure, Tome V, N°5, juin 1992, p81.
78. DURAND J.-P. *Dates et figures marquantes de la profession infirmière en psychiatrie. Soins Infirmiers Psychiatriques.* DUPREUX D. *Formation et Professionnalisation*. Dossier spécial. Soins Psychiatrie, 1997, N°190, pp 10-1hiatriques 200 ans d'histoire. Soins. N°704-Avril 2006, p 31-40.
79. GARRE J.-B. Architecture, Espaces et Psychiatrie. Introduction au XXI ème journée de Psychiatrie de Fontevraud, mai 2006.
80. HAENNI-EMERY S. et SOULET M.-H. *L'institution incertaine* . Réinventer l'institution. Rhizome. Bulletin National Santé Mentale et Précarité. N°25. P 4 à 7.
81. HORASSIUS-JARRIE Nicole. Entretien avec Isabelle Von BUELTZINGSLOEWEN, historienne à l'Université Lumière de Lyon 2. « La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'occupation ». L'Information Psychiatrique. Vol 83. N°8. Octobre 2007. 721-5. Stigma 1.
82. JEANSON F. 1994. *Ordre, désordre, foli* ». Revue Sud-Nord, Folies et cultures. 1.
83. KANNAS Serge. Févier 2003. « Crise de la société, crise de la psychiatrie ». L'Information Psychiatrique. Volume 79 ; n°2.

84. AUGIER S, Pr. de philosophie, Université de Picardie. *Ethique du "Care" et attention au particulier*. Rapport final du séminaire interdisciplinaire« Handicap psychique et réinsertion professionnelle »Evaluation et modalités de soutien à la réinsertion ACTION DE RECHERCHE MiRe-DREES, 2008.

85. LAVAL C. et RAVON B. Décembre 2006. « EDITO ». *Réinventer l'institution*. Rhizome. Bulletin National Santé Mentale et Précarité. N°25. P 1 à 3.

86. LEGENDRE Noémie. *Soins Infirmiers Psychiatriques 200 ans d'histoire. Vers une reconnaissance professionnelle*. Soins. N°704-Avril 2006. P27.

87. MOREAU D. Juin-Juillet 1988. *Peur et Folie* . Soins Psychiatrie. N°92/93.

88. NOEL P. et THEROND D. *La formation des psychiatres de 1945 à 1975 à travers trente ans d'Information Psychiatriqu*e. L'information Psychiatrique N°6, juin 1996.

89. ROELANDT Jean-Luc, CARIA Aude. Octobre 2007. Stigma ! Vaincre les discriminations en Santé Menta ». L'Information Psychiatrique. Volume 83 ; n°8 ; pp 645-648.

90. SARACENO B., FREEMAN M., FUNK M. *Public Mental Health*. Oxford University Press, 2009.

91. STANTON et SCHWARTZ. Excitation pathologique et désaccord latent entre membres du personnel hospitalier. In : Th Mental Hospital, Basic Books Inc. Publishers, New York, 1954

92. TOSQUELLES F. *Histoire de la critique du mouvement de psychothérapie institutionnelle dans les hôpitaux psychiatriques françai*s. Revue Psychothérapie Institutionnelle N° 2 – 3, numéro spéciale : Pédagogie et Psychothérapie Institutionnelle.

93. TOSQUELLES F. *Que faut-il entendre par Psychothérapie Institutionnelle ?* L'Information Psychiatrique, N°4, Avril 1969.

94. TOSQUELLES F. *Intervention au symposium sur la psychothérapie collective*. Bonneval 1952 – cité par OURY J. dans « Les clubs Thérapeutiques ».

Bibliographie secondaire : Réhabilitation Psychosociale du Manifeste.

95. ANDREOLI : *Un regard européen sur la désinstitutionnalisation* américaine, L'Information Psychiatrique, 1988, vol 64, 10, 1257-1278.
96. ANTHONY W., COHEN M., FARKAS M., GAGNE C. *La réhabilitation Psychiatrique* - Socrate Editions Promarex – Charleroi, 2004.
97. ANTHONY WA, LIBERMAN RP. *The Practice of Psychiatric Rehabilitation: historical, conceptual and research base* – Schizophrenia bulletin. 1986; 12(4): 542 59. BACHRACH L. *Deinstitutionnalization : an anlytical review and sociological perspective.* NIMH Rockville M. d., 1976. In : VIDON Gilles. La réhabilitation dans tous ses états. In : La Réhabilitation Psychosociale en Psychiatrie. Collectif, Ed. Frison-Roche, 1995.
98. BANTMAN P. *De la psychiatrie de secteur à une psychiatrie de proximité – quelle place pour la famille ?* - Vie Sociale et Traitement. 1997. N° 52 p16 à 18.
99. BANTMAN P. *Projet de rédaction d'un manifeste pour l'établissement d'un dialogue Soignant-Usager-Famille* - Présenté lors du VIIème Congrès de l'Association Mondiale de Réhabilitation Psychosociale (WAPR, 8 et 9 mai 2000).
100. BIEDER J. *Structures alternatives et structures intermédiaires : complémentarité des institutions ?* Nervure, 1994, 7, 67.

101. BELLACK A.S. *Rehabilitive Treatment of Schizophrenia, in Comprehensive Care of Schizophrenia, a textbook of Clinical Managemen*t – JA. Liberman and RM. Murray. Editors. 2001, Taylor and Francis Group.
102. BOND GR., DRAKE RE., BECKER DR. *Intégration dans la communauté des patients ayant des troubles mentaux sévères* - L'information Psychiatrique – 1997. N° 75, 8, 797-805.
103. CHARZAT M. Pour *mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de trouble psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celles de leurs proches* Mars 2002.
104. Décret N° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L. 6321-1 du code de la santé publique.
105. DEEGAN PE. « Le rétablissement comme processus de transformation » - Santé Mentale. 2006 ; 106 : 68-76.

106. DUBUIS J., STYLIANDIS S., Harnois GP. *La Réhabilitation Pyschosociale : une problématique mondiale* - L'Information Psychiatrique- 2006 ; 82 : 321-30.

107. DUPREZ M. *Réhabilitation Psychosociale et Psychothérapie Institutionnelle*. L'information Psychiatrique vol.84, N°10-Décembre 2008.

108. GOMES, N. REGNAUT, J.-L. ROELANDT : *De la psychiatrie communautaire à la psychiatrie citoyenne*, In VIDON Gilles. La réhabilitation dans tous ses états. In La Réhabilitation Psychosociale en Psychiatrie. Collectif. Ed. Frison-Roche. 1995.

109. FARKAS M. *La réhabilitation aux Etats Unis ; et si on en parlait vraiment ?* in Nervure, tome XVIII, numéro spécial avril 2005..

110. FRIARD Dominique. *Pinel, Pussin, une rencontre*. Soins Infirmiers Psychiatriques 200 ans d'histoire. Soins. N°704-Avril 2006, p28-30.

111. JAEGER Marcel. *Garder, Surveiller, soigner. Essais de la profession d'infirmier psychiatrique.* Cahiers VST. CEMEA. Janvier 1990.

112. LEGUAY D. et le comité français pour la Réhabilitation Psychosociale. *Proposition pour un « Manifeste » de réh@b.*

113. SIVADON Paul. Une réalisation d'assistance psychiatrique hospitalière, le CRTS de Ville-Evrard, AMP, tII, N°3, octobre 1952, p329-367.

114. SUNNEN GERARD M. D, Department of psychiatry – New York University – Bellevue Hospital Center, New York. Evolution des soins psychiatriques aux USA. Nervure, Tome III, N°4, mai 1990, pp 60-66.

115. G. VIDON, F. PETITJEAN, B.BONNET-VIDON. Thérapeutiques Institutionnelles. EMC, psychiatrie, 37930 G10, 10-1989.

116. VIDON G., LEGUAY D., DUBUIS J., HABIB M. Le mouvement de réhabilitation psychosociale. Une opportunité pour la psychiatrie française. L'Information Psychiatrique, 75, 4, 1999, pp 348-356.

117. M.-A. WOODBURY : La psychiatrie aux Etats-Unis, L'Information Psychiatrique, 1988, vol. 64, 10, 1245-1255.

Table des matières

Plan p 9
Introduction p 10

Chapitre 1 Histoire de la Psychiatrie p 15

Introduction p 16

Histoire I
L'Antiquité p 22

III) **Le contexte historique** p 22
4) La sédentarisation et l'ouverture d'échanges commerciaux
5) Du polythéisme au Monothéisme
6) La circulation des connaissances
IV) **Les Grecs** p 23
A) HIPPOCRATE p 23
1) La conception de la maladie
2) Hippocrate et la Maladie Sacrée
- La constitution d'une clinique et d'une nosologie
- La maladie est naturelle et n'est pas une punition divine
- Hippocrate et les troubles mentaux
3) L'organisation des soins
4) La transmission du patrimoine médical

B) GALIEN p 26

1) La théorie des tempéraments

2) La définition de la santé

III) Les Romains, les Hébreux et les Arabes p 28
D. Les Romains p 28
E. Les Hébreux p 28

1) Le monothéisme
2) Dans la Société, Chassés ou tués
3) La clinique psychiatrique racontée dans la Bible
4) Le traitement religieux des troubles ou les prêtres -médecins

F. Les Arabes p 30

3. Le contexte religieux et politique
4. La médecine arabe
   - Avicennes
   - Hôpital pour malades mentaux

A part….le surnaturel p 31

Au total p 32

Le concept de santé, maladie, rétablissement

Les prémisses de la psychiatrie

Le façonnement des représentations du fou

Histoire Partie I

Le Moyen Age Chrétien p 34

Introduction p 34

I. **Le contexte social, culturel, politique et économique** p 34

D. Sur le plan politique p 34

1. La puissance de l'Eglise et le morcellement de la Société Féodale

2. Les Croisades

3. La guerre de Cent Ans (1337–1453)

B.Le système féodal et la pensée unique chrétienne p 35

4. La rigidité et l'obscurantisme

5. La Loi du TOUT et la vie éternelle

6. Une mortalité effrayante, une espérance de vie courte

C La construction de représentations sociales p 37

3. La culture comme support des représentations et valeur intégrative

4. La justice rendue et le statut des fous

II. **La médecine médiévale** p 40

C. La cohabitation de la médecine Antique, la médecine des Saints et la médecine profane p 40

4. La médecine des Saints

5. La médecine raisonnée que nous pourrions résumer par « doctus cum libro »

6. La médecine profane

D. L'idée de la notion de santé p 41

4. Les conditions de vie et les conséquences

5. La surmortalité et les épidémies

6. Les traitements

III. **Les troubles mentaux au Moyen âge** p 44

D. La folie et les religieux p 44

1. L'exorcisme, le pèlerinage

2. La création de lieux de soin

3. Les hospitales, les aumôniers

4. Saint Thomas d'Aquin (1225-1274)

E. La cité des fous au Moyen Age p 46

5. Les familles et les soins

6. Les Léproseries

7. « le *Narrenschiff*, la nef des fous ».

8. Un statut juridique particulier

F. La folie et l'idiotie p 48

Au total p 49

La chute des savoirs et la découverte des nouveaux mondes, un renouvellement

La charité et l'assistance de droit et de devoir divin

Un début d'intégration du fou

Histoire Partie 1

La Renaissance de 1492 à 1558 p 52

III. **Le contexte politique, culturel et économique** p 52

D. Les artistes sont encensés p 52

4. Un foisonnement scientifique, artistique, littéraire

2. La genèse de l'esprit scientifique

3. L'humanisme à la Renaissance

E. Les acteurs de la Renaissance p 54

4. Les humanistes

5. L'Eglise

a. L'Inquisition

b. La Réforme

6. Les Sciences

F. Le progrès par dépassement des frontières p 58

3. La découverte du nouveau monde

4. La technique ou la volonté de domination de la nature

IV. **Les médecins et les malades** p 59

D. La médecine, la pauvre p 59

1) Adapter le modèle scientifique à la médecine

2) L'enseignement et le corpus de savoirs

E. Le début des découvertes p 62

1. La circulation sanguine de HARVEY

2. La résistance au changement ou la fidélité aux Anciens

C.Les malades mentaux à la Renaissance p 62

L'habitat des fous à la Renaissance p 62

.Au total p 63

L'humanisme et l'esprit scientifique

Un rapport au monde numérique

L'anatomie

Histoire Partie 1

La révolution de l'âge classique, le XVII et XVIIIème siècle p 65

IV. **Régime politique, situation économique et philosophico-religieuse** p 65

C. Le grand enfermement p 65

3. Le Roi Soleil
4. L'enfermement pour lutter contre la mendicité
   a. La crise économique et l'édit d'enfermement
   b. Les conditions d'enfermement
   c. Coupable d'inutilité sociale

D. Le XVII ème siècle et la raison puis le XVIII ème siècle et les Lumières p 67

4. Des liens entre la folie et la raison
5. La pensée médicale au XVIIème siècle
   a. La nature de la maladie
   b. Les grandes visites ou la clinique au lit du malade
   c. La description des névroses
6. La médecine, ses contradictions et ses traitements
   - L'enseignement
   - Les traitements

V. **La place du fou dans la société du XVIIème siècle** p 70

D. Les structures d'accueil p 70

4. Les Petites Maisons
5. Les maisons de force,
6. Les Dépôts de Mendicité

E. L'Hôpital Général p 71

3. Sa fondation
4. Son organisation

F. La conception des troubles mentaux p 72

3. Le précurseur du traitement moral et la préfiguration de l'Asile Thérapeutique

a. Jean DAQUIN

b. Le scandale de l'enfermement

c. La classification des troubles mentaux

4. La représentation de la folie et son enfermement

- La déraison
- La peur de la contagion

VI. **L'ambiguïté de la période révolutionnaire** p 74

D. Quelques rappels historiques p 74

E. Les fous hors de la Révolution p 74

4. L'enfermement et le fou

5. La préfiguration de la Loi de 1838

6. La médicalisation de la folie

F. Le contexte scientifique et médical du XVIIIème siècle p 75

1. Les sciences techniques

2. La médecine du siècle des Lumières

- La raison domine
- Les autres sciences éclairent la psychopathologie

3. Les premiers succès de la lutte contre les maladies contagieuses

- Le début de la Santé Publique
- Evaluations statistiques des thérapeutiques
- L'inefficacité d'Antan

4. Le corporatisme médical

Au total p 79

Histoire Partie II

Le XIXème siècle. Les Premiers Aliénistes : 1800-1860

L'âge des pionniers p 80

IV. **Le contexte socio économique et scientifique** p 80

C. La politique instable entre République et Monarchie Constitutionnelle p 80

3. Le consulat
4. La Restauration

D. Le contexte scientifique p 81

3. Les sciences et leur essor
4. La médecine
   - La naissance de la méthode anatomo-clinique
   - La médecine scientifique
   - La médecine sociale et autres considérations
   - La médecine expérimentale ou la science comme fondement de la médecine
   - La médecine praticienne
   - La médecine microscopique
   - La microbiologie de Louis PASTEUR et la révolution pasteurienne
   - L'entrée du laboratoire en médecine clinique
   - Les femmes scientifiques et médecins

V. **La psychiatrie** p 88

D. Les précurseurs, les aliénistes

1) Le terme de Psychiatrie
2) Le premier paradigme : l'aliénation mentale
3) Le nouveau personnage clé : le médecin aliéniste

E. Le fondateur p 90

4. PINEL, le premier aliéniste, une biographie
   - La maison Belhomme
   - De Bicêtre à la Salpêtrière, rencontre avec PUSSIN
   - Les précurseurs du traitement moral

5. La naissance de « la médecine spéciale »
    a. La recherche étiologique
    b. L'autopsie
    c. Le traité médico-philosophique
    d. Le traitement moral de la folie
    e. La création des asiles
6. « Le personnage médical »

F. L'Asile, l'Aliéné et la Société p 94
4. ESQUIROL
    a. Esquirol élève de PINEL
    b. La Salpetrière et Charenton
    c. La monomanie
5. La première antipsychiatrie
6. Le statut de l'aliéné
    - Le cadre légal, l'article 64 du Code Pénal
    - La loi de 1838

VI. La clinique psychiatrique et son architecture p 98
D. Naissance de l'organicisme en psychiatrie et les résistances p 98
    1) L'anatomie neurologique et l'arachnitis
    2) L'école psychiatrique allemande et la résistance des psychistes
        - Les psychologistes religieux
        - Les psychologistes éthiques
        - Les somatistes
E. Les techniques rééducatives p 100
    a. La Théorie de LEURET
    b. L'enfant Sauvage de l'Aveyron
F. La quête architecturale d'ESQUIROL et PURCHAPPE p101
    1. Le pragmatisme, les premières idées de réhabilitation de FERRUS et FALRET
    2. La conception de REIL en Allemagne
    3. L'hôpital Sainte-Anne
    4. L'infirmerie Spéciale de la Préfecture de Police
    5. L'asile
    - Les employés

- L'exemple de GRIESINGER en Allemagne

Histoire Partie II

Le XIXème siècle. Le tournant de 1850 p 103

III. **Le tournant de 1850** p 103

D. La méfiance sociale à l'égard des aliénistes p 103

1) Complaisance vis-à-vis des malades dans les prétoires
2) .Complaisance vis-à-vis des malades à l'asile
3) Abandon du paradigme de la maladie unique

.

E. L'hérédité triomphante et le concept de dégénérescence p 104

1) MOREL
2) MOREAU de TOURS
3) Au total

F. La clinique psychiatrique p 105

1) Recherche lésion désespérément
2) Les maladies mentales au pluriel
3) Précurseur de la psychopathologie et de la psychiatrie sociale
   - FALRET, Organiciste
   - FALRET, adepte du traitement collectif
   - VOISIN et le service pour épileptiques et idiots

IV. **L'âge positif** p 108

F. Les mouvements en présence p 108

4. Confirmation de la théorie de la dégénérescence
5. Phrénologie et anthropométrie
6. L'hystérie de la neurologie

G. CHARCOT p 109

5. Fondation de la neurologie moderne
6. Fondation d'une clinique externe à côté de la Salpêtrière
7. Les présentations de malades

8. La critique de BERNHEIM

H. La découverte de l'inconscient p 111

6. La passion de l'hystérie
7. La quête d'un statut scientifique pour la psychiatrie
8. De la théorie quantitative de l'énergie à une théorie qualitative du fonctionnement psychique
9. Les psychothérapies
10. Le point de vue du patient

I. Les grandes systématisations nosographiques p 113

6. Névrose et Psychose
7. Les psychoses
8. Les trois registres spécifiques reconnus à cette période furent
9. L'amorce d'une psychiatrie de l'enfant
10. La théorie de la forme, précurseur de la notion de structure

.Au total p 115

Le poids de l 'échec

Le début d'un esprit de Réhabilitation

Les réticences sociales

La loi de 1838, espace de négociation entre Psychiatrie et Politique

Les patients ambulatoires

Histoire Partie III

La psychiatrie au XXème siècle Première partie

De la fin du XIXème siècle jusqu'à la seconde guerre mondiale p 118

I. La situation historique, économique et politique p 118

D. La situation en France avant la première guerre mondiale p 118

1. 1870-1876 : naissance de la IIIème République, après la première de 1792-1799 et la seconde de 1848-1852
2. La Commune de Paris de mars à mai 1871
3. L'affaire DREYFUS
4. Laïcité, gratuité, fordisme

E. La première guerre mondiale de 1914-1918 et l'entre-deux guerres p 120

4. La première guerre mondiale
5. Le Front Populaire
6. En Europe et aux Etats Unis

La révolution Russe, le Nazisme, l'Italie fasciste, La guerre civile espagnole, le Jeudi Noir aux Etats Unis

F. La science et les techniques p 123

4. Les découvertes scientifiques
5. Les découvertes médicales
6. Les Sciences Humaines

II. **La psychiatrie de la fin XIX ème à la Seconde Guerre Mondiale** p 124

D. La fin de l'aliénisme et la naissance de la psychiatrie (1900-1920) p 124

3. MAGNAN et KRAEPLIN, deux visions de la psychiatrie
4. Entre neurologie et psychologie, la psychiatrie oscille

E. Critique de la dégénérescence et de la classification Kraeplinienne p 125

FREUD est un fervent critique de la théorie de la dégénérescence.

4. La théorie de l'inadaptation de MEYER
5. Le système constitutionnel, concept de vulnérabilité et prémorbidité
6. Inauguration de l'approche structurale par DE CLERAMBAULT

F. La psychiatrie de l'entre-deux guerres de 1920 à 1940 p 127

Introduction

4. La schizophrénie, la psychopathologie, la psychanalyse : la psychogénèse p 128
   d. La découverte de BLEULER
   e. L'accueil de la psychanalyse et la psychanalyse des psychoses
   f. L'approche phénoménologique
5. L'organogénèse des pathologies mentales p 131
   c. De la neuro psychiatrie à l'organodynamisme
   d. Les traitements de choc
6. L'hygiène mentale et l'Eugénisme p 132
   a. Les précurseurs et le contexte de la médecine sociale
   b. Les théories de la dégénérescence

c. Edouard TOULOUSE, personnage ambigu et la biocratie
- La ligue d'hygiène mentale et les consultations en hygiène mentale
- Distinction « chroniques » et « aigus »
- Laboratoire bio psychotechnique
- Eugéniste

d. La mise en œuvre politique des théories de l'eugénisme
- Le programme allemand
- Le régime de VICHY

Histoire Partie III.
Psychiatrie au XXème siècle Seconde partie
A partir de la seconde guerre mondiale p 137

IV. **Le contexte politique, économique et social** p 137
C. La seconde guerre mondiale de 1939-1945 p 137
1) le Nazisme
2) Pétainisme
3) L'antisémitisme et l'affaire DREYFUS
D. La fin de la guerre, la IVème République en France p 138
5. Les réformes de la IV ème République
6. La reconstruction et l'organisation de l'Europe
7. La période De Gaulle
8. Le choc pétrolier, la chute du mur de Berlin et le Mitterrandisme

V. **La psychiatrie à la recherche de son identité de 1940 à 1980** p 140
Introduction
Le système féodal est dénoncé
Début de la psychiatrie communautaire
D. La résistible ascension de la psychiatrie de 1945-1960 p 141
4. Le pragmatisme américain
5. Essor de la Psychiatrie sociale
6. La révélation des camps
E. Naissance de la Psychothérapie Institutionnelle, de la Psychiatrie Sociale et Communautaire p 143

a. Les pionniers
b. Le groupe de Sèvre
c. La thérapeutique
1. Les médicaments psychotropes :
2. résistance au changement et développement des techniques socio et psycho-thérapeutiques

C.Henry EY p 146
1. Bonneval
2. Psychogénèse des névroses et des psychoses

D.Le courant antipsychiatrique p 147
1. Naissance aux Etats Unis
2. L'expérience du pavillon « 21 »
3. Kinsley Hall , lieu d'accueil
4. Antipsychiatrie et ses concepts
5. Les dérives de l'antipsychiatrie et ses dérives
6. En Italie, BASAGLIA
7. FOUCAULT et Histoire de la Folie à l'âge classique

F. En France la politique de secteur écrite depuis 1960 entre en vigueur dans les suites de mai 1968, en 1971 p 151
1) La formation des psychiatres p 152
a) Généralités
b) Formation médicale, internat médical
c) Formations parallèles et publications accessibles
d) Concours du médicat
e) Le certificat de neuropsychiatrie
2) Le mouvement révolutionnaire p 154
a) La réforme hospitalo universitaire de 1956 à 1960
b) Les années de colère de 1960 à 1968.
c) Les conclusions du livre blanc de janvier 1968
d) La « pseudo farce scientifique »
e) Les mouvements de grèves
f) La parité avec l'hôpital Général

g) Les années fortes du CES de psychiatrie de 1968 à 1983

3) Formation et professionnalisation des infirmières p 157

h) Les précurseurs : Odette CHAMPDIVERS, Jean CLEUDAT, Guillaume de BROUTET

i) La méthode de PUSSIN : surveillance active, maîtrise de la parole, les innovations

J)Formations : infirmiers de TISSOT, Léonie CHAPTAL et BOURNEVILLE, diplôme en 1907, les CEMEA en 1947

3) Infirmier psychiatrique de secteur p 160

a. Conséquences

b. L'avenir de la profession infirmière

4) Les hôpitaux psychiatriques et le surencombrement p 162

a. Témoignages

b. Hospitalo centrisme

c. Réforme de l'Asile

5) La Psychiatrie communautaire p 164

6) La psychothérapie p 164

- La psychanalyse
- Anne-Marie SECHEHAYE, psychanalyse des psychoses
- LACAN et sa thèse de doctorat sur la psychose paranoïaque
- WINNICOTT et PANKOW
- ROSENFELD et RACAMIER
- Thérapie de groupe
- Critique de la psychanalyse et thérapies comportementales
- La psychologie du MOI

Conclusion p 167

Le XX ème siècle et l'âge économique

Les objectifs du XXIème siècle

Chapitre II.
Réhabilitation Psychosociale et de la Psychothérapie Institutionnelle
Approche Historique et Concepts p 169

La Psychothérapie Institutionnelle
Partie 1 Approche Historique p 170

IV. **De Ph. PINEL à Hermann SIMON, les précurseurs et les influences anglo saxonnes** p 170

A. PINEL, PUSSIN et ESQUIROL p 170

1. La libération des chaînes : l'établissement devient institution ou l'espace de la folie
2. La naissance du sujet de soin et le traitement moral
3. PINEL et PUSSIN sont l'embryon de l'équipe de soins
4. L'asile ou la construction d'un outil de soin

B . BOUCHET et SIMON, les bases des thérapies institutionnelles p 173

4. BOUCHET et le principe d'occupation des malades
5. HERMANN SIMON : constat de l'iatrogénie
6. HERMANN SIMON : la thérapeutique active et le soin à l'institution

E. Les influences à côté des précurseurs p 175

4. Première source : Les anglo saxons p 175
   f) Styles d'interaction et motivation par recherche de satisfaction et sécurité de Sullivan STACK
   g) Un objet d'étude différent : le comportement de LEWIN
   h) La relation soignant-soigné de STANTON et SCHWARTZ, résolution de conflits et résonance institutionnelle
   i) La compétence thérapeutique du groupe et la notion d'ambiance de JONES
   j) L'atome social et le psychodrame de MORENO
5. Deuxième source : Les techniques d'éducation active p 177
6. Troisième source : Influence analytique ou « quelques recommandations à l'intention des réparateurs d'institutions psychiatriques usées. » p 178
   e) Le courant kleinien : l'étude de la psychose et le registre du pulsionnel
   f) Les théoriciens de la relation d'objet BOWLBY et WINNICOTT

g) Le transfert et le contre transfert de FREUD, HEIMANN, OURY

h) Concepts Lacaniens

V. **Les déclencheurs : des évènements historiques fondamentaux préparent la révolution psychiatrique de Saint-Alban** p 183

C. La famine des hôpitaux psychiatriques p 183

4. La situation de restriction alimentaire en France
5. Le travail de recherche de Isabelle VON BUELTZINSLOEWEN sur les causes de l'abandon des malades dans les hôpitaux psychiatriques.

d) Présentation de l'étude

e) La rupture du lien comme cause de l'hécatombe

f) De nuisible à invisible, celui qu'on abandonne

6. La position des psychiatres

D. Les bombardements des hôpitaux psychiatriques et l'exode p 186

4. Une évacuation forcée des malades ou une expérience de resocialisation sauvage
5. Le changement de paradigme : la fin de l'isolement comme moyen thérapeutique
6. Conclusion

c) Développement de l'ergothérapie et de la sociothérapie

d) Les prémisses du Secteur

La création des dispensaires

La création des services libres

Conclusion de l'approche historique de la PI p 189

La naissance du concept de soin institutionnel

Du sujet de soin au futur citoyen

La naissance de la psychiatrie sociale et communautaire dans le giron de la médecine sociale et hygiéniste

La psychiatrie Institutionnelle à l'origine de la psychiatrie sociale et communautaire

VI. **Les débuts de la psychothérapie institutionnelle en France** p 191

Partie 1. Réflexions conceptuelles : Sous le signe de la résistance et de la survie.

D. L'expérience de Saint Alban, hôpital psychiatrique de Lozère p 191

4. L'Humanisme et l'engagement de P. BALVET p 191

a. La famine et le discours de Montpellier

- Le discours
- Lutte contre la faim

c) Ouverture des portes : Saint Alban, un asile hospitalier

- Les réformes à Saint Alban, faire disparaitre l'asile
- Les résistants

5. La matrice Saint albanaise, « creuset de la psychothérapie institutionnelle » p 193

d) L'arrivée de TOSQUELLES

- Arrivée en France
- La psychanalyse et la psychologie de la Forme
- Almodovar Del Campo et Sept-Fonds

e) TOSQUELLES et la théorisation

- Une tradition psychiatrique espagnole
- Les principes de BARTZ et Hermann SIMON, issus de la psychiatrie allemande La thèse de J. LACAN, *De la psychose paranoïaque et ses rapports à la personnalité*,

f) TOSQUELLES et la pratique

- Création d'une psychiatrie communautaire
- Infirmiers, collaborateurs à part entière
- Démocratisation du savoir, libération de la parole
- Changer les représentations sociales de la maladie en allant à la rencontre de la Société
- Concept de Géopsychiatrie
- La reconnaissance des capacités soignantes du milieu ordinaire

6. L'activité psychiatrique de publication p 198

d) L'expérientielle s'articule à la théorie : La théorie doit être au service de la praxis.

e) L'organisation du soin est le soin

f) La clinique « d'activités » ou une clinique dynamique

E. Fleury les Aubrais puis Maison Blanche p 199

4. Activités distractives

5. Formation du personnel

6. Le groupe de Sèvres et les héritiers

e) La naissance du terme Psychothérapie Institutionnelle

f) Le Groupe de Travail sur la Psychothérapie et la sociothérapie Institutionnelle

g) La Fédération des groupes d'Etude et de Recherche Institutionnelle

h) Le groupe de Brignac

F. La clinique de la Borde à Cour-Cheverny près de Blois, dans le Loir et Cher p 201

5) OURY rencontre EY, LACAN, TOSQUELLES, BONNAFE

6) La création de La Borde

7) La Borde Aujourd'hui

8) « La boîte à outils conceptuels » d'OURY

Partie 2 La Désaliénisation et la Libération « plus jamais ça » p 204

VI. La construction de la psychiatrie communautaire

C. La naissance de la psychiatrie de secteur p 204

3) A partir de 1945, deux courants vont se rencontrer

4) Axes et principes retenus

c) Deux axes émergent

d) Les principes retenus

E. L'âge d'or de 1950 à 1970 p 206

4) La législation concernant la sectorisation

a. Identité et dignité et La circulaire du 21 Août 1952

b. L'argent et le travail et La circulaire du 4 février 1958

c. La sectorisation et La Circulaire du 15 mars 1960

5) Les résistances opposées à l'instauration de la politique de secteur

6) Le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux

F. Trois illustrations d'orientations différentes de la PI : Des expériences de Réhabilitations p 208

3. « Les Social-thérapeutes »

- Le CTRS de Ville-Evrard, François REVERZY crée l'ASEPSI
- L'Association Française des Foyers, Appartements et Logements Thérapeutiques et Associatifs ou AFFALTA, créée par Gilles VIDON

4. « Les psychanalystes sans divan »

G. La Fédération des Croix-Marine p 212

III. **Les points de rupture** p 212

B. Le premier : Le communisme et la psychanalyse p 212

D. Le second : La position de l'hôpital versus l'institution p 213

4. Deux groupes s'opposent :
5. L'opposition LE GUILLANT et TOSQUELLES
6. Le troisième : La participation des infirmiers à la psychothérapie

d) La légitimité de l'espace thérapeutique

e) Le danger inhérent à la position des soignants

E. En conclusion : La Psychothérapie Institutionnelle aujourd'hui p 215

3. La PI et ses proches

- L'équipe du XIIIème arrondissement
- Jacques HOCHMANN 1984 et Marcel SASSOLAS 1997
- Roger MISES et ses élèves 1980.
- La Tavistock Clinic

4. La PI et les rencontres

- L'international Symposium for the Psychotherapia of Schizophrenia and others psychosis.
- Le SOFOR Sud Ouest Formation Recherches,
- La fédération Nationale des Associations Croix Marine
- L'Association Culturelle Angevine

Conclusion de l'approche historique p 217

Le réseau

Point de ralliement

Point de jonction

La psychothérapie institutionnelle

Partie 2 Les concepts p 220

I. Les préalables introductifs et Définition de la PI p220

C. La rencontre avec le sujet et la reconnaissance de sa singularité.

a. Première définition globale

b. Psychothérapie Institutionnelle, une articulation

Redonner du sens aux symptômes

Notion d'établissement et d'institution

Le principe de psychothérapie

Approfondissement de la notion d'institution avec DELEUZE et MICHAUD

D. « L'Objet Institutionnel » ou le champ opératoire p 225

4. Espace de jachère et d'asepsie

a. La Jachère

b. L'asepsie

5. Les outils et les concepts à extraire le sens ou « opérateurs logiques d'extraction »

c. « Du tas de gens au Collectif »

d. Le réseau ou le phénomène de la mise en relation

VII. **Les concepts de la Psychothérapie Institutionnelle** p 228

H. La double aliénation mentale et sociale

1. L'Aliénation psychopathologique.

a. L'ordre du langage

b. L'ordre du désir

c. La possibilisation et la transpassibilité

2. L'Aliénation sociale

I. Psychose comme pathologie du Lien p 230

5. L'échelle individuelle : la singularité du transfert ou le principe thérapeutique princeps

a. Histoire du transfert et du contre transfert

b. Freud et le transfert chez les patients atteints de psychose

c. Le contre transfert de FERENCZI

d. La faillibilité du thérapeute

6. Le transfert chez la personne psychotique : le transfert dissocié d'OURY.

J. Les concepts clés analytiques p 233

1. Le phénomène d'identification projective pathologique, les éléments Béta, la fonction Alpha : développement de l'appareil à penser les pensées.
2. La fonction « Alpha »
3. De la dépendance fondamentale et des échanges primordiaux
4. LACAN : défaillance du système symbolique

a) Forclusion du Nom du Père

b) Le Stade du miroir

c) La question du manque

d) La métaphore de LACAN

D. De la pathologie psychotique au sujet psychotique p 236

1. Gisela PANKOW/sans dedans ni dehors
2. Qu'est ce qui modifie les modalités associatives
3. L'apparition de la psychose

E.L'espace transitionnel selon WINNITCOTT p 238

1. Une aire d'expérience vers un espace potentiel
2. La capacité, la contenance et l'effondrement
3. Le psychotique dans le lieu d'hospitalisation, dans l'institution
4. La constellation transférentielle
5. Le champ transférentiel, liberté de circuler, décloisement

F. Le rapport Temps Espace, l'avènement de la subjectivité par la perception de la délimitation du corps p 241

4. Le concept de transitionnalité
   a. Le premier point de définition
   b. Le second point de définition
5. Elaboration et Perlaboration
   a. Conférer une intentionnalité
   b. Un espace prothétique de repossibilisation

G. L'organisation de la stratégie thérapeutique p 244

1. La notion d'incomplétude ou plutôt de « décomplétude »
    a. Les rapports complémentaires
    b. La notion de décomplétude
2. La valorisation de l'engagement pour une continuité des soins comme soubassement à la continuité d'exister

III. **De la Théorie à la Praxis** p 246

~ Le collectif p 246

1. La fonction phorique :
2. La fonction phatique, entre l'accueil, contact et trait unique identificatoire (trait unaire) ;
3. La fonction diacritique, séparatrice des registres constitutifs de la réalité quotidienne selon les ordres symbolique, réel et imaginaire, au plus près du « semblant ».
4. La fonction phatique
5. La fonction diacritique

~ La Fonction d'Accueil p 249

1. Citation de OURY
2. La prescription médicale de soins
3. La vie quotidienne ou la « Vivance » selon DAUMEZON

~ Le Club Thérapeutique p 251

1. Histoire
2. Réalisation de nombreux Club
3. Faciliter l'accueil et instaurer une tablature Institutionnelle
4. L'organisation
5. La tablature Institutionnelle
6. Les moments ensemble

L'assemblée générale, Réunions d'accueil, Réunions hebdomadaires

D. Le travail en équipe ou quand à la parole de chacun est à égalité d'être pour se dire p 255

1. La question du système hiérarchique ou abolition d'une coercition qui « cloue de bec »
2. Le concept de tranversalité de GUATTARI
3. Découverte du fonctionnement démocratique du groupe.
   a. L'analyse institutionnelle
   b. La valorisation de l'initiative
4. L'analyse institutionnelle
   a. Le principe de STANTON et SHWARTZ
   b. La pathoplastie
   c. La fétichisation
   d. Les réunions
5. La place des soignants
   a. La participation à l'action thérapeutique
   b. La sous-jacence
   c. La disponibilité et la vigilance
6. La formation des soignants
   CEMEA, Association Culturelle
7. Au-delà…..La lecture, le lecteur

Conclusion p 261

La Réhabilitation Psychosociale

Partie 1 Histoire p 262

Introduction

D) En France p 262

4) L'esprit de réhabilitation et la promotion d'une psychiatrie sociale
   d) FERRUS et FALRET
   e) HERMANN SIMON.
   f) L'expérience de LE GUILLANT
5) Les premières expériences de réhabilitation ou « Les Social-thérapeutes »
   d) Le Centre de Traitement et de Réadaptation Sociale de Ville-Evrard
   e) Association pour l'Etude et la Promotion des Structures Intermédiaires
   f) AFFALTA, le GERART et l'APPART
6) L'opposition LE GUILLANT et TOSQUELLES

E) Aux Etats Unis p 267
4) XVII et XVIII ème siècles p 267
5) Le XIXème siècle p 267
d) Le traitement moral
e) Les prisons et les premiers hôpitaux psychiatriques
6) Le XXème siècle et le tournant des années 1950 p 268
f) Les psychiatres et quelques tendances
g) La participation croissante du gouvernement fédéral
h) Augmentation considérable du nombre de patients
Community Mental Health Centers
Politique de Santé Mentale du gouvernement Kennedy
La Psychiatrie Communautaire et l'avenir des CMHC
i) Le tournant des années 1950
Le Social Breakdown Syndrome
Un mouvement de justice sociale
Les thérapeutiques
La drogue et le Sida
F) L'avènement de la Psychiatrie Communautaire p 271
Introduction
3) La définition de la psychiatrie communautaire p 271
d) La naissance de la psychiatrie communautaire
e) Les Health Maintenance Organisation (HMO)
f) L'avenir
4) La désinstitutionalisation p 272
d) Les statistiques
e) La définition
f) « La deshospitalisation »
° Problème de traduction
° Structures intermédiaires et alternatives
j) La réalité et limites de la désinstitutionalisation
° Résistance des hôpitaux psychiatriques
° Le syndrome de la porte tournante ou Revolving door syndrom
° La trans institutionnalisation

° Une clochardisation

° Des conditions de vie précaires,

k) La désinstitutionalisation en Europe

E. Des expériences de réhabilitation p 275

3) Le modèle « ClubHouse » créé en 1948.

e) L'histoire

f) Le concept

L'adhésion libre

La valeur travail

Le programme emplois de transition

g) Le programme du club

h) The International Center for Clubhouse Development (ICCD)

4) Le programme PACT (Programm for Assertive Community Treatment)

Introduction

f) Les concepts de « portes tournantes » et « non observance thérapeutiques »

g) Les interventions communautaires

Une logique économique

L'organisation

h) La relation d'aide

i) Une efficacité économique

j) Les logements par étapes

Conclusion p 279

II. **Les concepts majeurs en psychopathologie** p 280

Introduction

<u>Partie 1 Définition de la Réhabilitation Psychosociale</u> p 280

A .Plusieurs Points de vue p 280

1) Définitions p 280

2) Les huit clés de la RPS p 282

3) Les grands principes de CNAAN p 282

4) Principes et valeurs p 286

5) Les objectifs p 287

B. Les concepts majeurs p 288

7. Le concept de vulnérabilité au stress ou coping p 288

Le stress

Le coping

Le trait de personnalité ‘hardiesse » ou endurance : l’engagement, la maîtrise et le contrôle perçu, le défi

8. Le modèle biopsychosocial de ENGEL p 291

9. L’écoute et la relation d’aide de Carl ROGERS p 291

Une confiance fondamentale en « l’organisme »

La relation humaine au cœur d’un processus de transformation

Les conditions nécessaires eu processus de changement

Le savoir dans un processus dynamique

La relation d’aide et la reformulation

10. Le modèle de la transitionalité de WINNICOTT p 294

L’objet transitionnel

L’espace potentiel

11. Les théories du développement personnel P 296

d. L’empowerment

e. La notion de rétablissement.

f. La notion de résilience.

12. Approche du sujet selon la conceptualisation de ses besoins p 299

La pyramide de MASLOW

Virginia HENDERSON

Partie 2. Les concepts psychosociaux p 301

Le handicap p 301

- ~ Le handicap
- ~ Approches épidémiologiques
- ~ Classification Internationale des Fonctionnements, des Handicaps et de Santé
- ~ Concept de WOOD
- ~ Définition du handicap psychique
- ~ La loi du 30 juin 1975
- ~ La loi du 12 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances
- ~ Proclamation de la déclaration de Madrid

Réadaptation p 306

- ~ Définition
- ~ Articulation des la notion de réadaptation et de thérapeutique

Réinsertion p 307

Réhabilitation p 308

La citoyenneté p 309

- ~ La nationalité française comme première condition
- ~ La jouissance des droits civiques et politiques
- ~ Les devoirs : civilité, solidarité, civisme
- ~ L'accessibilité aux choix de vie
- ~ La solidarité et LEVINAS
- ~ La normalisation et non « normativisation »
- ~ Dépasser les obstacles à la citoyenneté : révision de la loi 1990, droit de cité et d e »citer »
- ~

Désinstitutionalisation p 311

Réseau et Ressources communautaires p 313

Dé stigmatisation p 314

III. **Moyens et outils** p 315

Partie 1 Les outils disponibles

D. Association Mondiale de Réhabilitation : un opérateur p 315

a. Association Mondiale de Réhabilitation

b. Le Comité Français

E. Accompagnement du patient p 315

6. Le dépistage précoce
7. L'entretien motivationnel
8. Le diagnostic de Rehabilitation
9. Le case management
10. Améliorer les capacités adaptatives des patients et de son autonomie

d. L'évaluation de l'autonomie

e. La promotion des capacités d'adaptation

f. Stratégies d'anticipation de traitement de la crise

Partie 2 Techniques spécifiques p 322

Les Thérapeutiques combinées P 322

~ Médicaments et ses effets

~ L'alliance thérapeutique

~ La notion d'observance

Les Thérapies de Remédiation Cognitive. P 323

~ Les atteintes cognitives des schizophrènes

~ Deux modèles thérapeutiques

~ Entraînement assisté par ordinateur

Programmes psycho éducatifs. P 326

~ Entraînement aux habiletés sociales

~ Les techniques

~ Effets positifs

Le parcours de réhabilitation, parcours de soins, trajectoire de vie p 326

- ~ La transinstitutionalisation
- ~ Concrètement
- ~ Coordination du parcours
- ~ Un réseau de santé formalisé
- ~ Les structures de soins ou services sociaux sanitaires et sociaux.

Le Travail p 329

Le programme HORIZON

Le logement p 330

Les différents types de lieux de vie

Partie 3. Les actions s'adressant à la société ou adapter la société à l'individu

Réhabilitation les familles dans le soin p 332

- ~ Les évidences
- ~ Les études
- ~ Les conséquences graves pour la famille
- ~ L'alliance thérapeutique
- ~ La parole des familles
- ~ Les outils
- ~ Les conférences du consensus

Collaboration avec les mouvements d'usagers et les familles p 337

- ~ FNAP-Psy
- ~ Travail en collaboration avec l'UNAFAM
- ~ A qui la faute ?
- ~ Hospitaliser : aimer ou abandonner ?
- ~ Les actions menées par l'UNAFAM

Travail en collaboration avec la Société p 339

- ~ Les politiques de santé et la RPS
- ~ L'avenir de la sectorisation
- ~ Les contraintes économiques

~ La création des GEM

Articulation des actions de réhabilitation : entre sanitaire et social p 340

3. Un opérateur fonctionnel ou véhicule institutionnel de réseau
4. Articulation du médical et du social

Conclusion p 342

Chapitre 3

Discussion entre la Psychothérapie Institutionnelle et la Réhabilitation Psychosociale p 344

Généralités p 344

Introduction

Thématiques Introductives p 345

E) Généralités p 345

1) Des valeurs communes
2) Le succès de la RPS et « l'exclusion de la PI »
3) « La réactualisation des fondements de la PI par la RPS » ?
4) Le rapport à la norme de la RPS

Conclusion du propos

F) Les origines et les fondements p 349

1) La Psychothérapie Institutionnelle : La Résistance, la Révolte et le Refuge
   Le mythe fondateur
   La mémoire vive ou les valeurs au-delà des concepts
   Résister
2) la Réhabilitation Psychosociale
   Une histoire anglo saxonne
   La désinstitutionnalisation

Les influences françaises

G) La question du sujet p 352

a. Le sujet de l'inconscient

b. Le sujet des droits de l'homme

c. Point de discussion : la clinique de la non demande

D) Les relations soignants- soignés et les institutions p 355

1) L'économie psychique de soignants et l'objectif thérapeutique

a) La PI

b) La RPS

2) Les institutions

Conclusion p 358

Le lien social

L'individu et la Société 1 p 360

Introduction p 360

A) l'approche sociale du lien p 360

1) ROUSSEAU et le contrat social p 361

a) Le peuple et la souveraineté

b) L'égalité

2) Le mythe du meurtre du Père de la Horde Primitive de FREUD p 363

a) L'interdit de l'inceste et du meurtre

b) Le rôle du Tabou

c) Le Totem

3) Les fondements du lien social selon DURKHEIM p 364

a) La notion de conscience collective.

b) Le concept de solidarité

c) Le concept de division du travail

Réflexions p 367

L'état interlocuteur de la gestion de l'espace social

.Le dialogue Etat – Psychiatrie : la négociation d'un espace social accessible à tous

Cesser de parler à leur place

B) La théorie du don et la théorie solidariste p 369

4) La pensée solidariste

a) La base du sentiment d'utilité sociale

b) Quel est le contenu de la dette sociale ?

c) Quelle est la traduction juridique de cette doctrine ? Ou Du solidarisme à la protection sociale généralisée

Réflexions p 371

Lien d'emprise, lien d'appartenance : l'enjeu de la dette de vie

Etre intégré c'est pouvoir porter la dette, partager avec les autres les risques et les bénéfices

L'opposition entre LE GUILLANT et TOSQUELLES

5) Théorie du don de Marcel MAUSS p 373

Introduction

a) Une autre forme du contrat social, rendre le don

b) Le principe de réciprocité

6) La conception du Réseau p 374

a) Du lien social aux liens sociaux, une modélisation selon SIMMEL et ELIAS

b) La pluralité des liens et La diversité des appartenances

c) L'homme, un être de liaison et le concept de réseau

d) Le concept de configuration et les interdépendances humaines

e) Les quatre grands types de liens sociaux :

° Le lien de filiation,

° Le lien de participation élective

° Le lien de participation organique

° Le lien de citoyenneté

C).Enjeux de la reconnaissance :

Opérateur de socialisation, déterminant du rapport positif à soi et de l'identité p 377

La théorie de la reconnaissance de HONNETH p 378

a)La théorie de la reconnaissance et le sentiment d'efficacité personnelle de BANDURA

b) Le rapport positif à soi-même

c) Les ordres de socialité

. d) La reconnaissance par autrui et par soi-même

Conclusion p 381

Le lien social fédère les individus

L'emprise du regard de l'autre

Réflexions p 382

La stigmatisation et déviance

Individu et Société p 384

Introduction

A. La définition du stigmate p 384

1) Le rôle social du stigmate p 384

a) Le passage de l'inconnu au connu

b) L'information sociale

Les symboles ou passage du signifiant au signifié

Les monstruosités, les tares de caractère et les stigmates tribaux

c) La visibilité du stigmate

Le terme stigmate

La stigmatisation

Perceptibilité ou évidence et la notoriété du stigmate

d) L'effet de rejet du sujet stigmatisé

Réflexions p 389

La perte de la capacité de percevoir l'autre et la perte de l'intimité

Les normes sociales : résister ou collaborer, une autre alternative ?

.La Société rejetante ou incompétente, à condamner ou à aider ?

Le grain de folie : ça grippe les machines

Un espace de transition

° Le statut et le vécu du stigmatisé

° L'entourage du stigmatisé

2) L'intégration sociale p 394

a) L'habituation

b) La tolérance

Réflexions p 395

Les professionnels en psychiatrie : changement de paradigme

c) La socialisation ou intégration sociale du stigmatisé p 396

L'itinéraire moral

La compensation

La faute et la responsabilité

« La ronde journalière d'un individu stigmatisé »

L'alignement sur le groupe

3. Le malade mental sujet discrédité ou discréditable ? p 400

Conclusion p 401

Entre inégalités sociales et discriminations sociales, lutter contre la stigmatisation

L'articulation du sanitaire et du social par un troisième terme

Favoriser le phénomène d'habituation en légiférant

Favoriser une approche culturelle

Une démarche d'accompagnement au changement

Les Représentations Sociales en psychiatrie

L'Individu et la Société 2 p 403

Introduction p 403

A. Les études ayant trait aux représentations sociales de la folie, de l'aliéné et du malade mental p 403

1) Aux Etats Unis le Directeur Général des Services de Santé ou Surgeon General

2) Dans le cadre de la préparation de la loi d'orientation en santé publique, Philippe CLERY-MELIN, Viviane KOVESS et Jean-Charles PASCAL

3) Une enquête française réalisée en 1998-2000 sur les images de la santé mentale en population générale a été publiée en 2001.

4) Les représentations sociales des soignants de la psychiatrie

Réflexions p 406

5) En mars 1994, un comité de pilotage sur « l'image et la communication en santé mentale ».

B. Définition des représentations sociales p 408

1) L'être au monde p 408

a) La reconstruction de l'objet

b) L'instrument de compréhension de l'Autre

2) le processus d'objectivation et le processus d'ancrage p 409

a) Le processus d'objectivation

b) Le processus d'ancrage

3) Organisation des représentations sociales p 410

a) Le noyau central

b) Le système périphérique

4) Les représentations auraient plusieurs dimensions : L'élaboration des représentations n'est ni rationnelle ni logique. p 411

5) Quelles sont les représentations sociales de la folie dans l'histoire p 412

a) Pendant l'Antiquité,

b) Au Moyen Age

c) Divertir de la mort

d) Au XVème siècle,

e) La folie menace de l'ordre public

f) La folie ou l'animalité à corriger

F. Changer ces représentations sociales ? p 416

1) Qu'est-ce que déstigmatiser ?

La folie comme menace de l'ordre public

L'Habituation

L'atténuation

La stigmatisation

2) Comment peut-on changer nos/les représentations ?

h) L'accueil

i) Les actions de communication préalable au comité de pilotage de 1994.

j) La place des médias et la communication

k) Les résultats des réflexions du Comité de Pilotage en 1996

l) La question des représentations sociales et la stigmatisation

m) Les soins et l'insertion sont fortement dépendants de la représentation sociale et culturelle de la maladie mentale.

n) Désinstitutionalisation

Partie II
Repenser le temps et l'espace en psychiatrie
L'Institution Psychiatrique p 424

Introduction
I) **De l'architecture à La territorialité** p 425

A. L'Asile p 425

1) Premier espace : Les murs et l'identification de la folie

2) Le second espace : le théâtre de la folie

3) Le troisième espace : le traitement moral ou quand l'asile est un lieu de vie

a) L'asile et le soin

b) L'asile village

B. La psychiatrie de secteur et la psychiatrie communautaire p 427

1) L'évolution de l'urbanisation p 428

a) La ville au Moyen Age

b) La ville des échanges

c) L'affranchissement

d) Les utopies

2) Entre culture et racine, l'espace aujourd'hui p 429

a) Le temps de se mouvoir et le temps de se poser

b) La dématérialisation des lieux

Réflexions p 430
Culture et racines

La PI, prendre le temps de se retrouver Soi pour retourner vers l'Autre
La RPS, « hospitalisé n'est pas joué, retourner à la case départ et ne gagner pas vingt mille francs »

3) Le secteur comme outil de désaliénisation p 432

a) Révolte, Résistance, Refuge

b) Naissance de la PI et du Secteur

c) La banalité du mal

d) Les comarques de TOSQUELLES

e) Les changements institutionnels

Démontage de l'échafaudage hiérarchique
La création de la géo psychiatrie
La conceptualisation institution -établissement
La consistance légale
Le centre médico psychologique ou « où est le pivot du secteur

Réflexions p 437
L'asile
Le lieu de vie et le lieu de soin
Concept de Sheltarization et les « Displaced person
Les trajectoires de la Présence-Absence ou loger l'errance
La non demande ou l'infra demande
Le psy qui traîne ou l'accueil informel

Réflexions second niveau p 441
Transférer l'hôpital psychiatrique à l'hôpital général
Le choc des cultures ou choc des cliniques
Moyen de lutte contre la stigmatisation

4) La Territorialité p 443

a. Qu'est ce que la territorialité
b. Les critiques adressées au secteur

c. La réponse AYME
d. Les institutions aujourd'hui : une institution dominatrice, l'incertitude comme opérateur décisif de changement
e. La réhabilitation psychosociale et les institutions :
~ desinstitutionalisaiton ou transinstitutionnalisation
~ Organisation en réseau, la transversalité et multi dimensionnalité

Conclusion p 447

II) **La chronicité et hospitalisme** p 447

Introduction

A) La chronicité en psychiatrie et la chronicité de la psychiatrie p 447

1) L'incurabilité p 447

a) La représentation sociale de la pathologie mentale
Rechute
La Chronicité victime des préjugés de l'opinion publique
Quand les représentations sociales coïncident avec la théorie
b) Les données de l'épidémiologie concernant la psychiatrie moderne.

2) Les origines de cette conception de la chronicité p 450

d) La clinique psychiatrique et l'évolution du concept de chronicité

Le temps asilaire

Le positivisme médical et l'incurabilité

Fin du XIX apparition de la notion de chronicité

Pronostic péjoratif et désillusion étiologique

Le temps générationnel et la théorie de la dégénérescence

e) La chronicité nosographique et iatrogénique

f) La chronicité et la pulsion de mort

B) Quand la chronicité confronte à la mort et à la déchéance p 453

1) La mort, la maladie, l'espérance de vie

a) La chronicité c'est la mort en présence

b) La bonne mort sans déchéance

2) La science comme fabrique de la chronicité en même temps que l'Espérance de vie ou quand Eros et Thanatos sont intimement liés.

a) La vie courte au Moyen Age

b) Le mouroir ou La mort sociale

3) Les maladies chroniques

Réflexions p 456

La chronicité selon la RPS

Selon AYME et BONNAFE

L'importance de l'articulation sanitaire et social

La désinstitutionnalisation

L'hospitalisme

La chronicité et la RPS

Etude de E CHAPIREAU sur la déinstitutionnalisation

En conclusion p 460

Partie III

Le Handicap p 462

Intégrateurs Sociaux 1

Introduction

I) **Le handicap entre santé et société** p 463

A) Entre modèle médical et modèle social p 463

4) L'Organisation Mondiale de la Santé p 463

Classification Internationale des Fonctionnements, des handicaps et de la Santé (CIF)

Dans le modèle médical,

Dans le modèle social

5) Le modèle médical p 464

a) L'axe réadaptatif

Les malades chroniques et incurables .

BOURNEVILLE et les enfants

Une approche personnalisée

Parallèlement la prise en charge communautaire

. Les premières expériences réadaptatives de l'après guerre en France.

b) Le second axe biomédical

6) Le modèle social p 466

a) Le modèle environnemental

b) Le modèle des droits de l'homme

B) Des représentations sociales, une approche historique et anthropologique par la notion d'infirmité. p 467

1) L'évolution des représentations p 467

a) Maléfice ou Imperfection de l'âme

b) L'Impureté Hébraïque

c) Le christianisme.
d) Bouffons
e) La rationalité moderne
2) L'évolution du contexte social p 469
a) L'infirmité inintégrable de l'Epoque Classique.
b) La démocratie des lumières
c) La IIIème République et le Handicap

3) Origines et Evolutions du terme « Handicap » p 470
a) Etymologie anglaise
« Hand in cap »
Glissement conceptuel de la terminologie sportive à l'altération des capacités humaines
De handicapped aux Etats-Unis concept globalisant en 1957

b) Handicap et disability
Disability
Stigmatisation et les termes employés
.Handicap, mot international
Suffixe actuel

II) **La définition du Handicap en général et du handicap psychique en particulier** p 47 3

4) Le handicap en général p 473
1) Le rapport Bloch-Lainé datant de 1968
2) La définition à échelle internationale
Selon l'OMS.
En Europe
Des Lois pour tous
Concept sans homogénéité
3) Les conceptualisations
a) Selon l'autonomie
b) Conséquences sur l'activité sociale

Impairment, Functional limitation, disability
La notion de « situation de handicap » et de « subjectivité »
c) La réussite et l'environnement

5) Les mesures du Handicap p 476
1) Un courant situationniste, humaniste et anthropologique de la perception du handicap p 476
a) HAMONET : l'accessibilité et les situations sociales vécues
a) MINAIRE : changer le cadre social se justifie pour tous
b) A Parts Egales
2) Le modèle Individuel de WOOD p 477
a) L'OMS et la classification du handicap CIH : modèle individuel, limites
b) Le modèle de 2001 ou CIF
Fonctionnement, handicap et santé.
Les personnes en situation de handicap

3) Le Handicap Psychique p 479
a) Qu'est ce qu'un handicapé mental ?
b) Définition du handicap psychique :
Définition de « la santé mentale » de LAGACHE[534] :
Définition de la « santé mentale selon LAFON[535] :
La définition du handicap psychique général

III) **Droit et Handicap** p 481
1) Le droit à l'assistance : de la charité à la solidarité.
2) De la réparation et de l'assistance à la notion d'insertion intégration sociale.
a) Préparation de la Loi de 1975

Constitution du corpus législatif propre aux personnes en situation de handicap.

Contexte de préparation de la Loi de 1975

Prédominance des mesures liées à l'emploi

Les ordonnances de 1945 créant la Sécurité Sociale

Les travaux des Croix Marine : handicap par maladie mentale sont rendus publics.

b) La loi du 30 juin 1975.

Définition

Rapport de GAGNEUX et LARSY en 1983

La loi de 1986 relative à l'obligation d'emploi pour les personnes handicapées.

Loi du 10 juillet 1987. Pour l'emploi, la participation plutôt que la contrainte.

c) La loi du 12 juillet 1990 est relative à la protection des personnes en raison de leur état de santé ou de leur handicap.

Le principe d'égalité et la lutte contre la discrimination

La loi N° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Loi N° 75-534 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

Loi N° 2002-73 loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002

3) La proclamation de la déclaration du Madrid lors du congrès européen des personnes handicapées du Madrid en 2002 :

1. Le handicap relève des droits humains
2. Les personnes en situation de handicap revendiquent l'égalité des chances et non la charité.
3. Les personnes en situation de handicap : les citoyens invisibles.
4. Les personnes en situation de handicap forment un groupe diversifié.

4) Un programme. « Une Société pour Tous »

5) Les programmes proposés en Santé Mentale

6) La loi du 12 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la Ce

III) **Réflexions** p 491

A) Processus prothétique

1) Les processus de compensation du handicap
2) Un outil de normalisation solidaire
3) La notion de dépendance

B) Processus qui mobilise le sujet p 492

1) Les ressources de la notion de handicap et leur optimisation
2) Recovery, Empowerment et accessibilité

C) Le courant de la réhabilitation psychosociale p 493

1) L'optimisation versus la maximalisation
2) Le soin suffisamment bon
3) Le point de vue de la PI

Conclusion p 495

Partie III

Le travail p 496

Les intégrateurs sociaux 2

Introduction

I) **Handicap Psychique et réinsertion professionnelle** p 497

A) Quels sont les paramètres ou dimensions qui influent sur ces possibilités de réinsertion ? p 498

1) Séminaire Interdisciplinaire « *Handicap Psychique et Réinsertion Professionnelle* »
2) Les facteurs retenus
3) La convergence des résultats

B) Déterminants et facteurs prédictifs de la réinsertion professionnelle p 500

1. Les possibilités de reprise de l'emploi
2. Les déterminants d'insertion professionnelle des handicapés
3. L'importance des variables liées au travail et à la compétence sociale sont prépondérantes

6) Etude du retentissement fonctionnel des troubles psychiatriques et de ses déterminants p 503

1. Définition du « retentissement fonctionnel »
2. faiblesse de corrélation entre les symptômes, les troubles cognitifs et le retentissement fonctionnel
3. En résumé,
4. Les conséquences de cette découverte

7) Caractérisation et évaluation de l'employabilité p 507

1. L'environnement et le contexte des opportunités d'emploi
   p 507
   a. Contribution de la psychologie sociale
      Notion d'internalité
      La théorie de l'engagement
      Les dispositifs d'insertion en France
   b. Les indicateurs d'employabilité durable
2. Prise en compte des attentes de l'entreprise
   p 509
   a. Présentation d'une recherche
   b. L'objectif est de repérer les pôles prévalents de l'évaluation des capacités professionnelles.
   c. Les attentes de l'entreprise

E) L'accès à l'emploi p 511

1) Les conséquences des arrêts de travail
2) Dans le système français actuellement :
3) IPS, *Individual Placement and Support* ou Soutien individuel au travail
4) Le job coach
5) La notion de soutien au travail

II) **Réflexions de la Psychothérapie Institutionnelle vis-à-vis du travail** p 514

D) MARX et l'aliénation économique p 514

a. Le caractère fétiche de la marchandise
b. Les rapports sociaux de production
c. Le travail et œuvre de créativité
i. Le travail extérieur à l'ouvrier
ii. Le travail ne serait-il au fond qu'un simple moyen de subsistance, de survie et de justification sociale de la valeur de son existence ?
d. Dépossession et perversion

E) DURKHEIM et la division du travail p 516

1) Il décrit également les formes anormales de la division du travail
2) La lutte des classes

F) Le risque de fétichisation du travail p 517

Conclusion p 519

Le travail, intégrateur social

L'employabilité

Economie narcissique et la motivation

Conclusion Générale p 521

Bibliographie p 526

Table des Matières p536

PERMIS D'IMPRIMER

THÈSE DE FOUGAS - CHEVALLIER SOLENE

Vu, le Directeur de thèse

Vu, le Président du jury de thèse

Vu, le Doyen de la Faculté de Médecine d'ANGERS

Professeur J.P. SAINT-ANDRE

Vu et permis d'imprimer

FACULTÉ DE MÉDECINE - ANGERS -

T4_permis_imprimer

TOTAL PAGE(S) 01

RESUME DE LA THESE

NOM : CHEVALLIER-FOUGAS Solène

Titre de la Thèse

Mise en perspective de deux conceptions du soin psychiatrique adulte:

La Psychothérapie Institutionnelle et la Réhabilitation Psychosociale

RESUME

En 2009, l'OMS effectue des constats alarmants, témoignant de la prévalence de plus en plus importante des pathologies psychiatriques et du cout qu'elles représentent pour les patients, leur famille et la communauté. Face à ce constat, elle a formulé des recommandations. Dans ce contexte, ce travail de thèse de nature bibliographique, met en perspective les questions posées en les problématisant. Selon la nature de leurs conséquences, trois thématiques se dégagent: la chronicité au cout social élevé, la stigmatisation et l'exclusion sociale. Au regard de cette problématique ainsi posée, nous avons proposé d'approcher les solutions adoptées politiquement dans le rapport COUTY par leur dimension historique et leur évolution et par les solutions envisagées pour traiter ces problèmes par deux conceptions du soin de psychiatrie adulte la Psychothérapie Institutionnelle et la Réhabilitation Psychosociale. De cette façon nous avons abordée la question du handicap psychique et du travail comme principaux intégrateurs sociaux privilégiant l'exercice d'une psychiatrie communautaire. Sans conclure à l'existence d'une panacée et, parce les psychiatres ont toujours su fonder leurs engagements thérapeutiques sur une élaboration théorique, cette mise en tension conceptuelle de ces deux courants nous a semblé essentiel pour nourrir une réflexion éthique sur la demande et l'offre de soin, sur les articulations le sanitaire et le social, sur la mise en place de réseau partenariale avec les patients et leur famille.

MOTS CLE

Histoire de la psychiatrie
Chronicité
Réhabilitation Psychosociale
Exclusion
Citoyenneté
Psychothérapie Institutionnelle
Stigmatisation
Schizophrénie