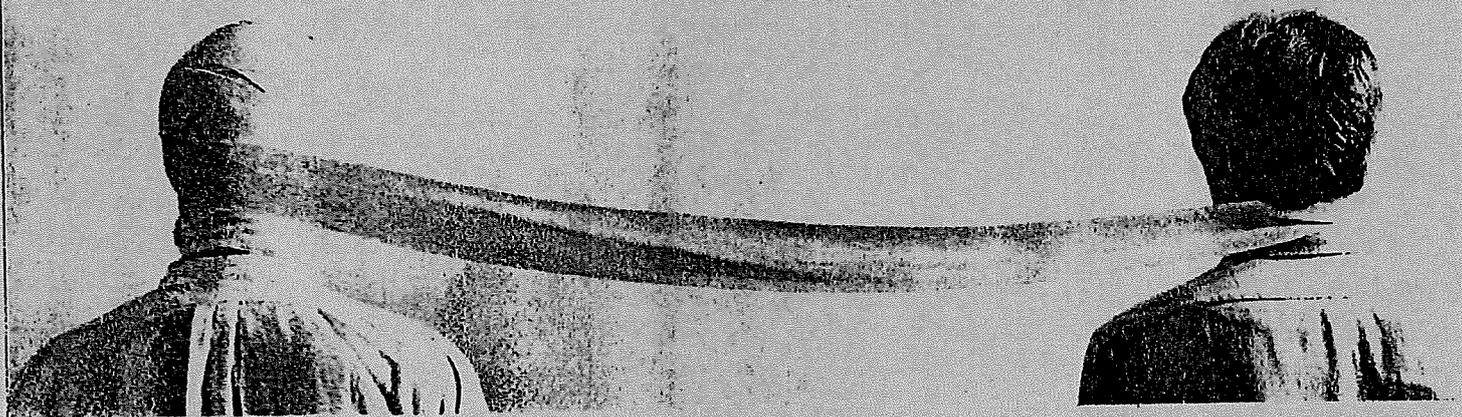


CAHIERS POLLEN

PRATIQUES  
CRITIQUES,  
THEORISATIONS



N° 2

Février 1994

COMITE EUROPEEN: DROIT, ETHIQUE ET PSYCHIATRIE



# CAHIERS POLLEN N° 2

## AU SOMMAIRE

<b>C. LOUZOUN</b>	<b>Soins psychiatriques, éthique et droits : réalités européennes</b>	<b>p. 1</b>
<b>P.L. BRETECHER</b>	<b>La rupture intérieure</b>	<b>p. 13</b>
<b>A. JAKUBOWICZ</b>	<b>L'Atelier du coin (1)</b>	<b>p. 22</b>
<b>P. FUSTIER</b>	<b>L'Atelier du coin (2)</b>	<b>p. 32</b>
<b>J.P. MARTIN</b>	<b>Exclusion sociale et libre accès aux soins</b>	<b>p. 41</b>
<b>A. PIRELLA</b>	<b>Perspektiven einer sozialen psychiatrie aus der sicht der italienischen psychiatrie-Reform (en FR.)</b>	<b>p. 44.</b>
<b>H. PFEFFERER-WOLF</b>	<b>Déshospitalisation et désinstitutionnalisation : la pratique psychosociale dans le champ de forces entre système et univers de la vie</b>	<b>p. 50</b>
<b>B. GRAVIER</b>	<b>Pendant et après l'incarcération, soins psychiatriques et travail social</b>	<b>p. 54</b>
<b>J.M. ELCHARDUS</b>	<b>Problèmes des interventions thérapeutiques auprès de catégories spécifiques de délinquants</b>	<b>p. 61</b>

### COMITE EUROPEEN : DROIT, ETHIQUE ET PSYCHIATRIE

**Claude LOUZOUN**  
Président

153, rue de Charenton  
F - 75012 Paris (France)

Tél & Fax : (33-1) 43 44 77 54

**Bruno GRAVIER**  
Secrétaire  
Unité de consultations  
en Psychiatrie Légale  
Av. de Sévelin, 18  
CH - 1004 Lausanne

Tél : (41-21) 626 13 26  
Fax : (41-21) 626 13 35

Réalisation : Claude LOUZOUN  
Traductions : Angelo CAPERNA  
Impression : Delta copies (Paris)



Beminarlo  
**'RICOMINCIARE AD EBBERE'**  
16 - 17 dicembre 1993  
USSL 24, Torino

Tabola rotonda : ALTRE ESPERIENZE

## **Soins psychiatriques, éthique et droits : réalités européennes**

**Claude LOUZOUN**  
président du  
**Comité Européen:  
Droit, Ethique et Psychiatrie<sup>1</sup>**

## **CURE PSICHIATRICHE, ETICA E DIRITTI : REALTA EUROPEE**

**Claude LOUZOUN**  
presidente del  
**Comitato Europeo:  
Diritto, Etica e Psichiatria**

Traduction : **Anna HENRY**  
**Angelo CAPERNA**

Il y a désormais en Europe une somme de décennies de pratiques, de situations et d'idées qui illustrent le possible, le réel et l'effectivité de transformations professionnelles, culturelles, juridiques et politiques dans le regard et la place dus aux personnes présentant des troubles mentaux et/ou un handicap. Les réponses qui se situent clairement dans le dépassement du paradigme de l'aliénisme aboutissent à des conceptions et à des résultats comparables, mais se discriminent par une variable fondamentale : le devenir de l'hôpital psychiatrique et plus généralement la place de l'hospitalisation dans le soin psychiatrique. L'Italie est de ce point de vue le pays où cette question a été le plus remarquablement traitée<sup>2</sup>.

Ces évolutions des conceptions et des pratiques professionnelles ainsi que les mouvements dans la société civile ont produit des réformes des législations et des politiques de santé mentale.

Cependant, traiter de la question des soins psychiatriques aujourd'hui dans l'Union européenne nécessite de prendre en compte ses nouveaux déterminants, d'en analyser la nouvelle complexité. J'énumère :

- la crise du Welfare State et sa remise en cause;

Da qualche decenni in Europa vi è un accumulo di pratiche, di situazioni, e di idee che illustrano la possibilità, la realtà e l'efficacia delle trasformazioni professionali, culturali giuridiche e politiche concernenti lo status dovuto alle persone che presentano disturbi mentali e/o un handicap. Le risposte che si situano nel superamento del paradigma dell'alienismo danno luogo a delle concezioni e a dei risultati comparabili, ma si discriminano attraverso una variabile fondamentale: il divenire dell'ospedale psichiatrico e più generalmente lo spazio dell'ospedalizzazione nella cura psichiatrica. Da questo punto di vista, l'Italia è il paese in cui tale-problema è stato trattato nel modo più incisivo e avanzato.

L'evoluzione dei concetti e delle pratiche professionali, così come i movimenti nella società civile, hanno prodotto riforme nella legislazione e nelle politiche di salute mentale.

Tuttavia per trattare oggi delle questioni delle cure psichiatriche in Europa è necessario tenere in considerazione le sue nuove determinanti, e analizzarne la nuova complessità. Le elenco :

- la crisi dello stato assistenziale e la sua messa in discussione;

<sup>1</sup>Comité Européen: Droit, Ethique et Psychiatrie  
153, rue de Charenton - F 75012 PARIS  
Tel. & Fax: (33 1) 43 44 77 54

<sup>2</sup>cf. Claude LOUZOUN, Stelios STYLIANIDIS : *La nouvelle psychiatrie italienne*, La documentation française, Paris, 1987  
et Claude LOUZOUN : *Législations de santé mentale en Europe*, La documentation française, Paris, 1992.

les reconsidérations économiques et organisationnelles des politiques de santé articulées pour notre champ avec le paradigme de la "Psychiatrie industrielle";

- la crise économique et politique, la crise du lien social et la crise de sens que traversent nos sociétés européennes produisent une précarité économique et de nouvelles formes de précarité à grande échelle, c'est-à-dire des marginalisations sociales de masse, de l'exclusion sociale, dont une des dimensions décisives est la mise à distance de fait à l'égard des droits liés à l'exercice de la citoyenneté. C'est ce qu'on a désigné en France par la notion de "société duale" ou en Allemagne par la notion de "société des deux tiers". Cette situation qui ne cesse de s'aggraver n'est sans conséquences profondes pour le champ de la santé mentale.

1. Vous ne serez sans doute pas étonné que je démarre ma relation à propos des soins psychiatriques par la question éthique.

L'éthique porte son interrogation et son interpellation sur la raison et les principes de l'action, sur leur bien-fondé, alors que la *morale* édicte des savoirs directifs et normatifs, et que la *déontologie* représente les règles de l'art d'une profession, d'une corporation. C'est donc en cela que la question éthique renvoie à la question politique. Dans la pratique, l'éthique c'est l'art de la conduite. Elle ne se contente pas de la preuve par le fait, par les normes, règles ou lois en vigueur. Elle est tension, interpellation vis à vis de tout cela, car c'est l'homme, le sujet humain qui doit être au cœur de l'éthique.

Donc, qu'est-ce que le sujet, le sujet humain s'entend? Dans l'acception courante, on pourrait dire qu'être sujet, c'est simplement être quelqu'un; mais alors, il faut ajouter quelqu'un à qui on peut imputer ses dires et ses actes, et quelqu'un qui investit son identité et non, dans le cas du handicapé ou du malade mental, son étiquetage ségrégué. Car, c'est bien cela qui est notamment reproché aux lois spécifiques ou spéciales dans nos domaines : en étiquetant une personne "malade mental" ou "handicapé", on le fixe dans ce statut, dans cette identité sociale, avec le réductionnisme et les mécanismes d'exclusion et d'assistance figée qui s'y rattachent.

Donc, le sujet dont nous parlons dans nos domaines est une réalité humaine complexe et hétérogène, composée à la fois d'un corps, d'un individu social, d'un sujet de droit, d'une psyché - d'une psyché socialisée s'entend. Ce sujet a une histoire qu'il faut savoir écouter et travailler, et non la réduire comme bien souvent à une explication qu'elle soit -

i ripensamenti economici ed organizzativi delle politiche sanitarie, articolate, per il settore che ci interessa, con il paradigma della "Psichiatria industriale";

- la crisi economica e politica, la crisi del legame sociale e la crisi di senso che attraversano le nostre società europee, producono una precarietà economica e nuove forme d'insicurezza su vasta scala, vale a dire marginalizzazione sociale di massa, esclusione sociale. Una dimensione decisiva di questa situazione è la presa di distanza, di fatto, rispetto ai diritti di esercizio della cittadinanza.

E' ciò che è stato designato in Francia con la nozione di "société duale" o in Germania con la nozione di "société dei due terzi". Questa situazione che non cessa di aggravarsi, ha conseguenze profonde nel campo della salute mentale.

1. Non credo che sarete stupiti se inizio la mia relazione sulle cure psichiatriche dal **problema etico**.

L'**etica** si interroga sulla ragione e i principi dell'azione, sulla loro fondatezza, mentre la *morale* decreta dei saperi direttivi e normativi, e la *deontologia* rappresenta le regole di una professione, di una corporazione. E' dunque per questo che la questione etica rimanda alla questione politica. Nella pratica, l'etica è l'arte della condotta. Essa non si accontenta della prova dei fatti, né delle norme, delle regole o delle leggi in vigore. L'etica è tensione, interrogazione continua di fronte a tutto questo, perché è l'uomo, il soggetto umano, che deve essere al centro dell'etica.

Che cos'è, dunque, il **soggetto**, inteso come soggetto umano? Nell'accezione corrente si potrebbe dire che essere soggetto significa semplicemente essere qualcuno. Ma, allora, bisognerebbe aggiungere: qualcuno a cui si possano imputare le sue proprie parole e i suoi propri atti, qualcuno che investe la sua propria identità e non, nel caso del portatore di handicap o del malato mentale, la propria etichetta di segregato. Perché è proprio questo che si rimprovera alle leggi specifiche o speciali del nostro settore: etichettando una persona come "malato mentale" o "handicapato", lo si fissa in questo statuto, in questa identità sociale, con il riduzionismo ed i meccanismi d'esclusione e di assistenza stereotipata che gli sono collegati.

Il soggetto di cui noi parliamo, quindi, è una realtà umana complessa e eterogenea, composta contemporaneamente di un corpo, di un individuo sociale, di un soggetto di diritto, di una psiche - nel senso di una psiche socializzata. Questo soggetto ha una storia che bisogna saper ascoltare e con la quale bisogna interagire, e che si deve ridurre (come troppo spesso accade) ad

génétique, biologique, nosographique ou même psychosociale. Or, le sujet - dans l'état et le statut dans lequel il se trouve quand nous le rencontrons, dans l'accueil que nous lui faisons, et dans la perception et l'élaboration que nous en avons - apparaît comme question et comme projet.

**Alors, le sujet comme projet:**

Il y a bien sûr le(s) projet(s) qui fait (font) que le malade, le handicapé nous arrive; et donc, l'entreprise nécessaire de parole et de repérage pour le(s) décoder. Il y a le lieu de la rencontre et l'équipe rencontrée, équipe qui en sa qualité de sujet social est porteuse d'une idéologie, d'une politique, d'une pratique et donc d'un projet. Il y a donc ce que l'on dénomme couramment "projet thérapeutique", qui n'a de pertinence humaine, éthique et thérapeutique que s'il s'arme de l'ouverture de nouveaux frayages pour que cette personne là (re)devienne un acteur qui joue le jeu aléatoire de la vie.

**Le sujet comme Question :** dans sa singularité, dans sa langue et ses modes d'expression particuliers, dans son monde propre et ses modes de liaison et de relation, dans son histoire personnelle mais aussi dans ses rapports à l'histoire collective à laquelle il appartient.

Que faisons nous alors? Que ce soit par une interprétation psychanalytique, que ce soit par le travail d'accompagnement et de médiation, par le travail d'insertion et d'habilitation, nous agissons sur le sujet (et son environnement, bien sûr) et nous voulons ainsi une réaction et une élaboration de celui-ci. Notre pratique vise à de la liberté, vise à des expériences, des espaces qui en quelque sorte rendent aux patients, aux handicapés la vie vivable.

Il s'agit :

- de leur permettre d'accéder à de nouvelles expériences qui produisent des effets de sujet ainsi que des effets culturels, sociaux et politiques;
- d'ouvrir des espaces potentiels, des espaces transitionnels qui dialectisent réalité psychique et réalité extérieure, subjectivité et réalité sociale.

2. Ce positionnement de la question éthique est, vous l'aurez compris, ce que je retire personnellement des expériences les plus avancées dans la désinstitutionnalisation, en particulier en Espagne, en France et en Italie. Ces expériences ont d'abord fait leurs preuves quant à la chronicité. On peut en dégager des données générales valant principes :

- la chronicité est quelque chose qui tient à la fois de la folie et de l'existence d'un certain type d'établissement;

una spiegazione sia essa genetica, biologica, nosografica o addirittura psicosociale. Il soggetto nello stato e nello statuto nel quale si trova quando lo incontriamo, nell'accoglienza che gli facciamo, e nella percezione e elaborazione che ne abbiamo- appare come problema e come progetto.

**Quindi, il soggetto come progetto :**

Sicuramente c'è (ci sono) il (i) progetto (progetti) che fa (fanno) sì che il malato, il portatore di handicap, arrivi fino a noi; e c'è quindi il necessario lavoro di parola per decodificarlo (decodificarli). C'è il luogo dell'incontro e l'équipe incontrata, équipe che, nella sua qualità di soggetto sociale è portatrice di un'ideologia, di una politica, di una pratica e quindi di un progetto. C'è dunque ciò che correntemente si chiama "progetto terapeutico", che ha pertinenza umana, etica e terapeutica solo se si preoccupa di aprire nuove strade affinché quella persona (ri)diventi un attore che recita il gioco aleatorio della vita.

**Il soggetto come problema :** nella sua singolarità, nel suo linguaggio e nei suoi modi d'espressione particolari, nel suo mondo proprio e nelle sue modalità di rapporto e di relazione, nella sua storia personale ma anche nei suoi rapporti con la storia collettiva alla quale egli appartiene.

Che cosa facciamo, allora? Che sia attraverso una interpretazione psicoanalitica, che sia attraverso un supporto d'accompagnamento e di mediazione, che sia attraverso un lavoro d'insertione e di abilitazione, noi agiamo sul soggetto (e sul suo ambiente, ben inteso) e vogliamo una reazione e una elaborazione da parte sua. La nostra pratica mira a un aumento di libertà, a un aumento di esperienze, a degli spazi che in qualche modo rendano ai pazienti, ai portatori di handicap, la vita vivibile.

Si tratta :

- di permettergli l'accesso a nuove esperienze che producano effetti del soggetto ma anche effetti culturali, sociali, politici;
- di aprire degli spazi potenziali, degli spazi transizionali che dialettizzino realtà psichica e realtà esterna, soggettività e realtà sociale.

2. La posizione che do alla questione etica è, lo avrete compreso, quello che io traggo personalmente dalle esperienze più avanzate di deistituzionalizzazione, in particolare in Spagna, Francia e Italia.

Queste esperienze all'inizio si sono sperimentate rispetto alla cronicità.

Si possono ricavare alcuni dati generali valenti come principi:

- la cronicità è qualcosa che ha a vedere, al tempo stesso, con la follia e con l'esistenza di un certo tipo di istituzione;

- les maladies mentales à pôle chronique possèdent toujours un pôle évolutif; il y a donc nécessité de conserver une idée dynamique de la maladie, de ne pas se laisser dominer par la chronicité;

- les besoins des malades ont au moins autant à voir avec l'histoire personnelle, familiale, sociale et institutionnelle qu'avec le diagnostic; d'ailleurs, la pratique montre que l'appartenance à telle ou telle variété nosographique ne fournit que des indications très générales et d'assez peu d'intérêt sur les besoins des malades;

- le pronostic dépend de manière essentielle de la réponse thérapeutique.

Il est toujours utile de garder présent l'analyse que nos aînés avaient fait des institutions psychiatriques lourdes, même pour les institutions psychiatriques sur le territoire ou à l'hôpital général. Une attention, une vigilance sont à marquer par rapport au travail de mort et à la relation d'emprise à l'œuvre dans toute institution.

3. Les pratiques de déchronicisation, comme celles qui veillent à lutter contre la chronification, témoignent de la nécessité d'intégrer dans le thérapeutique ce qui pourrait être désigné par la notion de "thérapie de vie". J'introduis là le processus de réhabilitation psychosociale sans lequel le travail thérapeutique de la psychiatrie communautaire serait unijambiste. Le processus de réhabilitation psychosociale poursuit en effet une double visée : 1°- l'invitation et l'incitation aux effets de sujet; 2°- la dimension intégrative du malade mental dans les "droits de l'humanité" selon la formule de Pinel. Par ailleurs, la combinatoire thérapeutique / réhabilitation psychosociale explique la place des structures intermédiaires dans la psychiatrie communautaire.

Quelques repères sur cette question de la réhabilitation psychosociale :

- La réhabilitation ne vient pas après le travail thérapeutique; elle y est liée de manière dialectique ou synergique selon le vocabulaire de chacun; elle en est contemporaine.

- Le handicap est relatif à certains domaines, et donc il y a conservation de capacités et d'habiletés, de possibilités exprimées ou latentes, parfois à démasquer et de toute façon à valoriser. Le handicap n'est non seulement pas absolu, mais il n'est fixé que s'il n'y a pas action et volonté de réhabilitation; il doit être considéré comme évolutif.

- Il faut savoir lutter et aider la personne concernée à dépasser les effets séparateurs, ségrégatifs, discriminatoires et excluant liés au --

le malattie mentali con valenza cronica posseggono sempre anche una valenza evolutiva; vi è quindi la necessità di mantenere un'idea dinamica della malattia, di non lasciarsi dominare dal concetto di cronicità;

- i bisogni dei malati hanno a che vedere con la storia personale, familiare, sociale ed istituzionale almeno altrettanto che con la diagnosi; d'altronde la pratica dimostra che l'appartenenza a questa o a quella varietà nosografica fornisce che indicazioni molto generali e di poco interesse sui bisogni dei malati;

- la prognosi dipende essenzialmente dalla risposta terapeutica.

E' sempre utile tener presente l'analisi che i nostri predecessori hanno fatto delle istituzioni psichiatriche "totali", anche per quanto riguarda le istituzioni psichiatriche sul territorio o all'ospedale generale.

3. Le pratiche di de-cronicizzazione, così come quelle si occupano di lottare contro la cronificazione, dimostrano la necessità di integrare nell'intervento terapeutico ciò che potremmo identificare con la nozione di "terapia di vita". Voglio introdurre a questo punto il processo di **riabilitazione psicosociale** senza il quale l'intervento terapeutico della psichiatria comunitaria non starebbe in piedi.

Il processo di riabilitazione psicosociale persegue, in effetti, un doppio obiettivo: 1°- l'invito e l'incitamento a mantenere la capacità di produrre effetti socialmente rilevanti per soggetto; 2°- l'integrazione del malato mentale in quelli che Pinel chiamava i "diritti dell'umanità". D'altronde, la combinazione terapeutica/riabilitazione psicosociale illustra il ruolo delle strutture intermedie nella psichiatria comunitaria.

Qualche punto fermo su questa questione della riabilitazione psicosociale :

- La riabilitazione non è successiva al lavoro terapeutico; gli è legata in maniera dialettica o sinergica, secondo il vocabolario di ciascuno; essa gli è contemporanea.

- L'handicap è relativo a certi settori, vi è quindi conservazione di capacità e di abilità, di possibilità espresse o latenti, talvolta da scoprire, ma in ogni caso da valorizzare. L'handicap non solamente non è assoluto, ma si fissa solo se non c'è azione e volontà di riabilitazione; esso deve essere considerato come evolutivo.

- Bisogna saper lottare e aiutare la persona interessata a superare gli effetti separatori, segregativi, discriminatori ed escludenti legati all'handicap e alla svalutazione, alla reificazione del

handicap et au rabattage, à la chosification du handicapé à son handicap.

- L'évaluation du handicap n'est pas affaire (simplement?) technique, de cotation et de catégorisation, y compris quand il s'agit de l'échelle simple que vous connaissez : handicapé éducatif, semi-éducatif ou non éducatif. A une évaluation relationnelle et dans des expériences soutenues et/ou faites ensemble, il doit y avoir place également à la parole, à l'autoévaluation du "handicapé".

- La réhabilitation est une œuvre de dignité de la personne, de recherche d'une place optimale dans la société, de citoyenneté, et non un dressage, une adaptation normative et minimale, une gestion de l'étant.

- La réhabilitation se déroule dans la cité, et implique un consensus, une synergie dynamiques (donc également avec ses moments de conflits) avec les partenaires concernés, donc aussi avec les décideurs.

Mais cette question de la combinaison thérapeutique/réhabilitation n'est pas évidente pour beaucoup de psychiatres mais aussi pour des associations de familles ou d'amis des malades mentaux. C'est pourquoi l'initiative privée - associations de familles, associations de "volontaires", groupements de professionnels sanitaires et sociaux, œuvres caritatives, fondations, etc. - prédomine dans ce domaine. Pour ne pas y revenir plus loin dans ma relation j'ajouterai une autre raison fondamentale : l'Etat ne peut s'engager que pour des institutions pérennes; il peut subventionner et contrôler des "innovations", octroyant ainsi un espace de liberté, d'action et de pouvoir à ceux qui mettent en cause sa politique et ses insuffisances, tout en restant maître du jeu. En effet, l'Etat peut ainsi à tout moment changer les règles du jeu, réduire ses subventions et ses budgets. A l'heure actuelle, est sans cesse annoncé le renforcement de la logique des "grands équilibres économiques", la logique du désengagement de l'Etat et la logique de la privatisation, y compris dans le domaine socio-sanitaire. Se retrouvera-t-on alors dans une dynamique ou un système de la Charité? Et puis la charité a-t-elle jamais représenté la justice sociale? L'interrogation peut paraître pessimiste alors que la Communauté européenne promeut des programmes d'initiative communautaires d'insertion pour les défavorisés et les handicapés. Mais le traitement social des sans abris renforce ce questionnement; l'évolution des politiques de santé mentale également.

#### 4. J'en viens à la partie plus classique des soins psychiatriques.

L'organisation du service public de santé mentale doit permettre d'assurer auprès de la population desservie la prévention, le diagnostic et les soins,

porteur de handicap identifié dans son handicap.

- La valutazione dell'handicap non è una questione (semplicemente?) tecnica, di misura numerica e di categorizzazione, anche quando si tratta della scala semplice che voi conoscete: portatore di handicap educabile, semieducabile o non educabile. Assieme a una valutazione relazionale e in esperienze sostenute e/o fatte insieme, in egual maniera ci deve essere lo spazio per la parola, per l'autovalutazione dell'"handicappato".

- La riabilitazione è un'opera di recupero della dignità della persona, di ricerca di un posto ottimale nella società, di cittadinanza. Non è un addestramento, un adattamento normativo e minimale, una gestione dell'esistente.

- La riabilitazione si svolge nella città, e implica un consenso, una sinergia dinamica (quindi coi suoi momenti conflittuali) con tutti gli interlocutori coinvolti, quindi anche con chi decide.

Ma questo problema della combinazione terapia/riabilitazione non è evidente per molti psichiatri e neanche per alcune associazioni di famiglie o di amici dei malati mentali. Questo è il motivo per cui l'iniziativa privata - associazioni di famiglie, associazioni di "volontari", gruppi di professionisti sanitari e sociali, opere di carità, fondazioni, ecc. - ha l'egemonia in questo settore. Per non dover ritornare più avanti su questo argomento, aggiungerò un'altra ragione fondamentale: lo Stato non può impegnarsi che in istituzioni perenni; può sovvenzionare e controllare alcune "innovazioni", concedendo così uno spazio di libertà, d'azione e di potere a coloro che mettono in discussione la sua politica e le sue insufficienze, e restando allo stesso tempo padrone del gioco. In questo modo, lo Stato può, in ogni momento, cambiare le regole del gioco, ridurre le sovvenzioni e i suoi bilanci. Attualmente, non si fa che annunciare il rafforzamento della logica dei "grandi equilibri economici", la logica del disimpegno dello Stato e la logica della privatizzazione, comprese quelle del settore socio-sanitario. Ci si ritroverà allora in una dinamica o in un sistema che si fonda sulla Carità? La carità ha mai rappresentato la giustizia sociale? La domanda può sembrare pessimista dal momento che la Comunità Europea promuove dei "programmi d'iniziativa comunitaria" per gli emarginati e per i portatori di handicap. Ma il trattamento sociale dei "senza fissa dimora" rafforza tale domanda; e così pure l'evoluzione delle politiche di salute mentale.

#### 4. Ciò mi conduce al tema più classico delle cure psichiatriche.

L'organizzazione del servizio pubblico di salute mentale deve permettere di assicurare, alla popolazione servita, la prevenzione, la diagnosi e le cure. Ciò dicono i testi ufficiali sulla politica

disent les textes officiels sur la politique de santé mentale dans les pays de l'Union européenne comme les déclarations internationales. Il s'agit évidemment de répondre, de traiter, mais aussi de filtrer, les demandes de soin, les situations de crise, les "urgences psychiatriques". Il s'agit d'assurer le soin et le soutien de tous les patients, en particulier des patients chroniques déshospitalisés dans leur réinsertion; il s'agit donc de privilégier le soin dans la communauté, au plus près du lieu de vie. Une telle mission appelle en principe, pour atteindre ces objectifs, une disponibilité soignante et une capacité opérationnelle dans la communauté 24 heures sur 24. Vous avez dans certains services en Italie, les centres de santé mentale ouverts 24 heures sur 24 et disposant de quelques lits. Nous avons en France l'expérience des centres d'accueil et de crise dans certains secteurs, expérience à laquelle j'ai personnellement participé. Cette expérience des centres d'accueil et de crise comme plaque tournante d'un dispositif de soins psychiatriques communautaires permet d'intégrer concrètement de nombreuses données fondamentales dans le débat de ce séminaire "Déshospitalisation ou désinstitutionnalisation?". Je les présente :

- L'accueil est une - et même sans doute LA - fonction basale de la psychiatrie; il est aussi une "tekhnê" de la rencontre face aux phénomènes critiques et à la situation exacerbée et d'incompréhension qui les accompagnent.
- Une politique d'accueil et un lieu d'accueil et de soin sur le secteur provoquent des modifications sensibles dans la représentation et la relation des interlocuteurs de l'équipe de psychiatrie à la folie. Leur fonction de permanence, de contenance, de disponibilité est sécurisante et de toute importance pour les patients comme pour leur entourage.
- L'accueil participe également de la qualité de vie des patients en leur offrant un lieu repéré d'écoute, de passage, de recours, de refuge, à tout instant.
- faciliter au mieux l'accès au soin, offrir le temps de l'élaboration d'une demande de soin ou de la négociation de la nécessité du soin ouvrent à la possibilité d'une reconnaissance mutuelle, à la possibilité d'une relation de sujet à sujet.
- Cette politique d'accueil modifie également les modes d'expression pathologiques, voire la clinique. Ne serait-ce parce qu'elle modifie les conditions d'observation et les modes de réponse des opérateurs psychiatriques aux personnes présentant des troubles mentaux. On a à faire à une position de soignant qui de sa place parle, décode, relationne, s'engage, négocie, risque, médiatise et, finalement, prend la responsabilité, à la première personne, de son intervention et de ce qu'il pose comme actes. Cela peut valoir autant pour

della salute mentale nei paesi dell'Unione europea e parimenti recitano le dichiarazioni internazionali. Si tratta evidentemente di dare delle risposte, di proporre dei trattamenti, ma anche di garantire una funzione di filtro per le domande di cura, per le situazioni di crisi, per le cosiddette "urgenze psichiatriche". Si tratta di assicurare la cura e il sostegno per ogni paziente, in particolare per i pazienti cronici de-ospitalizzati, in vista di un loro reiserimento; si tratta quindi di privilegiare la cura nel territorio, il più vicino possibile al luogo della vita quotidiana. Una tale missione richiede, normalmente, per ragglungere questi obbiettivi, una disponibilità di intervento curativo e una capacità operativa nel territorio, di 24 ore su 24. In Italia voi avete, in certi servizi, i centri di salute mentale aperti 24 ore su 24 con qualche letti a disposizione. In Francia, abbiamo l'esperienza dei "centri di accoglienza e di crisi" in alcuni settori psichiatrici, esperienza alla quale ho personalmente partecipato. Questa esperienza dei centri di accoglienza e di crisi come centro di un dispositivo di cure psichiatriche nel territorio, permette di integrare, nel concreto, molti elementi fondamentali nel dibattito di questo seminario su "Deospedalizzazione o deistituzionalizzazione?".

Li presento :

- L'accoglienza è una - e senza dubbio LA - funzione di base della psichiatria; l'accoglienza è anche una "tekhnê" dell'incontro rispetto ai fenomeni della crisi e alla situazione esacerbata e d'incomprensione che li accompagnano.

Una politica di accoglienza e un luogo di accoglienza e di cura nei servizi territoriali di salute mentale, provocano delle sensibili modificazioni nella rappresentazione e nella relazione che gli interlocutori dell'equipe psichiatrica hanno con la follia. La loro funzione di servizio permanente, di contenimento, di disponibilità, rassicura e ha un'estrema importanza per i pazienti e per il loro ambiente.

- L'accoglienza contribuisce ugualmente alla qualità di vita dei pazienti offrendo loro, ad ogni istante, un luogo fisso di ascolto, di passaggio, di ricorso, di rifugio.
- Facilitare il più possibile l'accessibilità alla cura, offrire il tempo dell'elaborazione di una domanda di cura o della negoziazione della necessità della cura, ciò apre alla possibilità di un mutuo riconoscimento, alla possibilità di una relazione da soggetto a soggetto.
- Questa politica d'accoglienza modifica anche le modalità dell'esprimersi patologico se non addirittura clinico. Non fosse altro che perchè tale politica modifica le condizioni d'osservazione e le modalità di risposta degli operatori psichiatrici alle persone che presentano dei disturbi mentali. Si ha a che fare con una posizione d'operatore che parla, decodifica, mette in relazione, implica se stesso, negozia, rischia, media e, alla fine, assume la responsabilità, in prima persona, del suo intervento e dei suoi atti. E ciò può valere

l'individu désigné que pour la famille, le voisinage, les intervenants sociaux, les autorités. J'insiste ainsi sur la place fondamentale du travail d'équipe, à concevoir toujours comme champ d'engagement de relations différenciées qui permettent de mieux appréhender le patient dans sa complexité. Par sa pluridisciplinarité et par ses complémentarités de regards et d'interventions, le travail d'équipe est essentiel dans l'accompagnement des patients dans leur cheminement singulier. Il est essentiel dans la formulation et la réalisation d'un projet thérapeutique qui vise au soin, à un frayage nouveau, à une meilleure adéquation du patient envers lui-même et envers les autres.

- On constate, enfin, que les demandes d'hospitalisation voire d'internement sont le plus souvent traitables au centre d'accueil et de soin par des séjours plein temps de courte durée relayés par des prises en charge quotidiennes à temps partiel. Il reste toutefois une part d'irréductible et parfois de ratage.

5. Cela me permet d'aborder la question du placement involontaire et du traitement contraint, et plus généralement la question du Droit et des droits, avant de prolonger mon exposé des politiques de santé mentale par une analyse des tendances actuelles à l'œuvre.

Je ne vais pas vous présenter une étude sur le sujet, me permettant de vous renvoyer au rapport que j'ai effectué sur "Les législations de santé mentale en Europe" (cf. note 2). Disons que tous les pays de l'Union Européenne ont réformé sensiblement les dispositions sur le placement involontaire. En premier lieu, elles visent à préserver les droits civils et politiques des malades mentaux, sauf pour certains pays le droit de vote et le droit de correspondance; une donnée juridique de grande portée est à remarquer : la déliaison entre capacité civile et internement psychiatrique. Elles prétendent réserver le placement involontaire et le traitement contraint aux situations de dernier ressort et aux cas d'urgence. Le placement involontaire s'argumente *soit* de la nécessité pour la personne de subir un traitement et son refus de celui-ci ou de l'impossibilité dans laquelle elle se trouve d'en comprendre la nécessité, *soit* de la dangerosité. Je voudrai là, tout de suite, faire un sort à la notion de dangerosité, laquelle n'est pas un diagnostic psychiatrique ou médical, mais une question de définition et de jugement juridiques autant qu'une question d'éthique et de politique sociales. Seules les lois espagnole et italienne l'éliminent véritablement; dans les lois anglaise et écossaise le terme n'y figure pas, mais certaines modalités de placement involontaire le rende

tanto per l'individuo che per la famiglia, il vicinato, gli attori sociali intervenuti, le autorità.

In questo modo, insisto sull'importanza fondamentale del lavoro d'equipe, che deve essere concepito sempre come il terreno d'impegno di relazioni differenziate che permettono di meglio comprendere il paziente nella sua complessità. Per la pluridisciplinarietà e per le complementarità di sguardi e d'interventi, il lavoro d'equipe è essenziale nell'accompagnare il paziente lungo il suo cammino individuale. E' essenziale, nella formulazione e nella realizzazione di un progetto terapeutico che mira alla cura, a una nuova apertura, a un migliore adeguamento del paziente verso se stesso e verso gli altri.

- Si constata, infine, che le domande di ospedalizzazione o addirittura d'internamento, si trattano spesso al centro d'accoglienza e di cura attraverso dei soggiorni a tempo pieno, di corta durata, in seguito sostituite con delle prese in carico quotidiane, a tempo parziale. Resta tuttavia una parte di irriducibile e qualche volta di non riuscita.

5. Ciò mi permette di abordare la questione del ricovero involontario e del trattamento coatto, e più generalmente la questione del Diritto e dei diritti, prima di protrarre la mia esposizione sulle politiche di salute mentale attraverso un'analisi delle tendenze attualmente in opera.

Non è mia intenzione presentarvi uno studio su questo soggetto, ma mi permetto di rimandarvi al rapporto che ho effettuato su "Le legislazioni di salute mentale in Europa" (cf. nota 2). Diciamo che tutti i paesi dell'Unione Europea hanno sensibilmente riformato le disposizioni sul ricovero involontario. In primo luogo, esse hanno come obiettivo quello di preservare i diritti civili e politici dei malati mentali, tranne in alcuni paesi in cui il diritto di voto e il diritto di corrispondenza restano limitati; un dato giuridico di grande portata è degno di nota : lo scioglimento del legame tra capacità civile e ricovero psichiatrico.

Tali disposizioni intendono riservare il ricovero involontario e il trattamento coatto alle situazioni di ultima istanza e ai casi d'urgenza. Il ricovero involontario viene argomentato *sia* con la necessità per la persona di subire un trattamento e il rifiuto da parte sua o con l'impossibilità da parte della stessa di comprenderne la necessità, *sia* con la pericolosità. Vorrei, immediatamente, attaccarmi a questa nozione di pericolosità, la quale non è una diagnosi psichiatrica o medica, ma una questione di definizione e di giudizio giuridici quanto una questione di etica e di politica sociali. Solamente le leggi spagnole e italiane eliminano realmente questa nozione; nelle leggi inglesi e scozzesi il termine non figura, ma certe modalità di ricovero involontario lo rendono presente. La persistenza della nozione di

présent. La persistance de la notion de dangerosité tient à plusieurs ordres de facteurs, dont :

- la persistance des présupposés aliénistes dans les conceptions psychiatriques de référence;
- la persistance des dimensions de mesure de police et de séquestration.

Je voudrai dire que le libellé de l'article 2 de la Loi 180 est remarquable, parce que :

- il écarte la notion d'internement ou de placement pour celle de traitement sanitaire;
- il introduit la notion d'obligation de moyens de soin pour le service concerné; parenthèses : j'aurai voulu développer cette question de l'obligation de soin, faute de temps j'attendrai la discussion si elle vient sur ce point;
- il en fait une mesure exceptionnelle ou résiduelle.

D'autres caractéristiques communes sont à relever dans les législations actuelles des pays européens qui dénotent l'amélioration des garanties et des progrès en matière de droits et de protection des internés :

- rendre, en principe, plus difficile le recours au placement involontaire par l'obligation de deux certificats médicaux pour l'admission, ou garantir la légitimité de la décision en la confiant au pouvoir judiciaire; entre parenthèses, la place de l'appareil judiciaire mérite une ample discussion que je n'aurai pas le temps de développer ici;
- la limitation de l'internement dans le temps;
- le droit à l'information (comme à la confidentialité de l'information le concernant), le droit de prendre avis d'un médecin, d'un avocat de son choix;
- le développement des droits d'appel et de recours (droits parfois accessibles à toute personne qui porte intérêt à la personne placée), et l'obligation d'y répondre dans des "délais raisonnables";
- le contrôle périodique et automatique, de la mesure.

Les lois anglaise et écossaise sont remarquables dans l'instauration d'une autorité indépendante de surveillance, de contrôle et d'élargissement des placements involontaires, ainsi que d'un observatoire d'application de la loi. Autre fait remarquable dans ces deux lois : la notion de traitements psychiatriques "dangereux" et "dangereux et irréversibles" donnant lieu à un examen particulier avant administration avec le principe de la deuxième opinion, indépendante.

Ces principes communs sur le placement involontaire, au plan européen, sont consignés dans des arrêts de la Cour européenne des droits de l'homme et dans des recommandations du Parlement européen et du Comité des ministres de la santé du Conseil de l'Europe. Ces décisions d'instances européennes ont obligés certains pays à réformer leurs lois. Leur diversité malgré cela est le reflet des courants de pensée qui ont parcouru

pericolosità dipende da vari ordini di fattori, tra cui:

- la persistenza dei presupposti alienisti nelle concezioni psichiatriche di referenza;
- la persistenza delle dimensioni di misura di polizia e di sequestro.

Vorrei dire che la formula dell'articolo 2 della Legge 180 è ottima, perchè:

- scarta la nozione di internamento o di ricovero a favore di quella di trattamento sanitario;
- introduce la nozione di obbligatorietà dei mezzi di cura per il servizio interessato; parentesi: avrei voluto sviluppare questa questione dell'obbligo della cura, in mancanza di tempo aspetterò la discussione, se ci sarà su questo punto;
- ne fa una misura eccezionale o residuale.

Altre caratteristiche comuni sono da rilevare nelle legislazioni attuali dei paesi europei che denotano il miglioramento delle garanzie e dei progressi in materia di diritti e di protezione degli internati :

- rendere, in principio, più difficile il ricorso al ricovero involontario attraverso l'obbligo di due certificati medici per l'ammissione, o garantire la legittimità della decisione affidandola al potere giudiziario; tra parentesi, lo spazio dell'apparato giudiziario merita un'ampia discussione che non ho il tempo di sviluppare in questa sede;
- la limitazione dell'internamento nel tempo;
- il diritto all'informazione (così come al carattere confidenziale dell'informazione che lo riguarda), il diritto di sentire il parere di un medico, di un avvocato di sua scelta;
- lo sviluppo dei diritti di appello e di ricorso (diritti a volte accessibili a chiunque sia interessato alla persona ricoverata), e l'obbligo di rispondere entro un "lasso di tempo ragionevole";
- il controllo periodico e automatico, della misura.

Le leggi inglese e scozzese sono notevoli nell'instaurazione di una autorità indipendente di sorveglianza, di controllo e di allargamento dei ricoveri involontari, così come di un osservatorio sull'applicazione della legge. Altro fatto notevole in queste due leggi: la nozione di trattamenti psichiatrici "pericolosi" e "pericolosi e irreversibili" che danno luogo a un esame particolare prima dell'applicazione del trattamento con il principio della seconda opinione, indipendente.

Questi principi comuni sul ricovero involontario, a livello europeo, sono registrati nelle sentenze della Corte europea dei diritti dell'uomo e nelle raccomandazioni del Parlamento europeo e del Comitato dei ministri della Sanità del Consiglio dell'Europa. Queste decisioni di istanze europee hanno obbligato alcuni paesi a riformare le proprie leggi. La loro diversità, ciò malgrado, è il riflesso delle correnti di pensiero che hanno percorso la

l'histoire contemporaine de la psychiatrie, le reflet des pratiques réelles et des politiques professionnelles dominantes dans chacun de ces pays, le reflet de l'évolution du droit appliqué à ce domaine. Derrière chaque loi nationale on peut repérer quels groupes ont demandé, agi et obtenu la réforme de celle-ci.

Sur la question des droits des malades et handicapés mentaux, il est essentiel de ne pas la limiter aux problèmes du placement involontaire et du traitement contraint. Ainsi, la conception communément admise désormais que le handicapé et la personne présentant des troubles mentaux doivent en toutes circonstances être traités dans le respect de la dignité inhérente à la personne et de ses droits, a des conséquences également sur les hospitalisations et les traitements volontaires; cela exige une vigilance éthique même quand la loi édicte que lors d'une hospitalisation psychiatrique volontaire, le patient dispose des mêmes droits que tout malade hospitalisé pour une autre cause. Il s'y ajoute la question du consentement éclairé et du droit au refus de traitement; la question des traitements cruels, inhumains et dégradants; la question de la recherche et de l'expérimentation humaine; la question de la stérilisation; la protection contre toute forme d'abus, contre l'exploitation économique, sexuelle et autres; etc... Il y a ce que les déclarations internationales et les législations nationales désignent par l'obligation nationale de fournir les facilités nécessaires pour l'éducation, la formation professionnelle et l'emploi, les revenus, les loisirs et activités sociales et culturelles, etc..., mais aussi de fournir les prestations et services adéquats pour l'augmentation de l'autonomie et de la qualité de vie, la réhabilitation, pour garantir le droit de vivre et de travailler dans la communauté.

Il y a donc l'affirmation fondamentale que le handicapé mental, le malade mental doit jouir des mêmes droits que les autres êtres humains, avec cette restriction, qui pour le moins interpelle, "*dans toute la mesure du possible*".

6. Le droit à la santé est un droit fondamental de l'être humain. L'Etat a la responsabilité d'une politique qui doit assurer la santé pour tous et la santé de chacun. Le désir d'une réforme fondamentale de groupes de psychiatres et d'autres groupes de professionnels de la psychiatrie a conduit à un corpus commun des politiques de santé mentale en Europe, corpus ayant démarré en France et en Angleterre à partir de la fin des années 50. La base fondatrice est que toute personne présentant des troubles mentaux a le

storia contemporanea della psichiatria, il riflesso delle pratiche reali e delle politiche professionali dominanti in ciascuno di questi paesi, il riflesso dell'evoluzione del diritto applicato a questo campo. Dietro ciascuna legge nazionale si possono rintracciare i gruppi che hanno chiesto, agito e ottenuto la riforma della stessa.

Per quanto riguarda la questione dei diritti dei malati e portatori di handicaps mentali, è essenziale di non limitarla ai problemi del ricovero involontario e del trattamento coatto. In questo modo, l'idea ormai comunemente accettata che il portatore di handicap e la persona presentante dei disturbi mentali devono essere trattati, in ogni circostanza, nel rispetto della dignità inerente alla persona e dei suoi diritti, ha delle conseguenze, ugualmente, sulle ospedalizzazioni e sui trattamenti volontari; ciò esige una vigilanza etica anche quando la legge decide che nel caso di una ospedalizzazione psichiatrica volontaria, il paziente dispone degli stessi diritti che chiunque altro degente per altra causa.

A ciò si aggiunge la questione del consenso e del diritto al rifiuto del trattamento; la questione dei trattamenti violenti, inumani e degradanti; la questione della ricerca e della sperimentazione umana; la questione della sterilizzazione; la protezione contro ogni forma di abuso, contro lo sfruttamento economico; sessuale o altro; ecc... C'è quello che le dichiarazioni internazionali e le legislazioni nazionali definiscono sotto forma di obbligo nazionale di fornire le facilità necessarie per l'educazione, la formazione professionale e l'impiego, le rivenute, il tempo libero e le attività sociali e culturali, ecc., ma anche quello di fornire le prestazioni e i servizi adeguati per l'aumento dell'autonomia e della qualità della vita, per la riabilitazione, per garantire il diritto di vivere e di lavorare nella comunità.

E' quindi presente l'affermazione fondamentale che il portatore di handicap mentale, il malato mentale deve usufruire degli stessi diritti che gli altri esseri umani, con questa restrizione, che quanto meno fa riflettere, "*nei limiti del possibile*".

6. Il diritto alla salute è un diritto fondamentale dell'essere umano. Lo Stato ha la responsabilità di una politica che deve assicurare la salute a tutti e la salute di ciascuno. Il desiderio di una riforma fondamentale di gruppi di psichiatri e di altri gruppi di professionisti della psichiatria ha condotto a un corpus comune delle politiche di salute mentale in Europa, corpus che ha iniziato a formarsi in Francia e in Inghilterra a partire della fine degli anni 50.

La base fondatrice è che ogni persona che presenta dei disturbi mentali ha il diritto di ricevere

droit de recevoir les soins et l'aide appropriés à son état; les soins doivent être en concordance avec les mêmes standards que les autres malades. Notamment, les soins de santé mentale doivent faire partie du système de santé et d'assistance sociale et doivent être effectués au plus près du lieu de vie. En termes de services spécialisés, cela a signifié : la transformation de l'asile d'aliénés en hôpital psychiatrique, dont le nombre de lit et la place dans le dispositif de soins psychiatriques devaient diminuer; le développement de l'accès volontaire aux soins par la mise en place de l'hospitalisation libre et des soins et structures psychiatriques dans la communauté; le développement des soins psychiatriques dans les hôpitaux généraux et les centres de santé primaires. Malgré un puissant mouvement de nouvelles formes de prise en charge et des nouvelles législations de la santé mentale pronant cette politique, la "révolution psychiatrique" voulue après guerre n'a pu être finalisée. La première raison a été le non dépassement de l'hôpital psychiatrique. Sa rénovation en lieu de soin, en Europe sauf en Italie, n'a pas éliminé l'idée de stigmatisation et de ségrégation dans les représentations et la prise en charge des problèmes de santé mentale, a maintenu un système hospitalo-centré pesant de toute sa lourdeur bureaucratique, isolante, totalisante sur l'ensemble des structures dans le territoire, qui du coup sont venues en complément de l'hôpital psychiatrique plutôt qu'en alternative à celui-ci. Le mouvement de Psichiatria Democratica en Italie comme de nombreuses expériences locales, en particulier en France et en Espagne, ont démontré que le dépassement de l'hôpital psychiatrique et de la logique asilaire est nécessaire et possible, à la condition d'un service psychiatrique "fort" dans la communauté.

Il y a une nouvelle donne depuis les années 80, qui certes s'argumente de la modernisation de la psychiatrie, mais s'appuie en réalité sur des raisons économiques et rencontre le paradigme de la "psychiatrie industrielle".

Pour comprendre ce paradigme nouveau, il faut faire un détour par l'évolution de la médecine contemporaine. On sait qu'à partir du 18<sup>e</sup> siècle, l'hôpital, en plus d'être devenu un lieu de cure, est aussi un lieu de production du savoir médical et de formation médicale. On sait aussi que les progrès considérables des examens de laboratoire, des technologies médicales et de la pharmacologie ont rendu le diagnostic plus sûr - mais en a fait une fin en soi au détriment de l'attention à la sensibilité de chacun et à la clinique proprement dite - et le traitement plus efficace. Il en a découlé une spécialisation des médecins et une technologisation de la médecine qui a transformé

les cures et l'aide appropriés à son état; les cures doivent être en concordance avec les mêmes standards des autres malades. En particulier, les cures de santé mentale doivent faire partie du système de santé et d'assistance sociale et doivent être effectuées au plus près du lieu de vie. En termes de services spécialisés, cela a signifié: la transformation de l'asile d'aliénés en hôpital psychiatrique, in cui il numero dei letti e il posto nel dispositivo di cure psichiatriche dovevano diminuire; lo sviluppo dell'accesso volontario alle cure attraverso l'instaurazione della ospedalizzazione libera e delle cure e strutture psichiatriche nella comunità; lo sviluppo delle cure psichiatriche negli ospedali generali e negli ambulatori. Malgrado un potente movimento di nuove forme di assistenza e di nuove legislazioni della salute mentale esaltanti questa politica, la "rivoluzione psichiatrica" voluta dopo la guerra, non ha potuto essere finalizzata. La prima ragione è stato il non superamento dell'ospedale psichiatrico. Il suo rinnovamento in luogo di cura, in Europa tranne in Italia, non ha eliminato l'idea di stigmatizzazione e di segregazione nelle rappresentazioni e nell'assunzione dei problemi di salute mentale, ha mantenuto un sistema ospedale-centrico con tutta la sua pesantezza burocratica, isolante, totalizzante sull'insieme delle strutture del territorio, che improvvisamente sono divenute complemento dell'ospedale psichiatrico piuttosto che alternativa. Il movimento di Psichiatria Democratica in Italia come numerose esperienze locali, in particolare in Francia e in Spagna, hanno dimostrato che il superamento dell'ospedale psichiatrico e della logica asilaria è necessaria e possibile a condizione che ci sia un servizio psichiatrico "forte" nel territorio.

A partire dagli anni 80 c'è una nuova realtà, che giustifica se stessa con il discorso della modernizzazione della psichiatria, ma che in realtà si appoggia su delle ragioni economiche e si ricongiunge al paradigma della "psichiatria industriale".

Per comprendere questo nuovo paradigma, bisogna fare una deviazione nell'evoluzione della medicina contemporanea. E' noto che a partire dal 18<sup>o</sup> secolo, l'ospedale, oltre ad essere divenuto un luogo di cura, è anche un luogo di produzione del sapere medico e di formazione medica. E' noto anche che i progressi considerevoli degli esami di laboratorio, delle tecnologie mediche e della farmacologia hanno reso la diagnosi più sicura - ma ne è stato fatto un fine in sé a detrimento dell'attenzione alla sensibilità di ciascuno e alla clinica propriamente detta - e il trattamento più efficace. Ne è derivata una specializzazione dei medici e una tecnologizzazione della medicina che ha l'attività

médicale en grande entreprise; l'hôpital est logiquement devenu alors le pivot du système sanitaire; et aujourd'hui le discours prévaut que l'hôpital doit être géré comme une entreprise, comme une usine.

Pour la psychiatrie, on assiste à un engineering semblable à cette médecine industrielle. Si la médecine est bien une stratégie bio-politique ainsi que l'enseignait Michel Foucault, on peut légitimement rechercher ce que cela signifie.

La psychiatrie a toujours ambitionné d'être une science normale. Les grands progrès de la neurobiologie et les supposés progrès de la génétique des maladies mentales signeraient pour les tenants d'une psychiatrie biomédicale le retour à la pensée médicale fondée sur la fiction que toute maladie a un siège, que ce soit un organe ou une fonction altérée. Les progrès de la psychopharmacologie développent la tendance à ce que le traitement appliqué définisse le diagnostic. Même s'il n'y a pas les signes classiques de la dépression, si un traitement antidépresseur a été efficace, le diagnostic de dépression (atypique ou masquée selon le cas) est porté. Le Syndrome déficitaire, syndrome transnosographique, a été défini par rapport à la résistance aux psychotropes.

Cette question diagnostique se clôturerait de nouveau avec le DSM III R, qui se prétend athéorique et agnostique. On sait que le diagnostic est fonction du praticien (avec ses présupposés, sa théorie), du contexte, de l'approche utilisée et du but poursuivi. Or, le DSM III, avec son approche statistique (on pourrait dire statique), symptomatique et multi-axiale, sert notamment pour la définition de Groupes de malades homogènes et pour l'informatisation des dossiers des patients. Il conduit donc à un diagnostic "étiquette" dont le patient sera ainsi définitivement pourvu. Plus encore, il permet - ainsi que les différentes échelles de dépression, d'anxiété, etc. - la mise en place du Paiement prospectif par cas dit système de Fetter; les questionnaires s'y retrouvent donc. On mesure l'importance de confrontations des cliniques et des épistémologies, des modalités épistémopratiques par rapport aux grands systèmes opératoires qui se mettent en place.

Il y a cette démarche psychiatrique, qui veut se calquer sur la démarche médicale. Il y a également la question de la psychiatrie à l'hôpital général.

L'intervention de psychiatres à l'hôpital général (y compris des services de psychiatrie publique) et l'installation de services psychiatriques dans les hôpitaux généraux est une donnée générale valable aussi bien dans la perspective désaliéniste que dans celle de la modernisation de la psychiatrie.

trasformato l'attività medica in grande impresa; l'ospedale è allora divenuto, logicamente, il perno del sistema sanitario; e oggi il discorso che prevale è che l'ospedale deve essere gestito come un'impresa, come una fabbrica.

Per quello che riguarda la psichiatria, si assiste a un engineering simile a questa medicina industriale. Se la medicina è una strategia bio-politica, come insegnava Michel Foucault, si può legittimamente ricercare ciò che tutto questo indica.

La psichiatria ha sempre avuto l'ambizione di essere una scienza normale. I grandi progressi della neurobiologia e i supposti progressi della genetica delle malattie mentali, indicherebbero, secondo i sostenitori di una psichiatria biomedica, il ritorno al pensiero medico fondato sulla ogni malattia ha una sede, che sia un organo o una funzione alterata. I progressi della psicofarmacologia sviluppano la tendenza a che il trattamento applicato definisca la diagnosi. Anche se non ci sono i segni classici della depressione, se un trattamento antidepressivo è stato efficace, si redige la diagnosi di depressione (atipica o nascosta secondo il caso). La Sindrome deficitaria, sindrome transnosografica, è stata definita in rapporto alla resistenza agli psicotropi.

Questa questione diagnostica si chiuderebbe di nuovo con il DSM III R, che si pretende a-teorico e agnostico. Sappiamo che la diagnosi è funzione del medico (coi suoi presupposti, la sua teoria), del contesto, dell'approccio utilizzato e del fine perseguito. Ora, il DSM III R, col suo approccio statistico (si potrebbe dire statico), sintomatico e multi-assiale, serve particolarmente per la definizione di Gruppi di malati omogenei e per l'informatizzazione dei dossier dei pazienti. Esso conduce quindi, a una diagnosi "etichetta" di cui il paziente sarà, così, dotato definitivamente. Ancor più, esso permette - allo stesso modo che le differenti scale di depressione, d'anzieta, ecc... - l'instaurazione del "Pagamento prospettivo a diagnosi" detto sistema di Fetter; il che è ottimo per gli amministratori.

Esiste questo modo di procedere psichiatrico, che vuole ricalcarsi su quello medico. C'è in egual misura la questione della **psichiatria all'ospedale generale**.

L'intervento di psichiatri all'ospedale generale (compresi i servizi di psichiatria pubblica) e l'installazione di servizi psichiatrici negli ospedali generali è un dato generale valido tanto nelle prospettive disalieniste che in quella della modernizzazione della psichiatria.

En Italie, plus clairement qu'ailleurs parce que la loi décrète l'arrêt des admissions en hôpital psychiatrique et la programmation de leur fermeture, on voit s'opérer cette évolution selon ces deux axes, bien que le texte et l'esprit de la Loi 180 n'apparaissent clairs. Quand le service psychiatrique à l'hôpital général constitue le seul ou l'élément central du dispositif, le patient ne peut que se résumer à ses troubles mentaux aigus et à la réponse chimiothérapeutique adaptée; alors s'instaure un système de turn-over qui peut finir par appeler des solutions de relégation parce que si les malades mentaux sont des malades comme les autres, les maladies psychiatriques ne se traitent pas comme les maladies somatiques. Quand par contre - et c'est là l'apport des expériences italiennes historiques et du mouvement professionnel qui les porte - le service psychiatrique de diagnostic et de cure n'est qu'un élément d'un dispositif de lieux et de modalités de soins et d'assistance "hors les murs", le patient est pleinement dans l'accès au droit aux soins et à l'aide appropriés à ses besoins et à son état.

Là, il est question de penser aux risques d'écrémage des personnes présentant des troubles psychiatriques entre les traitables et les non traitables, entre ceux qui bénéficieraient de soins médico-psychiatriques et ceux qui soient seront placés dans des lieux de relégation ou qui seront abandonnés à la rue.

7. Confrontés à une situation aussi complexe et à ces nouvelles tendances des orientations et politiques de santé mentale, que conclure? Une psychiatrie nouvelle doit avoir le courage de se révolutionner. Elle se doit d'intégrer dans un mouvement positif les composantes anthropologiques, éthiques, cliniques et techniques du statut de la folie. Elle doit se fonder sur une éthique dont le phare doit être les droits de l'homme. Elle doit maintenir la ligne de tension de l'utopie concrète. Si nos aînés avaient raison d'affirmer que la législation psychiatrique est une codification technique de la conduite de la société à l'égard du malade mental et que cette conduite est déterminée par un état social donné, alors il faudrait retrouver une énergie sociale renouvelée pour la "révolution psychiatrique". Pour cela, il est nécessaire de relancer une réflexion méthodique des acteurs des transformations du traitement des problèmes de santé mentale. Le "Comité Européen : Droit, Ethique et Psychiatrie", pour les années à venir, veut s'y atteler, en invitant les partenaires intéressés à l'élaboration d'un Livre blanc de la psychiatrie et pour l'amélioration de la santé mentale en Europe.

In Italia più chiaramente che altrove, siccome la legge decreta la cessazione delle ammissioni in ospedale psichiatrico e la programmazione della loro chiusura, possiamo vedere operarsi questa evoluzione secondo queste due direzioni, nonostante il testo e lo spirito della Legge 180 mi paiono chiari. Quando il servizio psichiatrico nell'ospedale generale costituisce il solo o l'elemento centrale del dispositivo, il paziente non può che riassumersi ai suoi disturbi mentali acuti e alla risposta chemioterapica adatta; allora si instaura un sistema di turn-over che può richiamare soluzioni di relegazione perchè, se i malati mentali sono dei malati come gli altri, le malattie psichiatriche non si trattano come le malattie somatiche.

Quando invece - ed è qui l'apporto delle storiche esperienze italiane e del movimento professionale che le sostiene - il servizio psichiatrico di diagnosi e di cura non è che un elemento di un dispositivo di luoghi e di modalità di cura e di assistenza "fuori dalle mura", il paziente ha pienamente accesso al diritto, alle cure e all'aiuto appropriato ai suoi bisogni e al suo stato.

Il problema è di pensare ai rischi di "scrematura" delle persone presentanti dei disturbi psichiatrici tra i trattabili e i non trattabili, tra quelli che beneficiano di cure medico-psichiatriche e quelli che o saranno mandati in luoghi di relegazione o saranno abbandonati in mezzo alla strada.

7. Confrontati a una situazione così complessa e a queste nuove tendenze degli orientamenti e delle politiche di salute mentale, che cosa si può concludere? Una nuova psichiatria deve avere il coraggio di rivoluzionarsi. Essa deve integrare in un movimento positivo, le componenti antropologiche, etiche, cliniche e tecniche dello statuto della follia. Essa deve fondarsi su un'etica in cui i diritti dell'uomo costituiscano il faro. Se i nostri predecessori avevano ragione di affermare che la legislazione psichiatrica è una codificazione tecnica della condotta della società nei confronti del malato mentale e che questa condotta è determinata da un determinato stato sociale, allora bisognerebbe ritrovare una energia sociale rinnovata per la "rivoluzione psichiatrica". A tal fine, è necessario rilanciare una riflessione metodica fra tutti gli attori delle trasformazioni avvenute in questi anni nel settore della salute mentale. Il "Comitato Europeo: Diritto, Etica e Psichiatria", vuole consacrarsi, per gli anni a venire, invitando i partners interessati all'elaborazione di un Libro Bianco della psichiatria e per il miglioramento della salute mentale in Europa.

# LA RUPTURE INTERIEURE<sup>(1)</sup>

P. L. BRETECHER<sup>(2)</sup>

## INTRODUCTION

Placés en situation d'accueil de patients psychotiques, les soignants qui travaillent dans des centres de crise formulent souvent avec perplexité le constat suivant : leur temps d'intervention, ouverture ou reprise d'une démarche thérapeutique, coïncide rarement avec le déroulement pris dans sa globalité d'une crise vitale. Celle-ci est entamée en amont des rencontres. Elle se poursuit, parfois des semaines ou des mois, ailleurs, sur d'autres scènes et en présence d'autres interlocuteurs : scène banale du quotidien et/ou dispositif du champ thérapeutique.

La crise échappe donc à l'espace-temps spécialisé, conçu théoriquement pour aider à sa résolution. Pour rendre compte de cette contradiction apparente, il y a deux possibilités. Soit délibérément réduire la notion de "crise" à l'expression de quelques symptômes, ceux que les soignants voient quand ils tentent, aux lisières des pratiques établies, de renouer une relation. Soit réfléchir aux diverses acceptions du mot, pour saisir ses fondements anthropologiques et ses modes de déploiement. La première hypothèse s'ajuste à une définition technique, celle de l'accueil et des prémisses du soin. Mais elle risque d'y perdre le sens de l'objectif visé, situer la rupture et son dépassement dans l'histoire d'une vie. La seconde hypothèse à l'inverse doit permettre de retrouver cette perspective. Mais elle demande de mettre à jour les options philosophiques et les choix épistémologiques qui orientent implicitement la compréhension d'événements critiques à la limite du non-sens.

C'est cette seconde approche que je tenterai d'esquisser dans les pages qui vont suivre. Travail provisoire, et sans doute partiel, en apparence éloigné des terrains d'intervention mais pourtant destiné à mieux s'y repérer.

## I. LA 'CRISE' : SYMPTOME OU EVENEMENT DE L'EXISTENCE

### 1. Du regard médical à l'analyse et aux systèmes

En psychopathologie, l'idée de crise renvoie à plusieurs champs de compréhension. C'est peut-être son écueil. C'est sûrement ce qui rend cette notion d'un emploi si malcommode. Les psychiatres souvent préfèrent l'ignorer ou n'y voient qu'une approximation. La crise s'apparente pour eux aux décompensations, aux pathologies aiguës, aux paroxysmes du symptôme ou aux états d'urgence. La crise, tout au plus, serait une modalité de l'expression de la souffrance. Serait en crise celui qui, hors de lui, sans contenance et sans retenue, se verrait submergé par la force d'un mal. Décalquée des schémas médicaux, cette représentation assimile la crise à la mise en congé des fonctions subjectives. Une douleur ou une tension trop forte annihilent toute autre réaction que celle qui vise à s'en défaire. Gémissements, gesticulations incohérentes, désordre, crise de nerfs, épilepsie, explosion délirante, passage à l'acte.

Mais depuis longtemps cette conception "simili-médicale" a été remise en cause. Deux voies de recherche y ont contribué. La psychanalyse d'abord et, plus récemment, les investigations sur les groupes et les systèmes humains. Pour la psychanalyse, le symptôme critique, dont l'exemple historique est peut-être la grande crise d'hystérie, est une forme comme une autre de message crypté adressé à quelqu'un. Elle se manifeste dans le transfert et elle équivaut à un acte de parole dont le corps est le médium privilégié. A sa façon, elle dit le désir censuré à qui ne veut pas l'entendre. Elle dérange l'émetteur du message et son destinataire. Elle les force à reconnaître par quelle complicité ils ne veulent rien savoir de ce qui les unit. La crise-symptôme aurait donc force de contestation, c'est à dire de critique, au sens où on utilise d'ordinaire ce terme pour parler d'esthétique ou d'oeuvre de pensée. Mais elle reste une critique prudente, un compromis temporaire, un défoulement très défensif. Ses mises en scène ne font plus illusion. Sa dramaturgie destinée à susciter l'effroi ou la fascination, provoquer l'acte contre-transférentiel (médical ou psychiatrique) perd son pouvoir d'emprise. La crise redevient un symptôme comme

(1) article paru - avec des modifications - dans "SANTÉ MENTALE et COMMUNAUTE" (Québec, 1992)

(2) membre du CEDEP; directeur de la revue CHIMERES,

un autre, ni plus sérieux ni moins grave qu'un rite obsessionnel ou une phobie rebelle. D'une certaine manière, l'investigation psychanalytique semble donc avoir circonscrit la portée de l'expression critique tout en ouvrant à sa compréhension : situer sa place dans un discours dont les mots sont souvent à double sens, et parfois même remplacés par des gestes. Mais l'expression critique ne prend vraiment son sens que référée à un modèle structural du psychisme qui, en dernier ressort, donne la clé de son élucidation.

Toute autre est la perspective tracée par l'analyse systémique. La crise y retrouve une spécificité ainsi qu'un champ d'application beaucoup plus large. La crise d'un groupe familial, d'un ensemble social, d'un dispositif institutionnel, voire même d'une nation, est plus qu'un symptôme. C'est un temps remarquable. C'est celui où les structures vacillent, où le système annonce un changement, où se profilent les métamorphoses. La crise entre aux rubriques des phases évolutives. Elle devient une des figures des transitions complexes et, à ce titre, on lui accorde une attention privilégiée. La notion de crise devient alors trans-disciplinaire. Edgar MORIN, dans un article déjà ancien "Pour une crisologie", le montrait bien. Tous ceux qui s'intéressent aux formes du changement ne pourraient ignorer sa morphologie et ses potentialités. Les recherches en thérapies dites systémiques contribueront à les identifier. Leur épistémologie les prépare à recevoir et conceptualiser ce qui bouscule les homéostasies. En corollaire, se fera jour une exigence de rigueur. Parler de crise sera immédiatement suivi d'un ensemble de question : dans quel espace se déploie-t-elle? jusqu'où sent-on son influence? Quels sont ses protagonistes? quelles forces les animent? quels sont leurs buts, leurs stratégies de résistance, leurs manoeuvres contradictoires? enfin quel est l'enjeu du processus d'ensemble? Faute d'y répondre, on reviendrait aux vieilles approximations : méprise quant au poids des conflits a-critiques, leurre quant à l'appréciation des déchirements qui perpétuent le statu-quo, illusion sur l'effet des agitations sectorielles nécessaires à la survie des organisations.

## 2. Du bon sens à la phénoménologie

Ces réflexions à propos de la crise lui ont donné un nouveau lustre. Mais cet attrait pour sa portée heuristique ne surprend pas vraiment. L'idée de crise évolutive paraît somme toute assez commune et presque familière. On sent bien que cette connotation est déjà là dans le vocabulaire courant ("crise de croissance", "crise d'adolescence", "crise personnelle"...). A l'encontre du lexique médical, la philosophie spontanée la reconnaît comme une étape de l'existence. Trop longue pour n'être qu'un symptôme, trop entière pour laisser hors conscience son vécu incertain, trop prenante pour n'être qu'un épiphénomène dans l'histoire de chacun. Quiconque revient sur son passé sait resituer les dates, décrire ces temps de grande

remise en cause. Ils jalonnent et scandent chaque itinéraire. Ils s'accordent mal des séparations établies du normal et du pathologique. Celui qui perd ses points de référence, qui se sent envahi par des forces qu'il ne reconnaît pas, se demandera souvent : est-ce lui, est-ce le milieu ou bien la réaction des autres qu'il faut incriminer? Où commence l'anormal et à quoi l'imputer? Cette incertitude est inhérente aux crises vitales. Souvent dite en mots simples, elle indique un mystère. Pour ceux qui s'y arrêtent, elle ouvre des problématiques : celle de la "folie normale", celle des confrontations aux limites du soin, et surtout celle concernant ces mécanismes étranges qui font que certains "en reviennent", ou franchissent un passage tandis que d'autres basculent vers un monde éloigné. Ce sont donc des questions triviales, en apparence, mais qui ramènent au coeur de la psychopathologie. Car, en réalité, elles obligent à se pencher sur ce qu'est l'histoire d'une existence, le sens qu'on lui accorde, à penser ses temporalités, à situer ses événements majeurs et à réfléchir au rapport intime que chacun entretient avec sa propre folie. Le sens commun nous conduit donc vers l'analyse existentielle et, ainsi, progressivement, pour ne pas en rester aux fascinations mimétiques de la compassion ou de l'empathie, nous amène à rencontrer la réflexion des phénoménologues. L'écoute de la plainte nous y convie.

Dès lors, pour mieux expliciter l'idée de crise, plusieurs éclairages semblent nécessaires. La première interprétation "restrictive" de la psychanalyse, soumise aux interrogations de la phénoménologie, pourra être reformulée. Et cette formulation, plus fondamentale, entrera en résonance avec d'autres propositions issues des terrains de recherche, initialement sans rapport avec elle, pour donner du processus critique une représentation plus cohérente.

Le point de rencontre de l'investigation psychanalytique et phénoménologique, mieux que par tout autre, est posé par BISWANGER. FEDIDA le rappelle. Pour échapper à la banalité, la notion de "crise" doit être mise en regard de "l'histoire interne du sujet". Et cette histoire interne ne se résume ni à ce que l'on connaît de l'anamnèse, ni à la biographie. L'anamnèse récapitule le développement progressif d'un mal. C'est l'histoire d'une maladie, une description chronologique de sa symptomatologie. La biographie déroule l'enchaînement des faits et gestes de toute une vie. Elle les plie à une trame narrative, celle d'une personne prise par le mythe de la représentation unifiée de soi-même. L'histoire interne est celle des événements majeurs de l'existence, au-delà de la surface plane des masques quotidiens. Pour reprendre les termes de Biswanger, commentés par MALDINEY, : "*l'histoire intérieure de la vie se constitue à travers la vie comme genèse de la forme dans laquelle la motivation se constitue*". C'est donc une histoire réfléchie par celui qui peu à peu tente de saisir ce qu'il n'en comprend pas, ce qui échappe à l'apparence des causalités simples...

Histoire tâtonnante, reconstruite dans l'interlocution avec le clinicien, que sa position de soignant prémunit contre la tentation de comprendre trop vite. Car saisir l'histoire interne suppose d'approcher ce que Biswanger appelle "Projet du monde", c'est à dire une certaine façon d'appréhender l'expérience et de lui donner une signification. Expérience sensible d'une mise en forme personnelle du temps et de l'espace, pour soi. Expérience d'une manière d'être en relation, en contact. Expérience d'un modelage de sa surface personnelle pour recevoir ce qui vient à soi. Expérience des limites, des bornes, des repères, des frontières auxquelles on croit tenir... Cette idée de l'expérience suppose donc qu'existe un "JE", un être doué de conscience qui perçoit, enregistre et décompose les événements qui lui arrivent. La réalité dont on parle est toujours une réalité particulière, c'est à dire ce qui s'impose à l'évidence pour ce "JE". Ce n'est pas la réalité du psychiatre qui perçoit de l'extérieur la folie de l'autre comme phénomène, mais ce que le psychiatre peut comprendre comme événements phénoménaux pour l'autre. Et ces événements ne sont pas juxtaposés comme des noyaux, des fragments de réalité sans suite. Ils n'ont de consistance qu'articulés au temps, à ce qu'on sait dans une histoire.

L'histoire interne n'est donc pas une narration ordinaire. Son récit revient sur ses propres points d'inflexion, ses permanences, ses lignes de force, ses ruptures, son mouvement. Sa tonalité aussi signifie quelque chose. Tous ces indices indiquent un sens, à retrouver et à transmettre.

*"On voit qu'il ne s'agit pas ici d'une connexion réelle d'expériences vécues, psychéiques, réelles; il ne s'agit donc absolument pas de l'être vécu ou de la réalisation d'expériences vécues; mais qu'il s'agit de connexion de sens dans laquelle les expériences vécues, intentionnelles, se trouvent sur la base de leur teneur intentionnelle."*  
Biswanger, "Apprendre, comprendre, interpréter en psychanalyse" in "Discours, parcours et Freud" , Gallimard, Paris 1970.

Les données de départ, on le voit, ne sont pas tant le vécu en tant que tel, que ce que l'on peut en dire, et donc, pour le psychiatre, en comprendre.

## II. L'EXPRESSION DE L'EVENEMENT

### 1. Le langage et l'affect

Ce qui peut sembler, là, une évidence (pour qu'il y ait interprétation et recherche du sens, il faut que quelque chose soit dit. L'interprétation du silence conduit à s'égarer vers des pistes indécidables ) n'est pas sans quelques difficultés. C'est toute l'ambiguïté de la démarche phénoménologique, ambiguïté revendiquée d'ailleurs, puisque jugée inhérente au mouvement de pensée revenant sur elle-même pour décrire l'expérience sensible, à l'origine de toute connaissance.

Ces difficultés sont de plusieurs ordres : la plus manifeste tient sans doute à la signification du mot "sens", à partir du moment où il est employé dans des formules peu courantes, telles que "sens d'une expérience", "sens d'un vécu", ou d'un "projet du monde". D'ordinaire quand on parle du "sens", on évoque le sens d'un mot, d'une phrase, d'un énoncé. Une émotion, une perception, une sensation sont ressenties ou éprouvées. On peut les qualifier d'un mot pour les connaître, les analyser, les décomposer, les faire savoir ou en garder un souvenir communicable. Mais une émotion qui ne serait pas nommée, un vécu non descriptible, ne signifient rien du tout.

D'autre part, leur désignation, et leur formulation selon le contexte, posent bien évidemment tous les problèmes communs à l'interprétation des énoncés.

Par exemple, si l'on dit "je suis angoissé", c'est une information précise sur un état mais, selon le contexte, cela peut vouloir dire beaucoup plus que simplement traduire cet affect. Ce peut être tout aussi bien une invite à dialogue, une manière d'attirer l'attention d'autrui, une fin de non-recevoir ("laissez-moi tranquille, je suis angoissé") ou même une prescription pragmatique dans le cadre d'une relation codifiée ("je suis angoissé", sous-entendu "il faudrait que vous me donniez un médicament pour me calmer"). Mais supposons que l'on prenne cette phrase seulement sous sa forme de plainte. Le sens premier de l'expérience vécue que l'on y décèlera sera bel et bien ce que met à jour le langage, c'est à dire la capacité de donner un nom précis à une tension, à une souffrance interne, brutale et dérangement. Donc, ce qu'indique cette formule "je suis angoissé" est tout autant une position subjective par rapport à ce que l'on éprouve ("je suis en mesure de qualifier ce qui m'arrive de telle manière") qu'un vécu original, dont l'essence ne peut être comprise si l'on ne dispose pas de mot pour la définir. Or, les mots choisis pour nommer ce vécu peuvent être très différents. Plutôt que de dire "je suis angoissé", on peut se plaindre d'éprouver une sensation d'étouffement, se plaindre de trembler, de ne pouvoir tenir en place, ou encore même tout simplement se dire tendu, crispé ou énervé. Le choix de telle ou telle formulation oriente nécessairement la recherche du sens, l'origine et la signification de ce qui se passe. Supposons encore -la plainte étant "je suis angoissé"- que l'on veuille savoir si cette expérience, qui vient de celui qui l'a dite, peut être un peu plus précise, c'est à dire si le choix de ce terme implique une idée quant à la genèse de son état.

Le mot "angoisse" n'est pas anodin et porte avec lui tout un cortège de représentations qui facilement s'imposent à l'esprit, au point de redonner parfois l'impression d'une certaine rationalité à ce qui, d'évidence, ne va pas de soi. L'analyse de ce qui se passe, les corrélations établies entre l'expérience présente et les événements qui la surdéterminent, prendront

peut-être la forme d'une sorte de "version officielle" de l'histoire, tributaire des schémas d'explication que la culture propose. Ce n'est pas pour autant que l'expérience "être angoissé" pourra être jugée plus ou moins vraie, plus ou moins authentique.

Si l'on nous dit, par exemple, "je suis angoissé parce que demain je vais passer un examen, capital pour moi, et j'ai peur d'échouer, d'autant qu'un membre du jury est, je le sais, impitoyable..." , deux attitudes sont possibles : soit juger l'explication suffisante parce que commune et simplement compréhensible par "empathie", soit penser, qu'après tout, ces propositions n'expliquent pas grand chose. On ne sait pas qui est cette personne qui souffre alors qu'elle doit affronter une échéance décisive. En quoi une épreuve fait-elle jouer, à l'avance, une représentation de l'échec ? Quels ont les points de résonance que mobilise la pensée du correcteur redoutable ? En quoi cette situation d'attente anxieuse évoque-t-elle d'autres situations difficiles, déjà rencontrées dans le passé ? etc...

L'ennui est que, si, dans le premier cas, l'explication trop simple, trop réductrice ne paraît pas satisfaisante, dans le second, elle est contradictoire. Pour atteindre l'essence même d'un vécu, pour comprendre ce que signifie "être angoissé" pour celui qui s'en plaint, la réflexion s'ouvre à des analyses illimitées. Comment conclure que la tonalité de ce vécu se qualifie nécessairement de tels ou tels attributs ? Comment savoir si ce vécu est une caractéristique essentielle d'un état pathologique ? Comment prouver qu'il est le même chez tous ceux qui souffrent de la même affection ?

La démarche compréhensive et réflexive de la phénoménologie pose donc une double question. D'abord, celle qui a trait à la possibilité de traduire l'expérience, de lui donner un nom, de trouver le langage adéquat à sa compréhension par soi-même, et par les autres. Ensuite, celle de l'interprétation secondaire de cet énoncé, c'est à dire la faculté de savoir en quoi le récit d'une expérience banale, ou limite, est le propre d'une vision du monde très particulière, d'un vécu intime très spécifique, signe, autant que conséquence, d'un état pathologique.

## 2. L'interprétation de la rupture

C'est vers une autre piste que nous conduit H. Maldiney. Le sens dont il est question est d'abord un sens-direction, avant d'être un sens-signification. Plus exactement, ce qui importe c'est de percevoir la correspondance de l'un à l'autre, aux prémisses de l'interprétation. Car, dans la langue, sont perceptibles des forces corporelles, sensorielles, des gesticulations de pensée et des mouvements vitaux. Mouvements de prendre, de se rétracter, de se confiner, d'aller vers, de dévoiler par le geste l'intention qui s'effectue. Les mots s'en font l'écho et les jeux de langage le manifestent par leur rythme, leur sonorité, leurs saccades, leurs

tons, leurs articulations autant que par leur contenu sémantique. Dans les propos énoncés, les métaphores s'interprètent alors à la manière dont on perçoit le sens d'un poème ou dont on "comprend" l'effet d'une toile, ou l'impact d'une musique. Cette compréhension n'est donc pas une explication. Elle permet l'interférence des signes, elle invite à se laisser toucher, et porter, par ce qu'ils indiquent : la fusion, le doute, l'inquiétude, l'harmonie, l'effraction, l'accablement, la paix, l'envol ou la chute. C'est un recueil d'impressions, dont les principes interprétatifs, bien qu'issus d'une tout autre tradition que celle de C.S. PIERCE, pourraient être comparés aux siens (\*1)

Ce point de vue, qui privilégie la compréhension de l'intimité de l'existence, donne à l'événement une place de premier plan. Mais le mot "événement" n'a plus, ici, son acception habituelle. Il ne désigne plus les petits faits que l'on remarque au jour le jour, ni les nouvelles ou informations, aussi spectaculaires soient-elles, dont on prend connaissance quotidiennement. Ces faits ordinaires sont les indices de la continuité. Ils ne la remettent pas en cause. Ils la confortent. Ils sont le matériau des récits préétablis. Ils prouvent le bien fondé de l'évidence. Leur compréhension est pratiquement donnée d'avance.

Même chose en ce qui concerne les faits d'une bien plus grande ampleur, quand le bruit du spectacle du monde reste à distance de celui qui le reçoit. L'événement se confond alors avec une abstraction désincarnée, incorporelle, inffective, la raison n'y est pas mise en défaut. Au contraire, elle évalue, calcule, compute, ou se met au repos et se laisse fasciner. Rationalisation, mise en perspective des causes et des effets, des actions et des réactions, classement des facteurs déclenchants, ou commentaires répétitifs.

L'événement dont nous parlent Biswanger, ou Maldiney, est beaucoup plus singulier. Eprouvé dans un contexte existentiel unique, il dévoile l'inaperçu, l'impensé et les limites de la situation où il surgit. Il fait douter, met à l'épreuve l'unité du sujet, creuse un écart entre la logique des croyances et la sensation immédiate.

C'est en ce sens, que la crise est sans doute un événement majeur. Elle en représente probablement le paradigme. C'est un comportement à l'extrême de l'existence, l'installation dans un présent dont les intensités signifiance s'approchent du non-sens, dont le trop plein d'images annonce l'effacement. C'est un temps sans mesure, un apparaître qui échappe aux visées objectivantes. On le remarque de l'extérieur par ses effets, ses heurts, ses éclats. Mais on sait qu'il s'agit avant tout d'un mouvement interne : une subjectivité s'éprouve vaciller tout en reconnaissant que ce vacillement est encore le signe d'une vie qui se sent menacée de disparaître.

Dans un article sur la "crise", le mathématicien René THOM confirme cette approche. Rencontre surprenante a priori. On sait que ses

préoccupations, en apparence, sont toutes autres, puisque ses travaux formalisent les morphogenèses, et les évolutions brusques, dans les systèmes dissipatifs. Modélisation des "catastrophes" asubjectives et des sauts irréversibles de part et d'autre d'un point critique. C'est une manière de se représenter objectivement l'état des choses et quelques unes de leurs évolutions remarquables. Ces descriptions s'appliquent aux changements physiques (rupture de la courbe d'une vague) ou bien, dans le cas des êtres vivants, à leurs comportements, c'est à dire aux signes qu'ils émettent pour un observateur. Dans cette éventualité, la vie interne ou le psychisme s'apparentent à une boîte noire. Ce qui se passe à l'intérieur n'a pas besoin d'être connu. L'observateur prend acte des franchissements de seuil, à un instant donné, et des passages irréversibles. Cette idée de l'irréversibilité fait immédiatement écho. Pour l'observateur scientifique, c'est une nouveauté au regard des théories de la mécanique classique. Mais plus profondément, en lui, comme en tout homme, c'est le rappel d'une finitude. Il en sait quelque chose, il l'imagine, la redoute ou l'apprivoise, à son sujet ou au sujet d'autrui, ou de l'environnement commun. Elle est indissociable d'une réflexion sur l'existence, et sa rencontre est rarement neutre; quelque soient les mots qui la disent (psychologisme simple, métaphysique ou poésie...) ils cherchent à énoncer des certitudes fondamentales. Elle impose une transgression (désir d'ouvrir et d'observer la boîte obscure du psychisme...), ou un changement de perspective : reconnaître à l'événement "critique" une spécificité. René Thom opte pour cette dernière proposition. Pour lui, "est en crise tout sujet dont l'état, manifesté par un affaiblissement, apparemment sans cause, de ses mécanismes régulateurs, est perçu par le sujet lui-même comme une menace à sa propre existence...". On notera que des locutions comme "sujet", "perçu par lui-même", "menace à sa propre existence", ne sont pas sans relation avec ce que travaillent les problématiques de la phénoménologie. Chaque terme pourrait donner lieu à un commentaire philosophico-anthropologique, tant la science ne peut seule les circonscrire.

### 3. Les témoignages de la clinique

Pour la psychopathologie, on voit bien quels en sont les enjeux. Analyser le vécu de la crise permet de percevoir comment nous recevons, nous accueillons un événement existentiel, toujours proche de la folie, ou englobé par elle, et quel crédit nous accordons à la lutte subjective pour échapper à l'emprise d'un danger vital.

On pense alors, précisément, au témoignage que nous donnent les patients au surgissement des troubles, quand l'étrangeté de ce qu'ils vivent leur devient incompréhensible. La crise existentielle dont ils font part n'est pas le mal être dont ils se plaignent. Ce n'est pas non plus l'ensemble des signes que recense le nosographe. L'indice de la

crise est plutôt décelable dans leur effort de penser l'impensable pour lui donner un cadre provisoire, une forme plus ou moins transmissible. C'est cette activité de se représenter, et transmettre au présent, ce que sont les fils épars d'une histoire obscure, qui témoigne de la tension pour préserver un sens alors que tout paraît en voie d'altération. Comme le note FOUCAULT :

*"la conscience que le malade a de sa maladie est rigoureusement originale. Rien n'est plus faux sans doute que le mythe de la maladie mentale, maladie qui s'ignore; l'éloignement qui sépare la conscience du médecin de celle du malade n'est pas mesurée par la distance qui sépare le savoir de la maladie de son ignorance. Le médecin n'est pas du côté de la santé qui détient tout savoir sur la maladie et le malade qui ignore toute chose sur elle-même, jusqu'à sa propre existence. Le malade reconnaît son anomalie et lui donne pour le moins le sens d'une irréductible différence qui le sépare de la conscience et de l'univers de l'autre. Mais le malade, aussi lucide qu'il soit, n'a pas sur son mal la perspective du médecin. Il ne prend jamais cette distance spéculative qui lui permettrait de saisir sa maladie comme un processus objectif se déroulant en lui, sans lui; la conscience de la maladie est prise à l'intérieur de la maladie; elle est ancrée en elle et, au moment où elle l'aperçoit, elle l'exprime. La manière dont un sujet accepte ou refuse sa maladie, la manière dont il l'interprète et dont il donne signification à ses formes les plus absurdes, tout cela constitue une des dimensions essentielles de la maladie."* in "maladie mentale et psychologie", Paris, 1954.

Foucault, pour illustrer ce qu'il avance, cite les analyses, très connues, de WIRSCH, à propos des "schizophrénies aiguës". Wirsch, en effet, s'appuie sur ce que disent les patients au début de leurs troubles pour établir une classification, un peu différente de ce à quoi s'attache d'ordinaire la sémiologie? Cette classification repose sur la perception interne de la maladie et non sur le recueil des symptômes tels que l'observateur les répertorie. Il prête attention à ce qui est mis en forme, à ce qui est plus ou moins rationalisé, pour nommer et comprendre des sensations, impressions, et pour les articuler dans un réseau explicatif. On y voit, au moins, un mode de préservation de la fonction subjective qui maintient un sentiment de continuité du soi, malgré des menaces d'effondrement.

Cela l'amène à présenter, par généralisations approximatives, quatre manières d'intégrer le mal à la trame existentielle :

- l'objectivation corporelle de la maladie, vécue comme un trouble essentiellement somatique, une souffrance accidentelle qui n'ébranle pas l'expérience psychologique personnelle. Tout le souci porte sur les sensations physiques inhabituelles. Toute l'angoisse se fixe à cette représentation du mal. Toute l'attention se porte sur le déchiffrement des symptômes dont le mystère même reste une des meilleures protections.

- l'explication de la souffrance personnelle par la construction d'une histoire dramatique, d'un destin impitoyable. Les impressions de persécution, d'humiliation, d'échec sont réexaminées, passées au crible de la raison, et, finalement, justifiées puisqu'il est possible de démontrer qu'il y avait, de la part des autres, consciemment ou non, volonté de nuire.

- paradoxalement, explication du trouble et du malaise par l' inexplicable. Les souffrances éprouvées, les transformations corporelles ressenties, échappent à la logique commune. Des forces surnaturelles en sont à l'origine. Personne n'y peut rien. Le patient, seul, en a la révélation. Lui seul, aussi, pourrait les combattre, s'il en avait la force, s'il pouvait les identifier, s'il avait la disponibilité d'esprit pour comprendre leurs mécanismes et leur origine.

- la souffrance à l'état brut, au bord du naufrage, aux limites de la désintégration, dans une solitude désertique. La conscience de survivre se confond avec celle de la blessure, de l'épuisement, de la disparition imminente de tout repère, de la proximité du crépuscule.

### III. L'APPROCHE DES EXPERIENCES LIMITEES

Cependant, ces premiers constats restent encore insuffisants. L'interrogation amorcée à propos de la crise, en suivant le chemin de la phénoménologie, doit nous conduire encore plus loin. Les classifications de Wirsich et le commentaire de Foucault privilégient toujours la recherche du sens selon des scénarios narratifs attendus. La généralité et la singularité du processus critique n'y apparaissent peut-être pas avec toute leur force. Généralité du projet de tout homme qui cherche une assise à la confirmation de son être en-deçà des discriminations de la raison et de la folie; singularité de ce qui se découvre quand les schèmes pré-formés de l'entendement n'ont plus leur ancienne stabilité.

Le premier point, d'ailleurs, a fait l'objet de plusieurs controverses auxquelles les philosophes ont volontiers prêté leurs arguments. Le second point rencontre les préoccupations des psychanalystes dont l'approche clinique s'est enrichie de l'interrogation des phénoménologues.

#### 1. Pensée de la folie et folie de la pensée

La controverse philosophique tient pour l'essentiel aux conséquences du retour au Cogito cartésien, par le biais de l'intérêt porté à l'égologie transcendantale de HUSSERL. On connaît la formule cartésienne "Cogito ergo sum", et surtout la méthode qui permet de parvenir à l'établissement d'une certitude concernant l'essence de la pensée. On peut y voir une sorte de modèle de la crise de la raison qui, travaillant le doute qui l'assaille, l'utilise pour écarter toute connaissance usuelle et retrouver ce qui la fonde. C'est en quelque sorte l'exemple magistral d'un

raisonnement aux confins de la folie. Or c'est précisément ce voisinage qui donnera lieu aux commentaires divergents : jusqu'où peut-on suspendre les constructions de la raison pour discerner sur quoi elles prennent appui ? Est-ce une dernière ruse de la raison à l'encontre du non-sens et de la folie, ou bien est-ce ce qui donne à la folie les raisons de s'affirmer comme recherche du sens et comme force de vie ?

Un tel débat est avant tout celui des philosophes. Mais des réponses qu'il nous proposent, on doit tirer les conséquences. Si DESCARTES et la postérité de ses commentateurs disjoignent, par hypothèse, cogito et folie, alors l'analyse de la crise, quelque en soient les éclairages phénoménologiques, ne s'applique plus au délire ni à l'effort pour exister face aux menaces de dissociation. On doit trouver d'autres formes de compréhension ou de description, s'en tenir au positivisme ou, beaucoup plus radicalement, laisser la folie à elle-même dans son altérité définitive. En revanche, si, comme le suggère DERRIDA, dans un commentaire d'un passage de "l'histoire de la folie" de Foucault, la méthode cartésienne n'exclue pas la pensée la plus trouble, ou dominée par l'illusion, alors toute crise, dans son déploiement, reste ouverte à la compréhension et à la reconnaissance, malgré son hermétisme. La folie n'est peut-être qu'un cas de figure particulier de la pensée en général :

*" Il (le cogito) est le point où s'enracine le projet de penser la totalité en lui échappant. En lui échappant, c'est à dire en excédant la totalité, ce qui n'est possible -dans l'étant- que vers l'infini ou le néant: même si la totalité de ce que je pense est affecté de fausseté et de folie, même si la totalité du monde n'existe pas, même si le non-sens a envahi la totalité du monde, y compris le contenu de ma pensée, je pense, je suis pendant que je pense." Derrida, "cogito et histoire de la folie", Paris, 1964*

En fait, c'est sans doute cette généralité qui oriente la rencontre, le souci du contact d'autrui et l'accueil de son désarroi. L'autre éloigné de moi, parfois au bout de son repli, continue à me faire signe. Sa recherche ne m'est pas totalement étrangère.

#### 2. Les recherches en cours : l'inconscient en temps de crise

Cette élucidation qui, par sa généralité, préserve le sens de l'intersubjectivité au plus fort des événements critiques, ne permet pas pour autant de les banaliser, ni de gommer leur singularité. La crise déjoue les identifications réciproques ou les assimilations mimétiques. Le sentiment "d'être", auquel l'épreuve donne accès, est pris dans un mouvement qui porte l'étant hors de soi, jusqu'à l'indécidable, c'est à dire aux paradoxes de la présence. Comme le note H. Maldiney : " la crise révèle l'existence en ce que par elle le sujet se trouve placé devant une tâche : la suppression de sa forme finie". Cette mise en demeure est une contrainte à l'impossible. A l'impossible, nul n'est

*tenu, sauf précisément l'existant qui ne peut être au regard de l'étant qu'impossible. Car jamais l'étant pris en lui-même ne peut donner lieu à la contradiction constitutive de l'existence : d'être soi, hors de soi, sans avoir à sortir "... in "crise et temporalité dans l'existence et la psychose", Toulouse, 1990.*

Le temps de crise est donc celui d'une turbulence animée d'un mouvement contradictoire, d'une part sortir des contenance, se risquer à la découverte d'un nouvel horizon, mais d'autre part se sentir à la merci des forces de fracture, ou des processus de déliaison qui approchent l'incohérence. Cette tendance au débordement peut être comparée à une vaste réaction analytique. Ce qui, d'ordinaire, paraît massif, compact, totalisé, se défait par morceaux ou selon des lignes remarquables. Les soutènements ou la charpente de l'espace personnel, les unités de mesure de son temps, les éléments d'articulation de sa vie propre, son système de représentation deviennent perceptibles en se désagrégant. Travail spontané qui évoque la métaphore freudienne de la chimie analytique. Les impasses d'un parcours existentiel, les fragilités des constructions personnelles n'ont plus besoin de déguisement pour se montrer. Elles se disent, se crient ou s'agitent à ciel ouvert. Le refoulé, le non-su, les zones obscures, les fantasmes silencieux se précipitent pour battre en brèche le moi conscient, illusoire et volontaire. Les forces pulsionnelles rompent les barrières qui les retiennent et trouvent d'autres objets instables auxquels s'appliquer. C'est une sorte d'auto-analyse sauvage, nullement intentionnelle, et qui tend à se méconnaître dans les frayeurs des conséquences qu'elle pourrait impliquer.

En revanche, les analystes n'y sont pas restés indifférents. Ils ont compris l'intérêt de ces "moments féconds". A la description "restrictive" de la crise-symptôme, ils ont compris que l'on pourrait en substituer une autre, celle de la crise comme temps de remaniement privilégié. Plutôt qu'un décryptage d'une décharge ou d'un agir instantané, l'analyse de la crise devrait être la prise en compte d'un processus de plus longue durée. C'est ainsi que l'on verra Didier ANZIEU analyser les processus de création dans leur correspondance avec les crises existentielles, ou encore FEDIDA argumenter la spécificité de la psychopathologie en référence à la compréhension de ces périodes de cataclysme. Dans le même mouvement, René KAES tentera de mettre en relation les thématiques prévalentes du vécu de la crise avec les conjectures de la métapsychologie. Mise en exergue des problématiques de la délimitation, dans l'un et l'autre cas. Ainsi aux thématiques de :

- l'espace personnel, la solitude, la perte et l'appartenance
- la scansion temporelle, l'instant, l'événement, l'intervalle et l'histoire
- l'assimilation, la hiérarchisation des niveaux de pensée, la mise en ordre par le langage, ses articulations, sa logique et sa grammaire correspondraient :

- la crainte de la désillusion par rupture des liens symbiotiques fondamentaux, la terreur des intrusions dans l'espace psychique mal différencié
- l'épouvante de l'irréversible, de l'histoire orientée vers la mort, au profit d'un retour au "Nirvanâ" sans durée, d'un agir, d'une décharge motrice sans mémoire et sans avenir
- la hantise des discriminations du logique et de l'illogique, du vraisemblable et du magique, de l'humour et du sérieux et qui, toujours selon Kaes, peuvent se regrouper sous les problématiques métapsychologiques suivantes :
- l'union-séparation et le problème de l'espace transitionnel (cf. WINNICOTT)
- le continu-discontinu et le problème du cadre (cf. BLEGER)
- l'articulation contenant-contenu et le problème du conteneur (cf. BION).

Ces problématiques singulières de la crise annoncent son développement ou sa tournure mais ne disent rien de son dénouement. Par définition, on ne peut en préjuger. C'est toute l'ambiguïté du phénomène mais aussi ce qui la rend si difficile à reconnaître et interpréter. Car le temps de crise est celui d'un entre-deux. C'est un temps de passage, un moment de décision. On ne doit pas le confondre avec l'effondrement de ce qui "tient le sujet" au cours de son évolution. Même si la catastrophe est pressentie, presque réalisée, parfois vécue à tort comme étant déjà là, le mouvement, d'un processus instable, dément cette illusion : ce qui s'exprime dans le registre psychotique n'est pas fixé selon un style déterminé. Les mécanismes de capture, de conquête, de dévoration, d'expulsion, de projection, d'identification massive ou fragmentaire, traduisent toujours le désir d'atteindre une autre stabilité, de circonscrire une autre forme de délimitation. Ce n'est que quand elles sont trouvées que l'on peut dire que la crise est achevée. C'est également ce retour au stationnaire qui permet de décider si la crise a eu lieu : construction d'une nouvelle carapace, tracé d'une nouvelle frontière, création de nouveaux mythes, vision de nouvelles perspectives indexées à de nouveaux horizons.

Toutes les discussions sur la crise, son existence et sa validité, s'appuient sur ce constat : elle se vit au présent sans se connaître et n'est reconnue qu'a posteriori, quand un chemin original a été découvert. D'où l'idée de contester sa pertinence en psychopathologie avec la tentation de revenir à des schémas beaucoup plus traditionnels : opposer psychose et crise, et postuler qu'un schizophrène ou un paranoïaque, par défaillance fondamentale, ne peuvent jamais éprouver d'autres mouvements vitaux qu'une alternance abrupte de catastrophes, délirantes ou dissociatives, et de reconstructions précaires. Modèle orthopédique du soin et de l'étayage forcené, dont le recours systématique à des notions comme celle de "décompensation" est sûrement un indice. Un défaut primordial du sujet ne lui permettrait jamais de métaboliser

l'événement existentiel autrement que par la mise en place de défenses cataclysmiques. L'observation clinique quotidienne accrédite parfois ce réductionnisme pessimiste ou, de la part des soignants, un laisser-aller vers une forme de fatalisme. Pourtant, si, comme le remarque très justement RACAMIER, nous avons plus souvent affaire à des accès qu'à des crises authentiques, "*La crise constitue un processus normal... l'accès, lui, est purement pathologique...il est le fruit, souvent répétitif, d'une crise qui s'enclenche et qui n'aboutit pas...*", la recherche d'un sens à l'expression critique nous positionne malgré tout différemment. Aucune certitude ne nous permet de postuler que de la répétition d'accès, dont seule la conclusion diffère de la crise, ne viendra pas une ouverture. C'est peut-être ce qui justifie la poursuite de notre travail à long terme. Les accès répétés ne sont-ils pas ces "pseudo-solutions" (au sens de René Thom) à des crises à venir. D'où la question sans cesse renouvelée : en quoi, pour tel sujet, l'événement critique, comme événement majeur, ne peut-il prendre place dans l'auto-perception de son propre devenir.

Comme le note Henry Maldiney, dans l'élan initial de la crise s'exprime un appel à l'ouverture, et s'effectue un geste pour se mouvoir au-devant de soi-même. Cet appel, formulé vers le vide, le néant, "ne s'adresse à personne, ne se dirige nulle part". Ce n'est peut-être qu'un cri, "*une exclamation requérante... qui éclate en suspens dans l'espace qu'il s'ouvre et auquel en même temps il se confie, attendant qu'il lui soit un site pour quelque chose à venir.*" ( " Daseinanalyse : phénoménologie de l'existant, Paris, 1986.) C'est donc en toute ignorance la convocation d'une présence. Et c'est cette présence, si difficile à incarner, mais qui seule témoignera qu'une "co-naissance" est possible, que nous devons nous efforcer de proposer à celui qui, au plus fort de sa détresse, ne sait plus regarder avec confiance le visage de l'altérité.

## CONCLUSION

Pour beaucoup de soignants, les écrits des phénoménologues ou les références à l'analyse existentielle semblent maintenant datés ou peu compréhensibles. On les juge trop hermétiques, hors sujet, voire même antagoniques avec ce qui, dans un champ de pratique déterminé, se constitue en théorie (psychanalyse ou théorie des systèmes) . Pourtant face à des personnes en très grande détresse, dont les appels nous font signe en-deçà des demandes articulées, chacun spontanément développe sa propre représentation, non seulement de l'histoire du patient, mais surtout des contacts élémentaires qui permettent d'en imaginer le cours. Cette approche "impressionniste" fait mention d'un "vécu", d'émotion, d'une manière de sentir et d'agir dont le récit n'est jamais anodin. On peut y voir l'indice de

positions contre-transférentielles dont l'analyse est toujours instructive. Mais en même temps ces formulations incitent, sans qu'on le sache, à reprendre les pistes tracées par les phénoménologues. Car ces mots cherchent à décrire l'imperceptible fondamental : la tonalité d'une atmosphère, le style d'un contact, le "pathique" d'une relation à l'autre. Ils essaient de traduire dans quelle gamme on tente de s'accorder avec celui qui vient, pour qu'un dialogue se noue (fût-ce pour entendre une réticence ou des menaces de fuite vers le néant). En temps de crise ce sont autant de questions cruciales.

Si le défi des crises est l'émergence de nouveauté, au-delà des repères établis, nous sommes sans doute obligés, pour penser leur mouvement, d'approfondir toute réflexion qui nous aide à formaliser la création.

\*1 (p.9) C.S. PIERCE "Collected papers" et, en France, les travaux du psychanalyste Michel BALAT in Revue Chimères, n°12.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Didier ANZIEU, "Le corps de l'oeuvre", Paris, 1981.  
 Michel BALAT, "Sémiotique, transfert et coma" in Chimères, été 1991, n°12, p.137-155.  
 Maurice BERAU, "Accueil psychiatrique et crise" in L'information psychiatrique, 1981, 54, p. 73-75.  
 Ludwig BISWANGER, "Introduction à l'analyse existentielle", Minuit, Paris, 1971.  
 Ludwig BISWANGER, "Discours, parcours et Freud", Gallimard, Paris, 1970.  
 J. BLEGER, "Psychanalyse du cadre psychanalytique" in KAES et al. "Crise, rupture et dépassement", Dunod, Paris, 1979  
 Jacques DERRIDA, "Cogito et histoire de la folie", Revue de métaphysique et de morale, Paris, 1964  
 Mony ELKAIM, (sous la direction de ) "Systèmes, familles et crises", Cahiers critiques de thérapie familiale et de réseau, Toulouse, 1988.  
 Pierre FEDIDA, "Crise et chronicité dans l'histoire interne d'une vie", Psychanalyse à l'université, T.7, N°27, 1982. et T.8, N°31, 1984.  
 Michel FOUCAULT, "Maladie mentale et psychologie", PUF, Paris, 1954.

Sigmund FREUD, "Métapsychologie", Gallimard, Paris, 1972.  
Martin HEIDEGGER, "Qu'appelle-t-on penser ?", PUF, Paris, 1959 (trad. G. Granel).  
Edmund HUSSERL, "L'idée de la phénoménologie", PUF, Paris, 1970 (trad. A. Lowit).  
Jean HYPPOLiTE, "L'intersubjectivité chez Husserl", in "Figures de la pensée philosophique", PUF, Paris, 1971.  
Rémy KAES, "Introduction à l'analyse transitionnelle" in KAES et al. "Crise, rupture et dépassement", Dunod, Paris, 1979.  
Emmanuel LEVINAS, "Le temps et l'autre", PUF, Paris, 1983.  
Henri MALDINEY, "Daseinsanalyse: phénoménologie de l'existant" in "Phénoménologie, psychiatrie, psychanalyse", GREUPP, Paris, 1986.  
Henri MALDINEY, "Crise et temporalité dans l'existence et la psychose" in "Empreintes et figures du temps", Eres, Toulouse, 1990.  
Edgar MORIN, "Pour une crisologie", Communications, Seuil, Paris, 1976.  
C. S. PIERCE, "Collected Papers", vol. I et II, The Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge, Massachussets, 1974  
Paul RACAMIER, "A propos d'adolescence et psychose", Adolescence, T.2, N1, 1984.

René THOM, "Crise et catastrophe", Communications, Seuil, Paris, 1976.  
D. W. WINNICOTT, "Jeu et réalité", Gallimard, Paris, 1971.

## RESUME

La notion de crise en psychopathologie a plusieurs acceptions (médicale, psychanalytique, systémique). Chacune a sa pertinence dans son champ d'application. Cependant les grands bouleversements critiques de l'existence sont des événements dont la description excède toute approche purement symptomatique. Car ce qui se joue alors dépasse l'opposition bien repérée du normal et du pathologique. Le mouvement que l'on perçoit au voisinage des catastrophes porte en lui des germes de création, qu'il faut essayer d'appréhender dans tous les registres où ils s'expriment. Pour y parvenir l'apport des recherches phénoménologiques ouvre des pistes intéressantes : analyse des correspondances entre le langage et l'émotion, entre les mots, les rythmes, les couleurs, les gestes et les images.



# L'ATELIER DU COIN



**UNE EXPÉRIENCE DE RÉHABILITATION  
À MONTCEAU LES MINES (FRANCE)**

# L'atelier du coin (1)

## INTRODUCTION

Le projet d'Arc-en-Ciel - Atelier du Coin - s'est fondé en partenariat, en réponse à l'appel d'offres du programme Horizon du Fonds Social Européen.

Ce projet est né de la rencontre de l'équipe de psychiatrie de la Société de Secours de Bourgogne avec des artistes-peintres-graphistes de l'Association Malin Plaisir, parrainé par l'A.F.P.A.

Il s'agit d'un programme visant à l'insertion des malades handicapés, ici des malades mentaux. Sa particularité est certainement la multiplicité des objectifs. En effet, chacun des financeurs propose un ou plusieurs objectifs liés à ses particularités administratives.

Ainsi, le F.S.E. favorise l'implantation de l'expérience, mais il souligne la nécessité de son internationalisation. Il réclame des échanges transnationaux, des transferts de techniques, de savoir-faire, la diffusion de l'expérience. L'Atelier doit être innovant, tant dans sa pratique que dans la conception des objets.

L'A.G.E.F.I.P.H. impose un quota de personnes réinsérées dans le monde du travail normal, dans notre cas trois sur quinze. Ce qui implique aussi un suivi des stagiaires après leur inscription dans le monde du travail pour une période de six mois à un an.

La D.D.T.E. nous demande de favoriser les mécanismes de réapprentissage du travail, l'insertion sociale proprement dite.

La D.D.A.S.S. aimerait que le projet s'adjoigne un comité de pilotage administratif en incluant la psychiatrie de secteur.

L'A.F.P.A. ne nous demande rien. Elle nous donne son appui bienveillant et gère la plus grande partie administrative du projet.

L'objectif pour la psychiatrie était tout d'abord de répondre aux besoins d'une population défavorisée sur le plan du travail. Les malades mentaux en sont les plus exclus. Il fallait aussi répondre à

l'errance, à l'ennui, à l'absence du projet, à la désintégration que subissent ces personnes.

Fabriquer "l'Atelier du Coin", c'était concevoir un outil, un espace susceptible d'être l'intermédiaire entre le monde du soin et le monde social (celui du travail ou du chômage).

L'objectif était celui d'aborder la maladie mentale sous l'angle de la désaliénation : la réappropriation des gestes et des relations dans la vie quotidienne, en supposant que ce mouvement puisse devenir source de restructuration mentale, source de transformation, source de bien-être. Il y avait aussi un pré-supposé : "fabriquer un objet en essayant qu'il soit beau et qu'il ait du sens" n'est pas fabriquer des balais-brosses. Le sens de l'objet induit le sens du geste, qui induit chez celui qui le fait une relation artisanale, humaine à l'autre, et un fonctionnement intérieur plus structuré.

Enfin, l'objectif de Malin Plaisir se situait au niveau de l'image et du style. Plus exactement, le projet se situait dans la capacité de mettre en place d'autres formes de rapports humains à travers la fabrication de tels objets.

Tenir tous ces objectifs est vraiment une gageure. Leur complexité-même a quelque chose de désagrégeant, de morcelant, pour ne pas dire de psychotique. Pourtant, après une année de pratique, nous avons dû répondre quasiment à toutes les exigences de chacun. Cela avait de l'intérêt, c'est un peu l'avenir qui nous l'a prouvé.

L'Atelier du Coin pourrait être décrit comme une imprimerie d'art avec un espace imprimerie-typographie, un espace imprimerie assisté par ordinateur, un espace menuiserie.

Ces différentes activités liées les unes aux autres par des commandes telles que le journal ou l'abécédaire obligent à des gestes différents (linogravure ou ordinateur), à des réflexions et des conceptions différentes aussi. Ce sont certainement des fonctions

structurantes. Mais elles sont structurantes surtout parce qu'elles sont liées à des temps communautaires, à une conception du travail artisanal.

Tout au long de cette année, nous nous sommes posé la question : quels sont les mouvements qui insèrent ? La personne s'insère dans quoi ? Paradoxalement, ce sont les peurs, les rejets, les difficultés qui ont souligné les critères importants. On s'insère dans un espace, dans un groupe de personnes, pendant un temps donné pour fabriquer des objets. Espace-gens-temps-objets : voici à peu près les termes de nos préoccupations pour atteindre les objets. Il s'y ajoute une préoccupation supplémentaire, comment "dissoudre" la psychose et permettre à des personnes statuées malades mentales de devenir des personnes

## LE REFUS ET LES RESISTANCES

Il est plus facile de décrire les refus et les résistances des stagiaires ou des intervenants que les démarches faites à l'Atelier pour les résoudre.

Les refus soulignent à quel point chaque personne se trouve constamment confronté à des pressions d'exclusion sous le prétexte de l'insertion dans le groupe social. Ces exclusions sont introduites par l'individu dans son imaginaire, reflétées par le regard des autres.

Le numéro un du journal de l'Atelier a été le prétexte à un débat sur les deux premiers refus : celui du handicap et celui de la maladie mentale.

### Le refus du handicap

Le programme Horizon est un programme d'insertion des handicapés. Mais pour qui a deux bras, deux jambes, deux yeux, deux oreilles sont handicapés, les handicapés physiques. Ceux-ci sont empêchés dans leur mouvement, dans leur communication.

Le handicap est une reconnaissance sociale, mais aussi la reconnaissance d'une amputation. Or les stagiaires de l'Atelier ne se sentent pas amputés. Il faudrait une analyse plus fine de la notion de handicap,

par exemple : la fascination du psychotique pour son monde intérieur, pour son imaginaire, pour ses hallucinations provoque des maladresses, des mouvements, une incompréhension dans la communication. C'est ce qu'on nomme son handicap. Mais le problème n'est pas ici la reconnaissance de cet handicap mais sa résolution. Les stagiaires n'ont pas à reconnaître cette étiquette sociale, mais au contraire, ils ont à se reconnaître comme personne avec d'autres personnes dans une série d'actes artisanaux.

### Le refus de la maladie mentale

Le problème s'est très vite posé en ces termes "puisque nous travaillons dans un atelier, nous ne voulons plus de "l'étiquette infamante"". En tant que psychiatre, je savais bien que le déni de la souffrance intérieure n'empêche pas la souffrance. Pourtant il nous a fallu faire avec cette revendication. Une stagiaire n'a pas pu supporter d'être classifiée "malade mentale"

dans une caricature paradoxale du type "demandez à mon psychiatre si je suis malade mentale".

La revendication est pourtant légitime, ce n'est pas la même chose d'aller voir un psychiatre parce qu'on est psychotique et d'être reconnu dans sa "totalité" malade mental. C'est aussi ce qui nous a fait préciser dans le numéro un du journal : une qualité d'une personne n'est pas la totalité de ses qualités, elle ne décrit pas la personne elle-même dans la complexité de son monde intérieur et de ses relations personnelles ou sociales.

De l'extérieur, le stagiaire est stigmatisé par l'étrangeté de son comportement comme un malade mental. De son point de vue, (nous y adhérons) cette étrangeté est son quotidien, la banalité de la vie, sa difficulté. Il refuse qu'elle soit qualifiée en terme désobligeant.

À partir du moment où ils ont été inclus dans l'Atelier, un certain nombre de stagiaires ne voulaient plus participer à des groupes de psychothérapie. Ils préféraient consulter de façon individuelle.

### Les résistances

Le stagiaire est ouvrier dans un atelier artisanal, et un chômeur au travail.

objet d'art sur l'insertion des "handicapés mentaux" est complexes et se situe à plusieurs niveaux.

### **Le geste**

Il existe un niveau manuel, corporel très évident. Dans le coloriage, ne pas dépasser l'image, c'est mettre en correspondance la perception de cette image, la perception de soi et le geste. On retrouve ce même geste dans la linogravure, ou la gravure sur bois. Graver une image, c'est se graver soi-même, c'est être soi-même impeccable. La qualité de l'objet fini renvoie à la qualité de soi-même tant au niveau de soi qu'au regard des autres.

Les stagiaires précisent : "ça donne une plus-value sur nous-même. Ça donne une imagination, un regard différent sur le monde. Ça fait toucher d'autres matériaux. Ça oblige à de la rigueur, à de la précision".

### **La conception artistique et psychose**

La représentation intérieure fournit la conception de l'objet, elle fournit aussi le support des hallucinations. Dans la dynamique normale la perception d'une chose et son inscription corporelle "les sensations" se transforment au niveau psychique par des représentations (la mentalisation de la perception) et son inscription corporelle "le ressentir".

Dans la psychose les représentations envahissent le champ de la conscience. La conscience est saturée. La personne dialogue avec ses représentations et ses "ressentis". Les perceptions du monde, les sensations, le dialogue avec les autres subissent les interférences de cette fascination pour les représentations intérieures. À l'inverse, ce sont les représentations qui sont la base de la création artistique. L'artiste devra chercher dans sa vision personnelle du monde, la conception d'une image. Il devra la traduire par des gestes techniques dans un objet livré aux autres.

### **L'objet**

L'objet se situe dans une problématique proche et inverse de celle de l'objet transitionnel.

Dans l'objet transitionnel (le nounours, le

chiffon du bébé), l'objet sert d'intermédiaire entre le monde extérieur et les représentations, les émotions intérieures. Il est un lieu de projection des fantasmes de l'enfant. Il est aussi un objet fabriqué par le monde extérieur. Il est un seuil.

L'objet artistique a une fonction inverse. Il est fabriqué par la personne (dans le cas présent, dans un projet communautaire). Il est un essai toujours insatisfaisant de projection de la conception du monde intérieur. Un morceau seulement et imparfait (il y a toujours un hiatus entre la représentation, la conception et l'objet). L'objet devient l'expression d'un travail intérieur, un remaniement, un effort d'échange avec les autres. Artisanal, le problème n'est pas seulement celui de l'image, mais aussi celui de la qualité de l'image qui donne à voir aux autres l'effort d'adéquation entre la représentation (intérieure), le geste, l'objet et la vision sociale (la vision des autres). La qualité du geste différencie le dessin d'enfant avec le travail de l'artisan. La qualité de la représentation différencie le travail de l'artisan avec celui de l'artiste. Il existe de très nombreux points de passage entre ces trois conceptions (enfant-artisan-artiste). L'objet se retrouve en position de seuil entre la conception personnelle et les autres. À l'inverse du nounours, l'objet est fait pour s'échapper, être emmené par l'autre comme une reconnaissance de la "bonne" fabrication de l'objet, comme un objet qui a un sens, une place dans la vie de l'autre, comme un objet aussi capable d'être un lieu d'imagination, de projection pour les autres. En somme, l'objet est un dialogue de perceptions-sensations entre les représentations de l'artiste et celle des autres. La vision des autres n'est d'ailleurs pas la continuité de celle de l'artiste. Mais l'objet, parce qu'il est doué d'intention, permet aux spectateurs de l'habiter de leur propre intention.

Ici se situe un autre intermédiaire. L'artiste, dans son souci de création, dialogue avec le monde des perceptions et le social. Ce dialogue sous forme d'objets est donné à sentir et à ressentir aux autres. L'objet est donc imprégné de deux composantes : la composante personnelle de l'artiste, et la composante dialogue.

ruptures de temps ; une attente, des indifférences, des prudences, des actions aberrantes. L'expression flamboyante du délire reste contenue, inexprimée, conservée pudiquement dans le monde intérieur de chacun.

### **De l'intime au communautaire**

Ce problème a été et reste le problème fondamental de la dynamique de l'Atelier.

Comment restituer un espace commun, tout en respectant l'intimité de chacun ?

Comment permettre à des individus, qui vivent avec une expansion extraordinaire de leur intimité, de prendre un quelconque intérêt à un espace social? Cet espace se doit d'être humain (au sens humaniste : privilégiant l'humain) communautaire. Le pendant institutionnel à ce problème, se retrouve dans cette constante atmosphère faite de laxisme et de recherche de rigueur dans le temps et dans le travail.

Trop de rigueur, un cadre trop strict renvoient à la persécution et à l'éviction. Le laxisme peut être aussi vécu comme une contrainte : une proposition d'effort personnel pour trouver le sens de sa vie.

Mais tout peut aussi se désintégrer dans le laxisme, sauf si le cadre communautaire bienveillant permet le lien et l'attente. Prendre le temps, c'est prendre le sens du travail artisanal, c'est aussi prendre la bonne distance entre soi et l'objet, entre soi et les autres. C'est inclure l'objet dans un projet commun. C'est mettre en place "les règles du métier" (cf Damien CRU les règles du métier).

Ce constant aller-retour entre le respect de l'intime et la construction d'un sens communautaire a certainement joué dans le remaniement psychique et relationnel des stagiaires. Nous ne sommes pas ici dans un espace de soins, mais nous sommes dans une proposition de réappropriation de la vie. Car il n'y a pas d'insertion réelle sans plaisir de prendre la vie à bras le corps. Il n'y a pas d'insertion non plus si ce plaisir est consommatoire.

### **L'insertion passe par le projet**

On pourrait décrire ce rapport entre l'intime et le communautaire en terme de solitude et de familiarité.

La solitude est une façon de survivre à l'évènement de la dispersion psychotique en se protégeant contre toute forme de stimulation, en s'isolant des émotions. La familiarité, c'est une façon d'échanger, d'envelopper l'individu d'une relation chaleureuse, de la remplir d'émotions agréables. Il faut une sorte de tranquillité dans l'Atelier pour rendre possible un tel rapport.

### **Réinsérer les psychotiques**

Voilà une proposition psychotique elle-même, incohérente. On ne réinsère pas des étiquettes. On réinsère des hommes.

Les stagiaires, psychotiques en l'occurrence, sont arrivés à l'Atelier avec leur position dans la vie, soupçonneux, pas très enthousiastes. Se demandant comment on allait encore les diriger, les commander. Exclus, ils amenaient avec eux une culture d'exclus : une façon de vivre, de flotter, d'enrober toute action d'une rêverie.

Ils n'avaient pas envie de vivre dans un monde qui n'est pas le leur. Ils étaient venus pour voir, pour essayer un autre espace-temps. Manifestement, ils se méfiaient d'un modèle proposé qui n'était peut-être pas recevable, ou qu'ils ne voulaient pas recevoir.

Il existait au début une façon discrète de communiquer entre eux. une complicité s'est très vite établie, mais aussi une absence de communication, chacun dans son monde.

C'est vraisemblablement grâce au laxisme-rigueur, à la façon permissive de prendre son temps que se sont établies des relations non hiérarchiques entre les stagiaires. Je n'ai jamais entendu (autre que par un stagiaire qui n'est restée que quelques jours) des formules telles que "il est plus malade que moi", "il ou elle est plus bête". Il existe depuis le début un respect des stagiaires les uns vis-à-vis des autres (une absence d'exclusion) sans qu'il y ait un besoin d'installer une règle à ce propos.

## **OBJET ARTISTIQUE ET PSYCHOSE**

Je laisserai aux artistes le soin de parler de l'art. Mais l'influence de la fabrication d'un

L'insertion porte en soi des qualités d'échanges et de satisfactions qui permettent à un être humain de se sentir exister avec les autres. Il faut rapprocher ce point de vue du concept d'utilité. Etre utile, c'est répondre à des besoins fondamentaux, s'inscrire dans un réseau.

Le travail porte en soi des sujets de dialogues, des prétextes à communication. Il inscrit l'individu dans de l'action et un projet. Il autorise, il oblige l'homme à s'intégrer, s'insérer dans un circuit de relations physiques, intellectuelles, affectives. Mais il est aussi un lieu de contrat entre l'employeur et l'employé, un marchandage d'aliénation : j'échange contre de l'argent mon corps et ma force, mon intelligence et même ma volonté puisque quelqu'un peut m'imposer la sienne.

Ce préambule est là pour souligner un certain nombre de difficultés inhérentes à la situation de travail. Ouvrier, il faut accepter des remarques vécues parfois comme des blessures d'amour propre, comme un sentiment de dégradation, sentiment qui fait partie des exercices les plus difficiles de l'insertion dans le travail.

Travailler c'est aussi devoir être attentif, ne plus pouvoir rêvasser. Il n'est pas facile d'abandonner cette position de rêverie, de fascination que connaît le chômeur. Flotter au-dessus du monde apporte de grands apaisements intérieurs. Enfin, le travail peut être pénible physiquement, ennuyeux moralement, source de souffrance.

L'Atelier, dans sa conception artistique et artisanale se veut l'inverse de cela. Il se veut support de création, de curiosité, d'ingéniosité, support d'un élan vital.

Pourtant toute une série de mécanismes de défense sont mis en place contre ce que les stagiaires ressentent comme une souffrance physique ou psychique.

On pourrait noter trois types de souffrances avec des phénomènes d'échappements : la souffrance par rapport au temps de travail imposé, celle due à l'effort. Là, se font des arrêts : fumer une cigarette, s'asseoir, aller parler à quelqu'un. La souffrance de l'immobilité à un poste de travail se résout par un changement de poste de travail.

Dans ce contexte éclate l'injonction "on nous exploite". Injonction difficile à entendre par

un encadrement tolérant qui se sort "les tripes" pour faire fonctionner au mieux l'institution. Injonction culpabilisante aussi pour "les formateurs" dans un système qui se veut "réintégré, soignant, réparateur", c'est-à-dire l'inverse de l'exploitation. Pourtant cette injonction est une triple défense de la part des stagiaires.

Défense traditionnelle, elle clame qu'il y aurait une trop grande différence entre le salaire, l'effort et la souffrance ressentie. C'est une défense par lutte contre le pouvoir.

"On nous exploite" est surtout une référence à l'histoire des stagiaires. Tous proviennent du monde ouvrier. Se référer à l'exploitation, c'est affirmer l'inscription dans le monde du travail, sinon ce stage serait une illusion. Il y a donc dans cette expression un message à plusieurs thèmes "on travaille trop", "on travaille vraiment", "nous réclamons des négociations", "nous sommes des ouvriers dans un processus de production, non pas des stagiaires, des malades mentaux qui doivent obéir à des ordres".

L'injonction est aussi utilisée pour pouvoir flâner, sans se culpabiliser. Le stagiaire renvoie la pression sur l'autre. Il n'est pas facile de passer à l'état de chômeur "rouillé", à celui de travailleur. Il n'est pas facile non plus d'imaginer d'autres rapports que celui d'ouvrier à patron. Et parfois ne pas travailler est bien agréable.

Mais elle marque aussi la contradiction entre le stagiaire et le projet de l'Atelier. L'Atelier se veut un espace de coopérative artisanale, un espace où chacun coopère au profit de chacun. "On nous exploite" souligne le hiatus entre l'équipe porteuse du projet et les stagiaires arrivés au départ "impuissants, psychotiques, éthérés". Ils réclament, affirment la différence entre eux et l'équipe.

Enfin, l'injonction voudrait recréer un lieu imaginaire "l'usine-entreprise", là où il y a un espace artisanal.

## DE LA PSYCHOSE

La psychose s'exprime par des absences, des inerties, des étourderies, des lenteurs, des

## De l'artisanat comme source d'insertion

La fabrication de l'objet artisanal induit une série d'investissements très différents : conception imaginaire de l'objet, confrontation de cette conception avec les autres, confrontation de la matière de l'objet, confrontation avec les machines, essai d'adéquation entre le geste et l'idée pour réaliser l'objet, inscription de cet objet dans une logique de "marché", d'échange, mise en place des termes d'un échange. Tous ces mouvements s'intriquent les uns dans les autres.

En terme psychiatrique, la succession de ces tâches rappellent certainement à l'individu sa différenciation vis-à-vis du monde extérieur, mais aussi les liens vivants qui l'unissent aux autres. Il faudrait définir ici le lien vivant inscrit dans la dynamique d'une communauté, rapprocher ce lieu du concept d'utilité, la sensation d'être utile, c'est-à-dire de s'inscrire et de rebondir dans l'activité et l'espoir de cette communauté. Il faudrait aussi comparer le "lien vivant" en prise directe avec le besoin des autres et les liens institutionnels. Le premier souligne le sentiment d'existence. Il permet à la personne de s'accepter dans ses contradictions intérieures, car dans ce sens-là, ses propres contradictions ne remettent pas en cause son statut social, son monde d'existence.

Dans le lieu institutionnel, au contraire, ce n'est pas la personne qui est privilégiée mais une abstraction : la loi qui provient du groupe. L'individu doit s'inscrire dans le cadre du groupe, dans une hiérarchie. Dans ce cas, le sens du groupe n'est pas ce qu'il devient, mais ce qu'il serait sensé être.

L'individu doit se soumettre, réprimer ses contradictions, réprimer aussi celles des autres. Cette position favorise les explosions émotionnelles, les pertes de contrôle et leurs satellites : la fuite dans le morcellement psychotique.

Alors qu'il n'était pas question de soins, mais de désaliénation-insertion dans le monde de l'Atelier du Coin, la dynamique choisie a conduit à des résultats étonnants quant aux transformations de l'expression de la psychose chez les stagiaires.

On pourrait dire qu'une atmosphère confortable, dans un espace communautaire souple, la fabrication d'objets chargés de sens grâce à leurs échanges dans la cité, permet une transformation de la configuration psychotique, une atténuation, voire parfois une disparition de certains symptômes.

## LES REGLES DU MÉTIER

C'est à partir de la fabrication de l'objet que vont s'installer les règles du métier. La règle est ici entendue comme l'inverse du règlement. Le règlement implique une sanction. Les règles sont des façons de se repérer dans l'Atelier. Elles sont utilisées dans les communautés artisanales pour économiser les efforts, les fatigues, les frictions, les énervements. Intuitivement, l'Atelier du Coin les a redécouvertes.

1°) Prendre une distance avec l'objet de son travail.

2°) Refus de la précipitation : ni courir, ni s'endormir.

3°) Celui qui commence un travail le termine.

4°) Règle du libre passage : chacun peut circuler dans tout l'Atelier.

5°) La règle de l'anticipation créative est la plus difficile à mettre en place. Elle demande à la personne d'imaginer ce que sera sa journée, sa semaine. Pour se faire, l'Atelier a mis en place des réunions le vendredi pour prévoir le travail du lundi, des tableaux pour prévoir le travail de la journée.

### L'insertion dans l'Atelier

#### L'espace, le temps, les gens

La règle du libre passage a certainement favorisé l'insertion dans l'espace. Un stagiaire a pourtant papillonné de poste en poste sans pouvoir s'arrêter. S'arrêter, c'était pour lui risquer d'être piégé, être confronté à une situation émotionnelle insupportable.

En dehors d'une ou deux personnes, au début, l'insertion relationnelle dans le groupe n'a pas posé de problème. Mais le temps et le mouvement ont soumis les stagiaires aux plus grandes difficultés.

L'inertie avec ses corollaires, le manque d'initiative et la dépendance exprimaient la très grande souffrance de certains. Cette inertie a trois sources. La maladie favorise la confusion des sentiments, celle des relations interindividuelles et de l'espace-temps. Elle favorise aussi un sentiment d'insécurité. La personne s'arrête, ne bouge pas, pour se protéger de la perte de ses repères. L'inertie provient aussi de la "chronicité", c'est-à-dire de ce temps répétitif qui a perdu tout relief, toute projection dans l'avenir. L'inertie se mitige aussi d'un plaisir de la paresse, le plaisir de laisser son corps et son esprit aller où il le désire.

Cette inertie s'est très largement estompée chez la plupart des stagiaires. Elle a été, pour l'encadrement, un des problèmes les plus difficiles, celui qui demandait le plus d'attention, d'effort. Elle était à l'origine de la plus grande dispersion.

Mais pourtant le lien s'est fait, le temps s'est organisé. Le temps vécu de chacun s'est confronté au temps communautaire, la vie rêvée à la vie vécue.

Le morcellement lié à l'exclusion, qui n'est pas supportable, au morcellement lié à la psychose s'est estompé. C'est à ce propos qu'on peut parler de remaniement intérieur chez les stagiaires.

Des attitudes physiques différentes sont apparues, des ports corporels, une autre façon de se tenir.

Pour le reste, l'envahissement de la maladie reste une histoire d'affaire personnelle : de l'autre côté du canal, là où se trouve la consultation de l'équipe de la Société de Secours Minière, ou celle du secteur.

## LES ENVELOPPES

La marche d'un tel atelier nécessite beaucoup d'attention, beaucoup de présence, beaucoup d'ingéniosité.

Une série d'enveloppes protectrices ont été mises en place pour absorber les difficultés et les tensions qui pouvaient apparaître. Les unes étaient institutionnelles, les autres participaient de réseaux d'échanges.

### Les enveloppes institutionnelles

L'équipe de psychiatrie de la S.S.M.B. est

présente de façon intermittente pour absorber l'angoisse de certains stagiaires, pour aider aussi à la compréhension de la dynamique du lieu.

L'A.F.P.A. est présente aussi pour régler la gestion administrative, des contrats, pour envisager l'avenir des stagiaires sur le plan du travail, et aussi pour imaginer avec le reste de l'équipe l'avenir et le développement d'un tel lieu.

La D.D.T.E. avec la présence de la secrétaire de la C.O.T.O.R.E.P., une chargée de mission du programme départemental d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés, qui s'occupait spécifiquement de la recherche d'un futur travail, de l'adéquation entre les possibilités des uns avec le poste de travail.

La Sécurité Sociale est présente aussi avec une assistante sociale qui débrouillait toutes les "embrouilles" sociales et économiques, ô combien complexes parfois, d'une vie de psychotique.

### Le réseau

L'idée de départ était d'installer un réseau d'échanges entre l'Atelier et la cité.

Ce réseau devait garantir l'ouverture du lieu, le préserver de la chronicité et de l'enfermement.

Progressivement il s'est mis en place : confection du journal des classes de 4<sup>ème</sup> du L.E.P. de Blanzay, affiche pour les dessins de l'école de Bellevue, jouets en bois pour l'écomusée de la Bresse, affiche pour une pièce de théâtre échangée contre la représentation de la pièce "Une Saison en Enfer" à l'Atelier du Coin, la présence d'un artiste graveur sur bois travaillant au sein de l'Atelier, affiche pour une exposition de peintres locaux.

Le passage de nombreux visiteurs qui venaient déjà puiser dans le "savoir-faire" de l'Atelier.

L'aide enfin, dans ce réseau, de bénévoles pour faire de la gymnastique avec les stagiaires, qui en avaient bien besoin, d'autres pour aiguïser aussi les gouges.

Il est presque étonnant de voir comment un tel lien attire des propositions nouvelles, suggère à l'entour des dynamiques, des envies de faire. Cela aussi encourage le lien et fait partie des bénéfices intéressants de l'Atelier.

## TRANSNATIONALITÉ

Les équipes de psychiatrie ont l'habitude de rencontrer leurs collègues européens au cours de différents colloques qu'elles fréquentent. Les échanges internationaux sont établis depuis longtemps.

Mais dans le programme Horizon, la transnationalité supporte un projet différent.

Au départ, la suggestion d'échanges transnationaux évoque une notion de voyage, de plaisir, de découverte et un peu de vacances. À l'expérience, le mouvement de transnationalité induit des bénéfices secondaires inattendus, des difficultés aussi à mettre en place la permanence des échanges internationaux sur une base intéressante. Les bénéfices immédiats sont l'accès à la culture populaire, les échanges psychiatriques, la reconnaissance du projet, une impulsion supplémentaire, l'inscrire dans le jeu des hiérarchies administratives.

### Echanges culturels

La rencontre d'une équipe de psychiatrie sur le lieu de son travail commence par la découverte de sa culture populaire et de sa culture psychiatrique. Dans notre jumelage avec l'hôpital de Lorvao, le premier bénéfice a donc été la rencontre avec la culture portugaise, son imaginaire. Nous avons appris que ce peuple tourné vers l'Atlantique était imprégné de culture française et anglaise mitigé de méditerranéen avec parfois une fascination pour ce qui a trait à la magie. Cela nous a permis ensuite de prendre en charge de façon radicalement différente les patients immigrés portugais qui se présentaient à la consultation.

La description de la culture portugaise est ici caricaturale. Mais la rencontre avec une équipe d'un autre pays permet de tracer les lignes de force, qui mettent en forme les individus. La prise de conscience du problème au Portugal nous a aussi permis de comprendre des éléments qui nous échappaient dans l'alcoolisme des Portugais de France. En somme, la meilleure connaissance de la culture et de "l'ethnologie" d'un pays permet de remettre

à leur place des signes, des symptômes, des maladies qui étaient interprétées pour tout ou partie avec des contre-sens ou des faux-sens.

La confrontation des cultures psychiatriques de chaque équipe pose un tout autre problème. Les références sont radicalement différentes. L'histoire de la psychiatrie, l'institution psychiatrique elle-même, la façon de concevoir les rapports hiérarchiques, la façon de concevoir aussi l'évolution, les transformations, les espaces de tensions de l'institution psychiatrique sont radicalement différents.

Il fallait pour chaque équipe "commencer d'essayer de comprendre" l'histoire, la réalité et le mouvement de l'institution.

En fait, le travail entre les équipes est fondé sur la qualité des échanges et ce qu'il advient, et non pas sur la découverte "intellectuelle" de l'autre. Dans l'avenir nous pourrions cependant comparer les approches et les capacités de transformation de nos points de vue psychiatriques. L'histoire de nos projets, dans le cadre du programme Horizon, est aussi comparée. Les points de départ sont différents pour Lorvao (un hôpital psychiatrique), pour Montceau-les-Mines (un travail dans la ville).

### Reconnaissance du projet

Le second bénéfice de la transnationalité est la reconnaissance du projet à travers la rencontre officielle des équipes parrainées par le F.S.E. La solennité de quelques rencontres plus formelles, plus académiques influence la position des institutions de tutelle. Plus clairement, la hiérarchie administrative se voit obligée de prendre compte, de respecter le projet, dans la mesure où la rencontre transnationale concrétise le regard de l'Europe sur le projet.

### La position institutionnelle

Bénéfice secondaire, cette "protection" européenne transforme les liens hiérarchiques. Il permet une plus grande liberté des acteurs du projet. Les rencontres transnationales permettent aussi les rencontres nationales, régionales et locales. Elles sont le prétexte pour rassembler dans un lieu les différentes institutions qui sont parties prenantes de la psychiatrie, de la

protection sociale, de l'insertion. Mais elles permettent aussi, comme nous l'avons constaté, de rassembler autour de ce projet des élus régionaux, municipaux ou syndicalistes. Au delà de ce projet, ce genre de réunion protège et dynamise le travail quotidien. Le projet devient prétexte à valoriser et à soutenir le travail institutionnel en l'ouvrant sur le monde social, en l'avalisant aussi. Certains effets de rencontres transnationales comme la connaissance culturelle du lieu sont liées à la structure de l'échange. D'autres comme la valorisation de l'expérience aux yeux de l'institution sont plus tactiques. Ils dépendent de la prise en compte par l'équipe des éléments de la dynamique institutionnelle et de la dynamique administrative.

### La continuité

Le problème est, aussi, la mise en place d'une continuité, d'une permanence. Si l'on veut tabler sur une véritable dynamique transnationale, il faudra compter sur l'échange fréquent, des techniques artisanales à travers des rencontres et des échanges de personnes. Dans notre cas, pourraient se mettre en place deux "commissions". L'une serait basée sur l'objet. Elle pourrait envisager l'échange de dessin de l'Atelier du Coin pour l'Atelier de poterie et de tapisserie de Lorvao. Pour ce faire, il faudrait des rencontres pour adapter la conception d'images à l'artisanat local, pour peut-être permettre des stages de jumelages d'artistes, d'artisans et de stagiaires. La deuxième "commission" serait plus particulièrement axée sur l'aspect psychiatrique. Elle pourrait prendre en compte les aspects désaliénation-insertion-inscription sociale.

Pour que l'une et l'autre de ces commissions fonctionnent, deux conditions sont nécessaires. Il faut que chaque équipe soit prolongée dans son contrat européen. Il faut aussi que les membres de l'équipe se réunissent environ deux jours par trimestre très régulièrement. Alors, seulement, seront posées les bases d'une permanence des échanges transnationaux. La répétition des échanges, leur accumulation favoriseront la réflexion sur la transformation des

expériences.

À ce prix, le programme Horizon pourra devenir exemplaire en mettant en évidence les éléments qui dynamisent les équipes, ceux qui favorisent l'insertion sociale. Le savoir-faire pourra être diffusé, intégré par les différents participants.

## RÉSULTATS

Beaucoup de choses sont encore à inventer : d'autres formes d'échanges avec l'extérieur, la forme des objets, le rapport entre production et création, le rapport entre production et apprentissage. Pouvons-nous, à partir de là, créer d'autres structures : coopérative ouvrière ? Mais qui s'en chargera ? Comment démultiplier le réseau avec des demandes de plus en plus importantes ? Comment y répondre sans étouffer le lieu ?...

Nous avons répondu au contrat primitif demandé par chaque institution : création d'un savoir-faire, échanges transnationaux, dynamisation des stagiaires, impulsion d'un élan vital à travers des projets innovants, remise à niveau pour les capacités de travail. Même l'insertion dans le travail normal pour au mois huit d'entre eux sur quinze a été possible grâce aux C.E.S. ou à des stages de formation. Le marché du travail sur la communauté urbaine s'est malheureusement effondré dans les six derniers mois. Pas plus que les autres stagiaires, là, ne peuvent aspirer au plein emploi.

Trois stagiaires qui n'avaient jamais quitté le milieu familial sont inscrits dans des C.A.T. Une stagiaire devrait aller en atelier protégé. Il reste enfin la preuve que la psychiatrie ne s'arrête pas aux soins (psychothérapie - chimiothérapie), elle peut se prolonger aux espaces communautaires, permettre à des handicapés mentaux chroniques de se restituer comme des personnes

**Docteur Albert JAKUBOWICZ**

Montceau les Mines, 24 Septembre 1993

# L'atelier du coin (2)

## 1 - L'ESPACE DE L'ATELIER

L'atelier occupe un très grand et très haut entrepôt délimitant un vaste volume mis à la disposition des "accompagnants" (1) et des stagiaires.

De la porte d'entrée, on a une première représentation de l'occupation de la salle.

**1.1 - Devant au premier plan, et à droite au premier plan,** des stagiaires travaillent à créer des objets par le dessin, la peinture, la linogravure, le découpage de surfaces en carton.

Ce sont des activités qui s'effectuent "directement", par le seul intermédiaire d'un crayon, d'un pinceau, d'une gouge ou d'une paire de ciseaux. L'objet créé l'est par la main seulement prolongée par un outil "peu technique", en principe facilement intégrable au schéma corporel.

**1.2 - A droite, au deuxième plan,** des stagiaires effectuent des travaux d'imprimerie, selon des modalités traditionnelles. Il s'agit de pratiques "spécialisées" ; la machine ou les objets manipulés (les caractères d'imprimerie par exemple) ont une fonction de transformation ou de mutation.

On est dans un univers plus technique supposant une compétence spécifique, une maîtrise de l'objet technique qui va au delà d'un prolongement corporel.

Les tâches peuvent être simples (déplacement d'un plateau) ou complexes (agencement de lignes d'écriture imprimée). Un certain marquage symbolique (des rayonnages) sépare ce deuxième plan du premier. Deux activités sont par là distinguées : celles qui "se font à la main" (1er plan), celles qui supposent la manipulation d'un objet technique spécialisé (2ème plan).

(1) Difficiles à désigner ces gens, artistes et artisans, qui cotoient les stagiaires. Formateur ne convient pas, appellation inadaptée au style du contact instauré. De la panoplie du travail social on aurait pu extraire : assistant, animateur, responsable, organisateur... rien de bien satisfaisant. On se résoudra à utiliser accompagnant.

**1.3 - A l'extrême gauche en entrant,** on trouve l'espace menuiserie, isolé par une rangée de "meubles" du reste de l'espace. C'est le lieu des machines dangereuses. Il s'y effectue des tâches de menuiserie, mais aussi des tâches de restauration concernant l'atelier.

**1.4 - Devant, mais au deuxième plan,** ce qui pourrait apparaître comme un "coin salon" peu confortable : trois sièges, sans table. Le "coin salon" sera ensuite déplacé vers l'entrée.

**1.5 - Au troisième plan,** deux petites pièces : lavabo, w-c pour l'une, bureau pour l'autre.

On note, en ce qui concerne le bureau, qu'il s'y trouve des machines les plus sophistiquées (informatique) et qu'il s'y traite des problèmes personnels des stagiaires (entretien avec une assistante sociale par exemple).

**1.6 - Dehors à droite de l'entrée,** un "fumoir", seulement matérialisé par un tonneau, réceptacle grandiose pour les mégots ordinaires.

Les murs sont chargés d'objets, d'affiches, de peintures créés par les stagiaires qui les présentent avec fierté aux visiteurs.

## 2 - L'OCCUPATION DE L'ESPACE PAR LES STAGIAIRES

Chaque stagiaire est à une place variable selon les moments, mais dont l'environnement immédiat semble "privatisé". On peut en effet se représenter un stagiaire comme ayant la maîtrise d'un territoire qui l'entoure et le protège (qui ferait "bulle" quand le besoin s'en fait sentir). Une distance suffisante entre voisins permet "d'être seul en la présence d'autrui". Cette impression, très prégnante au début du stage, s'atténue au fur et à mesure que le temps passe.

Des déplacements ont lieu :

- En direction du "coin salon". Il s'agit d'un espace de rencontre possible. Il n'est

pas officiel: il n'y a pas de "moments-rencontre" ou de réunions programmés. Par là est préservée la liberté de se rencontrer ou non, selon la situation psychologique et le désir des individus.

Mais cet espace est aussi utilisé de façon solitaire, à première vue pour se reposer, mais peut-être aussi pour s'apaiser dans le rien-faire, lorsque la tâche ou un événement du quotidien a pu faire violence à la personne. Sur la fin du stage, cet espace "est devenu un lieu de conversation, de retrouvailles et même de réception lors des visites" (2)

- En direction du "fumoir" et pour les mêmes raisons. Mais cet espace là est hors-atelier et permet donc, quand le besoin s'en fait sentir, de mettre une distance supplémentaire entre le travail et l'individu ou entre l'accompagnant et le stagiaire. Il s'y parle, parfois, de la vie privée des stagiaires, du temps qui s'écoule après le travail.

### 3 - LES QUATRE MODALITÉS DE PRÉSENCE DES ACCOMPAGNANTS

Il nous semble que les accompagnants ont quatre modalités de présence différentes auprès des stagiaires. Ces modalités sont inégalement réparties, certains accompagnants étant plus "spécialisés" en une modalité particulière, d'autres passant d'une modalité de présence à une autre selon les circonstances.

**3.1** - Une première modalité serait de travailler en présence des stagiaires. J'ai, par exemple, beaucoup entendu parler du "graveur" réalisant seul, mais dans l'atelier, l'esquisse sur bois d'un immense portrait. Il travaille "sur un projet qui lui est personnel, assisté pour son exécution par la structure de l'atelier." A ce propos, il était évoqué les mouvements des stagiaires quittant leur travail pour rejoindre cet artiste, regarder, repartir puis revenir.

Cette situation permet, par la vue et le rapproché de s'approprier quelque chose

de l'objet et de l'artiste ou l'artisan qui le crée. Situation non dangereuse qui préserve totalement la liberté ; le stagiaire peut en effet apprivoiser une situation selon son rythme et sans qu'il y ait contrainte. "Les relations informelles qu'il établit, d'homme à homme, autour de ce travail, de sa technique, avec les stagiaires, sont probablement formatrices. Mais c'est aussi sa concentration dans l'élaboration, son énergie tendue vers son but, la précision de la réalisation, la présence de l'œuvre en train de se faire, que les stagiaires côtoient et qui sont aussi riches et provocatrices d'interrogations (formatrices?)".

**3.2** - Une deuxième modalité serait le "travailler ensemble au même objet".

Deux personnes en relation de contiguïté, côte à côte participent chacun à la construction du même objet.

On connaît l'intérêt de ce positionnement qui fait naître un objet commun à deux personnes qui échangent entre elles. La menuiserie serait l'activité où cette modalité se repère plus fréquemment, ne serait-ce qu'en raison des contraintes liées à la dangerosité des machines.

**3.3** - Une troisième modalité serait l'intervention ponctuelle. Il s'agit d'une position plus ordinaire pour un formateur classique. Le formateur se déplace d'un poste de travail vers un autre, passant quelques minutes avec le stagiaire pour l'aider dans sa tâche.

Cette intervention pédagogique se doit d'être non persécutoire donc nécessairement brève, suffisamment "narcissisante", établissant un compromis entre les règles du métier et ce que le stagiaire peut en supporter ou en assimiler.

**3.4** - Une quatrième modalité serait le maillage. L'atelier est un "ouvrage" collectif, qui ne tient que si aucune maille ne file. L'ensemble doit être "contenu" dans la réalité comme dans la tête des accompagnants. Le maillage résulte d'une présence suffisante au groupe permettant des interventions étayantes portant sur les points de fragilité, interventions préventives sous forme de petites "touches" qui

(2) Les citations entre guillemets sans mention d'auteur sont extraites de textes écrits ou de rencontres soit avec les stagiaires, soit avec les accompagnants.

maintiennent l'équilibre avant que l'atmosphère suffisamment apaisée ne soit détruite.

## 4 - LA QUESTION DE L'INTRUSION ET LA MAITRISE DE L'ESPACE

Dans ses relations "actuelles", dans ses contacts avec l'extérieur, le psychotique se trouve mis en crise par ce qui est pour lui une intrusion violente, une pénétration meurtrière. Tout se passe comme si autrui et le monde extérieur, mettaient en danger son existence même, en menaçant de l'envahir.

A contrario donc, on est frappé de la facilité de contact à l'intérieur de l'atelier. L'observateur y est accueilli, bien accueilli, et les stagiaires tolèrent facilement qu'on échange avec eux sur leur poste de travail. Tout se passe comme si l'organisation et les pratiques de l'atelier opéraient un traitement de la problématique de l'intrusion.

**4.1** - Le stagiaire peut se protéger dans une "bulle", un micro-territoire, celui de son poste de travail, qui l'éloigne suffisamment de ses collègues.

**4.2** - Le stagiaire maîtrise ses déplacements ; des va-et-vient lui permettent de s'éloigner, de se rapprocher, de s'isoler, de communiquer. Cette maîtrise de l'espace permet de tester des relations sans risque d'être envahi, puisque l'on peut toujours se retirer. Le "fumoir", le "coin salon" permettent cette modulation relationnelle.

**4.3 - Les accompagnants sont "discrets" :**

a) Le travail ensemble comme le travail en présence des stagiaires permet une relation latérale de contiguïté et évite le face à face dangereux où l'un s'adresse à l'autre pour en obtenir quelque chose.

b) Les interventions ponctuelles sont des moments de contacts brefs, stoppés quand, manquant de tact, le contact en face à face fait violence.

c) Le "maillage" permet de rétablir des

liens souples lorsque l'espace psychologique tend à se rétrécir parce qu'une crise va surgir.

**4.4** - La psychologue passe, mais ne fait pas la psychologue; elle passe de l'un à l'autre, ajoutant son va-et-vient personnel, permettant aux stagiaires d'expérimenter des contacts brefs : elle entre dans la "bulle", mais ne fait pas intrusion. Elle travaille aussi dans son coin, disponible aux "visites".

## 5 - DES ESPACES MOUS ET DE L'EVOLUTION DES EXIGENCES

Ce qui permet donc à un groupe de psychotiques de se risquer à une expérience de formation, c'est d'abord un dispositif et des accompagnants qui évitent les situations susceptibles d'actualiser un vécu d'intrusion, ce qui provoquerait et la violence et l'angoisse.

La présence de "cartilages", ce que l'on pourrait appeler des "espaces mous", est ici indispensable. En font partie le "coin salon", le "fumoir", et tous ces va-et-vient qui sont mis en place par les stagiaires comme des espaces et des moments "mous", permettant les rééquilibres personnels sans lesquels les situations de travail pourraient faire violence.

En termes techniques, on devrait dire de ces espaces mous qu'ils font partie de la catégorie de l'intermédiaire et permettent aux stagiaires de "transitionner" leurs rapports au travail ou à l'objet produit.

Une réalité est là : l'outil technique, le modèle dont il faut s'inspirer, l'objet à produire. Cette réalité risque de n'être qu'un "trouvé", probablement persécutoire pour un groupe de psychotiques ; les espaces mous permettent de s'éloigner, de s'échapper provisoirement, avant de faire retour : trouver la distance, mettre l'objet-travail à bonne distance, distance évidemment variable selon les moments mais toujours entre vécu d'intrusion et indifférence.

Dès lors, l'objet-travail perd de sa dangerosité ; une condition préalable est remplie pour qu'il puisse être "créé", parce qu'investi de l'intérieur par le stagiaire. De "trouvé", l'objet travail est susceptible de

devenir un "trouvé-crée".

On voit bien que l'atelier n'est pas conçu sur le modèle d'une entreprise qui rechercherait exclusivement la productivité. Cela entraînerait les stagiaires dans un système d'exigences, les mettant nécessairement en échec.

En effet, si le travail ne pouvait plus être maintenu par eux à une distance à la fois suffisante et variable selon les moments, il produirait chez eux des contraintes susceptibles de perforer le Moi ou de l'envahir.

Mais justement parce que ces "espaces mous" remplissent leur fonction, les stagiaires apprennent peu à peu à s'en passer.

Après quelques mois, il y a beaucoup moins de va-et-vient, beaucoup moins de pauses, une plus grande concentration sur la tâche.

Il est possible de formuler et de rappeler des règles qui prennent la forme d'exigences auxquelles les stagiaires apprennent à se soumettre sans en être affectés. Ils peuvent du reste évoquer cette nouvelle situation avec le recul que permet l'humour : un stagiaire affichera dans l'atelier un "décret Jakubowicz" (du nom du psychiatre) réglementant les pauses-cigarettes "une fois 10 minutes ou 2 fois 5 minutes".

Simultanément s'introduit chez les stagiaires l'idée d'un contrat : "tel travail doit être réalisé pour telle date" ; on ne fait plus ce qu'on veut quand on le veut, les obligations sont prises en compte. Simultanément aussi le "gâchis" diminue : "la feuille est respectée, elle n'est plus tachée". On est bien loin du début du stage, où chacun "exécutait de façon automatique, la tâche qui leur était confiée. Il n'y avait aucune communication, aucun regard. Quelquefois le même mètre carré était peint et repeint une dizaine de fois. L'aspirateur continuait à être passé, alors que l'appareil n'était même pas branché". Parallèlement, la qualité des objets produits augmente.

## 6 - DE LA PRODUCTION

S'il y a des "espaces mous", ceux-ci restent dans l'intermédiaire ; ils n'envahissent pas le champ de l'atelier. Autrement dit, la production d'objets n'est pas là comme un prétexte, un faire-semblant, une façon d'occuper le temps.

Produire des objets, de nature soit artistique, soit artisanale, reste la tâche première et essentielle des stagiaires. L'objet est "considéré", résultant d'un projet réalisé, d'un contrat qui a pu être honoré. Les interventions pédagogiques de type technique comme ce que nous avons appelé le "maillage" rappellent que ce qui compte est bien ce qui doit être produit, et non pas la mise en place d'une relation de prise en charge.

Ces objets doivent être de "beaux objets". "On ne fabrique pas ici de brosses à reluire". Ainsi voudrait-on que se déploie un "espace artistique", non contaminé par l'espace psychotique : "mettre à distance des émotions qui étaient auparavant fusionnelles", tout en permettant un rapport intime à l'objet.

Mais l'originalité du projet de "l'atelier du coin" est peut-être au-delà. Ce qui fédère l'équipe et ce qui concrétise le projet, c'est l'existence de certaines œuvres individuelles que "s'approprie" ensuite partiellement le collectif de l'atelier, accompagnants et stagiaires.

"L'hypothèse est de proposer la proximité, le spectacle de la passion de la création, la participation technique à une œuvre de l'imagination comme espace connu d'interrogations poétiques et matérielles qui ouvrent un champ de liberté peut-être provocateur de nouvelles réactions, chez les stagiaires clos dans leur impossibilité de projet, d'initiative, de mouvement parfois".

Une œuvre de ce type obéit à certaines caractéristiques. D'une part elle est individuelle, création d'un artiste (ou d'un artisan) qui en est vraiment l'auteur. Mais d'autre part, secondairement et partiellement, elle est l'objet d'une réappropriation collective qui signe son existence dans l'atelier. Cette réappropriation opère au mieux quand la réalisation de l'œuvre nécessite un engagement des compétences de chaque accompagnant qui aurait à participer à sa mise en place grâce à sa technicité. Cette réappropriation nécessite aussi que les stagiaires soient à un titre ou à un autre (qu'ils y mettent la main ou qu'ils y mettent seulement le regard) associés ou seulement concernés par la création ou par la mise en scène de l'œuvre.

Tel serait l'axe de "l'atelier du coin", ce qui rendrait compte du projet, et ce qui fédère-

rait les individus. Le portrait gravé en serait l'exemple type, d'une autre façon aussi l'abécédaire, peut-être aussi le journal de l'atelier bien que différemment. Naturellement d'autres créations et d'autres productions moins exigeantes pour le collectif participent et enrichissent le projet, mais sans doute de façon moins axiale.

## 7 - APPORT NARCISSIQUE ET ESTIME DE SOI

Privilégier l'objet c'est naturellement donner valeur à celui qui l'a créé. Le regard que l'on peut porter sur l'objet réalisé, regard approbatif, connaisseur, admiratif constitue pour celui qui l'a créé, un apport narcissique venu de l'extérieur, renforçant ce que Freud a appelé Estime de Soi, sentiment nécessaire à l'être humain pour vivre en s'acceptant. Très caractéristique à ce sujet est l'immense tableau collectif sur papier qui frappe le regard quand on pénètre dans l'atelier. De ce bel ouvrage, il est parlé comme une référence ; il fait preuve : des objets sont ici créés, qui ne sont pas "pour s'occuper", mais qui vivent d'une valeur propre, donnant ainsi valeur à leurs auteurs.

La même chose peut être dite des lino gravures, cartes de voeux, journal, papiers à en tête qui sont autant d'objets ayant leur vie propre, et dont la qualité renvoie à des auteurs, des créateurs, non à des psychotiques et à des schizophrènes. Grâce au regard qu'autrui porte sur l'œuvre, une identité "narcissisante" d'auteur peut être intériorisée par le stagiaire et se substituer, peu ou prou, à l'identité de malade qui renvoie à l'exclusion.

Phénoménologiquement, on peut penser que le regard porté sur l'auteur d'une œuvre fait vivre à celui-ci une expérience nouvelle. Plus exactement l'auteur ou le créateur lit dans le regard du spectateur une représentation nouvelle de sa personne ; il ne se reconnaît plus totalement dans ce que ce regard lui renvoie lui-même. C'est bien de lui dont il est question, tel qu'il se connaît, mais c'est aussi d'un autre qu'il se découvre alors être, grâce à ce regard un peu étrange qui le désigne comme un créateur.

Expérience sous doute nouvelle, inquiétante car faisant vaciller l'identité connue mais aussi mutative car proposant une autre image donnant valeur à la personne.

Les stagiaires le sentent bien, qui revendiquent plus de contacts avec l'extérieur, non pas pour eux, mais pour leurs créations, un nombre plus important de visiteurs qui viendraient voir ce qu'ils font, mais aussi et surtout les moyens (par la vente d'objets) de faire la preuve que ce qu'ils produisent a une vraie valeur et qu'ils sont des auteurs.

Relevant de la même problématique, mais sous une forme particulière sont les activités que nous avons appelé "restauration du local". Pour certains stagiaires, elles ont été très importantes : peinture des murs, aménagements... Il en est parlé avec fierté; restaurer le local où le groupe travaille, et le donner à voir, c'est se restaurer soi-même par l'objet, se réparer en réparant, comme on se soigne en soignant.

## 8 - A QUOI SERT LE STAGE ?

Géré par l'AFPA, il entre dans la catégorie des stages de "réinsertion" dont l'objet est de permettre à des personnes de retrouver un emploi.

Quand on parle individuellement avec les stagiaires de "l'atelier", c'est effectivement le plus souvent l'aspect "réinsertion professionnelle" qui est mis en avant en début de rencontre, comme s'il s'agissait d'un code culturel reconnu ("on est là pour apprendre un métier").

Cet aspect professionnel représenterait la "montre" au sens de l'organologie (le terme de "montre" désignant ces jeux apparents donnés à admirer à l'avant d'un buffet d'orgue et qui sonnent avec puissance). Dire que l'on a appris ici l'imprimerie ou la menuiserie, souhaiter que l'atelier introduise une formation en maçonnerie ou en mécanique, c'est pouvoir dire et montrer que l'on est ici dans le professionnel connu, socialement reconnu.

Le "reste" n'a droit à l'existence et ne pourrait être considéré que parce qu'il n'est pas d'emblée donné à voir, n'étant ni désigné ni mis en évidence, ni objet d'un traitement sur le lieu même de l'atelier. Le reste c'est ce qui

est en arrière du buffet d'orgue, ce qui est caché-protégé par les jeux de la montre.

Mais la plupart du temps, très rapidement et sans qu'il soit sollicité, le stagiaire fait état, au moins par allusions, de ses difficultés psychologiques et de la façon dont il les gère, les a gérées ou voudrait les gérer.

Que dit-on de l'aspect réinsertion professionnelle ?

- Les stagiaires ne sont pas très convaincus que ce stage les prépare au travail en entreprise industrielle. Ils opposent facilement le bon (le stage) au mauvais (l'usine). Le stage est "cocon", "à la bonne franquette", "on est couvé", les accompagnants "cajolent". Et quand a lieu cette discussion avec les stagiaires, survient justement un formateur nanti d'un plateau pour le café. Non, ces formateurs ne sont pas des contremaîtres. "A la fin du stage (si on va en usine) ça nous fera drôle". "Ici il n'y a pas de chefs, mais de vrais hommes". En fin de stage c'est bien ce climat, entre discipline et laisser-faire qui est interrogé par les stagiaires. Chacun se situe sur cet axe entre la critique modérée : "c'est trop cool", "on prend de mauvaises habitudes", et l'approbation : "bonne sympathie", "c'est bien d'être assez libre", "ça fait reposer la tête".

- Certains accompagnants peuvent penser que le travail en atelier ne prépare pas à occuper un poste de travail à l'usine, mais peut par contre être une initiation au travail artisanal où "on gère son temps et son produit".

- Ceux des stagiaires qui "savent" ce qu'est le travail n'en sont pas très convaincu : "ce n'est pas l'apprentissage d'un métier, on ne fera jamais ce qu'on fait ici", ça apporte seulement le salaire".

- Et pourtant les stagiaires pensent que cette expérience est utile. A y regarder de plus près, ce que le stage ne propose pas c'est un modèle "mimétique" de l'entreprise, un apprentissage en cabine de simulation, même adaptée, allégée, assouplie pour tenir compte des individus ; ce n'est pas une première expérience, même aménagée, de travail en usine. Par exemple, les stagiaires "gâchent" en début de stage, du bois, du papier, ou du carton; compte ne leur en est pas demandé au nom de la productivité, puisque c'est l'objet réalisé qui seul compte

et que sa réussite suppose au préalable des échecs et des erreurs.

S'il y a formation pour un travail ultérieur, c'est donc à partir d'un modèle qui s'inscrit dans la différence par rapport à l'entreprise.

C'est "une période où on décompresse, on vit pas sur les nerfs", ça donne du caractère pour affronter l'entreprise".

Autrement dit, le stage serait "un moment-sas", un espace intermédiaire complètement différent de ce qu'il y avait avant pour les stagiaires (chômage ou usine) et de ce qu'il y aurait après (l'entreprise).

Ce moment-sas est un moment d'élaboration et de changement; il est agréable à vivre, on s'y sent; mais il est simultanément porteur d'anxiété car il interroge un avenir dont on n'a pas la représentation, ce qui inquiète fortement. "J'ai changé dans la tête, mais ce que je fais ici ne sert à rien dans le boulot".

Le stage "fait travailler la tête"; il "occupe nos pensées". Expérience nouvelle : avant "la tête est vide", on est "dans la solitude intérieure" ou alors "on se remplit la tête avec l'alcool", "ou avec les disques et la radio". Ce moment-sas gère la crise.

## 9 - QUI SONT-ILS ?

Ce que nous avons dit montre que l'individu en stage n'est pas en position de "travailleur", dans le sens où les contraintes et les caractéristiques qui constituent de l'extérieur un travailleur ne lui sont pas appliquées.

Par contre, ce que nous avons dit au paragraphe 6 montre l'importance de la production : le stagiaire est un producteur d'objets ; l'objet créé n'est pas un prétexte pour autre chose (une thérapie, une assistance psychologique), il existe avec une valeur propre, il est considéré.

Pas d'identité de travailleur donc, mais un créateur ou un producteur. Pas d'identité de malade non plus ; et pourtant la fragilité psychique n'est pas déniée : il peut être question de leur vie, de leur passé, de leurs problèmes, au "fumoir" par exemple.

Mais si l'espace atelier est suffisamment protégé des effets de la psychose, c'est qu'il existe un "ailleurs" susceptible "d'éponger"

des manifestations pathologiques quand la pression est trop forte. "Allez voir de l'autre côté du canal" dit-on ; il s'agit du centre de consultation psychiatrique dont l'existence rassure, (elle est un recours disponible) et permet que la dimension "maladie" des stagiaires n'interfère pas trop avec le travail dans l'atelier puisqu'elle se traite ailleurs. Cette fonction symbolique se concrétise par des rencontres individuelles avec le psychiatre qui ont lieu régulièrement.

## 10 - LA FIN DU STAGE

Nous disions plus haut que le stage gère la crise. Cette situation privilégiée a des effets de changements que tout le monde observe chez les stagiaires, mais au moment où elle se déroule. On ne sait rien de ce que sera l'après-stage. Le présent (le stage) fait étayage pour des individus qui n'en ont plus guère d'autres, alors que le futur est mal anticipé.

D'où une question. Passer de la gestion de la crise à une sortie de crise interroge la période de fin de stage : la représentation d'un avenir aura-t-elle progressé, les stagiaires pourront-ils anticiper leur futur, se séparer par l'imagination de la période heureuse de stage pour rêver d'un ailleurs et d'un plus tard qui ne seraient plus seulement terrifiants.

D'où la première hypothèse : la sortie de crise vers un "vivre autrement" nécessitera, en période de fin de stage, un traitement de l'idéal, l'élaboration d'un deuil du stage "cocon", quelque peu merveilleux. La sortie de crise nécessite que les stagiaires aient acquis une ambivalence vis à vis de l'expérience qui s'achève. S'en détacher pour autre chose suppose qu'ils aient renoncé à maintenir le stage comme un objet-miracle, un moment où l'on a retrouvé le plaisir archaïque du nourrisson comblé par la dévotion maternelle. Travail sur le stage donc, déconstruction partielle de la représentation "archaïque" qu'on pouvait en avoir.

D'où la deuxième hypothèse : ce travail de deuil s'effectuera d'autant plus facilement que les accompagnants auront pu ne pas se

laisser "absorber" par le désir des stagiaires qui déposent en eux un idéal maternel de prise en charge : "ils me prennent la tronche avec leurs problèmes personnels, et ils m'entraînent si je me laisse faire". Il leur faut rester des hommes d'art ou de métier, intéressés d'abord par la création et la production d'objet ; leur pratique est alors "lacunaire" et partielle, ne répondant pas à toutes les demandes, ne satisfaisant pas tous les besoins. Pour les accompagnants aussi, il y a un deuil à faire, celui d'un idéal qui serait d'avoir à répondre à toutes les attentes. Heureusement, pourrait-on dire, le psychotique, par ses exigences et par ce qu'il impose à autrui de situations difficiles, travaille au deuil de l'accompagnant.

Mais, et c'est la troisième hypothèse, le stage est aussi pour les stagiaires une situation de "progression". Les accompagnants, dans leur contacts, font alliance avec cette partie du Moi qui tend à l'autonomie, à établir avec la réalité une relation non régressive. Les stagiaires (une partie du Moi des stagiaires) attendent aussi qu'un avenir se découvre possible, ce qui facilitera le détachement de fin de stage.

Les contacts que nous avons en fin de stage, semblent indiquer que les stagiaires arrivent effectivement à penser la séparation, avec moins d'angoisse qu'on pouvait le craindre. Par contre les fêlures sont visibles à l'intérieur de l'équipe des accompagnants, fêlures qui ne se manifestaient pas avant. Tout se passe comme si les stagiaires avaient déposé leurs difficultés liées à un avenir incertain sur le groupe des accompagnants, ce qui aurait eu des effets de relative déstabilisation.

## 11 - CONTINUITÉ DE L'EXPÉRIENCE

L'ambiguïté de la position du stagiaire a pour effet de rendre particulièrement inconfortable celle de l'accompagnant. Il est là pour "encadrer" des individus dans une démarche de production d'objets artisanaux ou artistiques. Il tire sa légitimité de sa compétence professionnelle.

Mais il ne peut espérer faire fonctionner l'ensemble et éviter les crises individuelles

que s'il prend en compte qu'il a affaire à des malades.

Mais s'il "s'occupe de malades", il n'est plus centré sur l'objet produit... on voit l'enchaînement vertigineux de l'impossibilité théorique.

Et pourtant, cela fonctionne, mais comme un paradoxe. L'accompagnant contient en tension deux éléments antagonistes : il aide à une production qui le légitime (il est centré sur la tâche), mais il gère aussi des situations de crises individuelles (il est alors centré sur la personne). L'humour est pour certains une façon de traiter cette difficulté.

L'expérience s'effondrerait si cette contenance en tension disparaissait au profit d'une résolution de la tension par suppression d'un des éléments antagonistes. L'expérience actuelle a pu éviter le risque : stagiaires et accompagnants sont en position instituante, ils créent ensemble quelque chose de nouveau porteur d'idéal ; les liens que le projet a créés surmontent les antagonismes et renforcent en retour le projet.

Un deuxième stage n'aura pas cet atout ou en disposera de façon plus restreinte. A ce moment, deux pièges seront à éviter :

**1)** - D'abord la banalisation d'un recrutement des stagiaires. Il serait plus simple, et sur la pente du naturel, d'éliminer une des difficultés. Recruter des malades en voie de réinsertion, ou sans grands problèmes. Alors, on aurait un stage de formation qui pourrait se rapprocher du modèle habituel et rassurant, et tutoyer l'entreprise industrielle.

**2)** - Ensuite la subjectivisation. On recruterait bien des malades psychotiques mais on sacrifierait le projet qui est de produire des objets. On ne s'intéresserait alors qu'aux malades, à leurs problèmes et à leur prise en charge ; on les chargerait d'une identité psychotique de dépréciation, on renoncerait à ce qu'ils fassent, à ce qu'ils créent des objets ayant valeur. On reproduirait alors un espace de soin, avec utilisation de médiations (dessins, gravures...) dans le seul but de faire progresser une relation soignante. On réinventerait alors une forme d'ergothérapie.

Pour que le maintien en tension de ces deux éléments antagonistes reste possible dans un stage ultérieur, il faudrait probablement que ses effets en soient analysés systématiquement dans la réunion accompagnants/psychiatre; il faudrait aussi que le caractère paradoxal du projet puisse être rappelé dans son aspect fondateur.

## 12 - CONCLUSION

De l'expérience de Montceau-les-Mines, on pourrait retenir les conclusions suivantes.

**1)** - Mettre en stage ensemble un certain nombre de patients psychotiques n'aboutit pas à un "résultat" homogène, qui serait le même pour tous. Les individus sont au départ très différents, et la rapidité de leur évolution en stage n'est pas identique.

De ce fait, certains pourront directement s'intégrer dans un stage de formation de modèle courant ou éventuellement trouver directement du travail ; le réseau qui accompagne le stage (A.F.P.A, COTOREP, ANPE) joue ici un rôle particulièrement important pour servir de soutien et d'intermédiaire dans ces démarches de réinsertion qui sont difficiles à réaliser par les stagiaires ; il s'agit de mettre en lien le dedans de l'atelier et le dehors professionnel.

D'autres stagiaires (la majorité) ne pourront pas encore réussir une adaptation de longue durée à une situation professionnelle ou de formation dite normale.

**2)** - Si un succès en termes de réinsertion sociale, ne peut pas être garanti pour tous, par contre les caractéristiques du stage entraînent pour tous une évolution dans les rapports sociaux et dans les relations à autrui. Le dispositif mis en place, les modalités des contacts inter-individuels (et notamment accompagnants-stagiaires) ont des effets manifestes que l'on pourrait décrire en termes d'apaisement, d'assouplissement des comportements, de prise en compte "réaliste" du monde extérieur, d'échanges et de contacts là où il n'y avait que solitude.

Le dispositif mis en place évite que ne se

répètent les vécus d'invasion par une réalité traumatique qui ferait violence ; il permet que les individus s'approprient à leur rythme les situations sociales qui leur sont proposées. Les exigences de la formation (les règles du métier) sont progressivement respectées parce qu'elles ne sont introduites que quand elles ne feront plus violence et pourront être intériorisées.

S'il n'y a pas pour tous insertion, il y a pour tous changement psychologique, donc effet de soin (et justement parce que ce n'est pas le soin qui est visé mais l'insertion).

"Entendre des gens qui parlent maintenant alors qu'ils étaient prostrés et muets il y a quelques mois, un sourire de malice à une blague, le calme d'Annie quand elle grave son écureuil...".

C'est donc aussi au destin que ce changement, certain mais fragile (encore à la merci d'expériences négatives), qu'il faudra s'intéresser.

**3)** - Les caractéristiques originales de l'expérience qui permettent l'effet constaté (voir supra) peuvent être résumées ainsi :

**a)** Un respect des "micro-territoires" de chacun, c'est-à-dire de la zone qui protège et où l'on ne rentre qu'avec l'accord de l'occupant.

**b)** La possibilité de chacun de trouver la "bonne distance psychologique" avec les objets et les personnes, dans des mouvements de rapprochement, d'éloignement, de retrait, d'investissement qui permettent "l'entrée en familiarité" et l'évacuation du danger.

**c)** Des accompagnants qui s'acceptent porteurs d'un paradoxe : leurs pratiques ont des effets de soin quand il ne cherchent pas à se soigner. Ils restent centrés sur ce qui est leur métier (artistique ou artisanal) qu'ils pratiquent soit à côté des stagiaires qui peuvent s'y mêler, soit avec les stagiaires (un travail en commun) ou qu'ils transmettent de façon pédagogiquement plus classique, mais par de petites interventions souples.

**d)** Le rapport très intime de l'artiste ou de

l'artisan au "bel objet" communique probablement au psychotique quelque chose d'un travail de l'imaginaire différent et pourtant peut-être apparenté à celui de la psychose, ce qui permet une certaine appropriation.

**e)** Le "bel objet" donne à son créateur une dignité de sujet, loin d'une identité de malade, en lui fournissant, directement et par l'intermédiaire de ceux qui regardent l'objet créé, des apports narcissiques confirmant sa valeur propre.

**f)** Ce qui fait axe, ce qui peut fédérer l'équipe et concrétiser le projet de l'institution, c'est la production, de temps à autre, d'une œuvre créée par un artiste, œuvre qui lui est personnelle, mais que le collectif de l'atelier se réapproprie secondairement, en la mettant en place comme on met en scène une pièce de théâtre.

**4)** - Rappelons que le modèle général qui a permis ce constat d'évolution est la constitution d'un stage qui ne cherche pas à préparer directement à une vie professionnelle en entreprise, avec des exigences analogues et un type de travail voisin.

Ce stage est "d'insertion" pour des psychotiques parce qu'il est différent, moment-sas original qui n'est proche ni de la vie qu'ils ont connue, ni des situations de travail que propose une civilisation industrielle.

Il est pourtant absolument centré sur le travail ou la production d'objets et de beaux objets si possible. On voit qu'il a su éviter un piège majeur : se transformer en milieu soignant et mettre la "prise en charge" des personnes au premier plan. Pour une part importante, c'est l'existence "de l'autre côté du canal" d'une consultation de psychiatrie qui a permis que la psychose soit "contenue" ailleurs et n'intoxique pas la vie à l'atelier.

**Paul FUSTIER**

Octobre 1993



## EXCLUSION ET LIBRE ACCÈS AUX SOINS

Jean-Pierre MARTIN

Psychiatre chef de service du 1er Secteur de Paris  
membre du C.E.D.E.P.

Les institutions sanitaires sont confrontées de longue date à la question de l'accueil des errants.

L'imagerie populaire du 19ème siècle en témoigne dans la représentation du fou comme vagabond épileptique (le film de Tavernier "Le juge et l'assassin" la met en scène de façon saisissante).

La réponse soignante se confond alors avec la fonction d'asile, au prix de l'enfermement.

Les sans domicile fixe (S.D.F.), appellation administrative des gens à la rue, sont une forme moderne de ces vagabonds, dans une société profondément changée. Nous sommes en effet passés des débuts de l'industrialisation avec les grandes migrations de la campagne vers la ville, à la crise même des fondements économiques qui structurent cette société industrielle, dont les mutations se traduisent par des vagues de licenciements, la remise en cause des droits vitaux pour de larges couches de la population. Le monde actuel n'a d'ailleurs pas fini d'accumuler les effets des politiques néolibérales en termes de déréglément, d'exclusion.

Dire la continuité avec le vagabondage du 19ème, c'est décrire des réalités urbaines, mais aussi des représentations stigmatisantes de l'étrange, des peurs qu'elles alimentent.

Dire la différence c'est décrire une société où le mode de production et le mode de vie ont évolué, et en particulier les institutions sanitaires.

La psychiatrie est ainsi passée de l'aliénisme et de l'asile, lieu du grand renfermement, à des formes médicalisées et à l'hôpital comme lieu de soins contractualisé par les droits sociaux.

Plus récemment, la politique de secteur a ouvert les pratiques de soins dans la ville, valorisant les soins de proximité, tendant à remettre en cause l'hospitalisation comme processus d'exclusion et d'enfermement.

Les choses sont cependant loin d'être totalement acquies, et la question des S.D.F., des personnes à la rue ou en situation précaire, vient opportunément nous le rappeler. Nombreux sont en effet ceux qui se retrouvent à l'hôpital

durablement, du simple fait de la perte d'un logement, de ressources vitales.

Nous pouvons ainsi observer dans l'établissement où nous avons nos lits d'hospitalisation, le Centre Hospitalier de Perray Vaucluse, une augmentation du pourcentage de la population hospitalisée sans domicile de 10 % en 5 ans.

Mais il faut également observer que la politique de secteur, elle-même, dans son intégration aux différentes politiques de protection sociale, produit de nouvelles formes d'exclusion sur le terrain.

Une des plus manifestes est l'exclusion par absence de domiciliation. Ceux qui sont laissés pour compte n'ont plus alors accès à des soins réguliers par une même équipe, mais sont soumis aux aléas de techniques de distribution (gérées à Paris par le Centre Psychiatrique d'Orientation et Accueil (C.P.O.A.) et l'Infirmier Psychiatrique près la Préfecture de Police (I.P.P.P.) qui amènent ces patients à aller d'un service de soins à l'autre, d'un hôpital à l'autre.

Dire ceci ne signifie pas une volonté délibérée des soignants d'exclure cette population dans un grand nombre de cas, mais une pratique insidieuse globale, qui ne s'avoue pas comme telle.

La protection sociale dans son fonctionnement global produit les mêmes avatars. Ne faut-il pas une domiciliation pour toucher le R.M.I.?

On ne doit qu'aux bricolages d'associations qui acceptent d'être considérées comme domiciles de secours, l'ouverture de possibilités concrètes de dépasser cette situation.

Il s'agit donc là d'un problème structurel qui concerne l'ensemble du corps social, mais aussi les modes de socialisation de chacun.

Notre intervention, dans ce colloque, vise à décrire comment, à partir de la pratique d'un centre d'accueil et de crise (celui du 1er Secteur de Paris), nous tentons une approche de cette population à la rue.

Le centre d'accueil et de crise est issu d'une compréhension de la *politique de secteur*,

comme une **présence permanente** sur le territoire, **au plus près** des besoins de la population, favorisant l'**accès aux soins**.

Ouvert 24 h sur 24, rompant avec l'hôpital comme centre du système de soins, il repose sur une *écoute* de chaque instant, la *compréhension* des symptômes *dans leur contexte*, la *mobilisation* de l'environnement du patient dans le *travail d'aide et de soin*, une volonté de *favoriser les démarches préventives*.

Le *temps pris dans la rencontre*, vise à permettre le *dialogue* et *construire des relations de confiance*, à favoriser la *dimension subjective* afin d'associer le patient à son traitement, de le rendre acteur de ce traitement.

Le centre d'accueil reçoit le tout venant, de la situation d'angoisse existentielle passagère aux psychoses les plus graves, avec des séjours qui peuvent durer 7 jours (5 lits).

Il évite ainsi de nombreuses hospitalisations (baisse de 30 % en 3 ans), mais aussi des procédures d'exclusion sur place, *ces moments où tout bascule*, comme le décrivent de nombreux patients.

Cette démarche permet de travailler particulièrement la notion de **recherche du consentement** aux soins en réduisant les situations de contrainte légale.

Ceci nous amène ainsi à faire le lien entre le droit au libre accès aux soins et la critique de la loi du 30 Juin 1838, réactualisée par la loi du 27 Juin 1990, qui ne prévoit pas ce temps de recherche du consentement comme préalable à toute hospitalisation, le réduisant à un état de fait acquis ou pas.

Enfin, comme structure permanente sur le terrain, il fait de *l'équipe psychiatrique un interlocuteur crédible* et ouvre la possibilité d'un **travail de réseau** avec les autres intervenants médicaux, sociaux, représentants de la population.

C'est dans cette dynamique que nous avons commencé à recevoir des personnes en situation d'errance au même titre que les autres.

Ceci m'amène à donner aujourd'hui quelques éléments marquants des constats faits par l'équipe au fil des années.

1/ La venue directe est rare, le plus souvent relayée par un service social ou une association. Il concerne un nombre limité de patients (40 sur 500 en 1992).

Sans doute retrouve-t-on ici les craintes du marquage psychiatrique qui sont celles de l'ensemble de la population (que l'on retrouve également chez les travailleurs sociaux).

Mais nous nous interrogeons également sur la capacité de cette population à repérer cette possibilité d'accès aux soins, ainsi que celle de l'institution d'élaborer des démarches spécifiques, en particulier en liaison avec les autres intervenants.

2/ Ce qui apparaît remarquable dans toutes les situations d'errance, c'est *la perte des repères*

*élémentaires* (horaires, espace, institutions...), du fait non seulement du déracinement et de la marginalisation sociale, mais aussi de la perte de la conscience de *soi*, ou du moins de *son altération profonde, dont une des expressions est le désinvestissement de la notion de droit*. Ce sont des personnes sans droits au sens plein du terme.

3/ Les ruptures familiales et affectives sont toujours présentes, alimentant des sentiments d'abandon, d'effondrement des repères identificatoires, des états de frustration permanentes, légitimant les tendances destructrices.

4/ *La réalité de la rue*, avec son climat d'agression ou d'indifférence favorise les replis dépressifs, la confusion mentale et les constructions persécutatoires, selon l'histoire individuelle de la personne.

5/ La solitude est la constante globale de l'ensemble des situations vécues.

6/ *Un tiers de ces patients ont déjà connu les institutions psychiatriques* avec des décompensations pathologiques connues, que ces épisodes soient une conséquence de la vie dans la rue ou cause de cette mise à la rue.

**L'approche de ces patients** s'est avérée par conséquent *difficile et exige une disponibilité particulière*.

- Ainsi la *notion de rendez-vous* a peu de sens dans une première approche.

Il est nécessaire d'accepter le passage de la personne quand ça se trouve, quand son itinéraire de galère l'amène par là, d'accepter les *contacts répétitifs et peu productifs*.

La construction d'une *relation de confiance* est plus longue et longtemps aléatoire.

- Le risque majeur nous paraît être *la culpabilisation* qui renforce immédiatement les *défenses persécutatoires*. La *méfiance de la psychiatrie*, souvent alimentée par des expériences antérieures, est alors dominante.

- Les difficultés se traduisent également dans *la relation avec les intervenants sociaux* mobilisés par ces personnes.

Les soignants en psychiatrie travaillent *dans un temps différé* et, contrairement à la majeure partie des institutions sociales, *n'ouvrent pas accès à des ressources de secours*, comme les aides financières, l'hébergement d'urgence, les apports alimentaires, l'hygiène...

Il y a là une *source d'incompréhension constante*.

- *Traiter cette incompréhension, est une façon de construire une relation suivie avec les différents intervenants d'un réseau possible et aider nos patients, en particulier S.D.F..*

Nous tentons de réaliser cette démarche avec plusieurs associations et les services sociaux, sous une forme de *réunions* et de *contacts réguliers au cas par cas*.

Ce travail est conséquent au moins avec une association de rue, Aux Captifs la Libération, qui permet de cerner *la compétence de chacun et la complémentarité du travail* autour d'une personne en difficulté.

Cet ensemble de données indique des  **pistes possibles pour l'accès aux soins des S.D.F.**, comme pour l'ensemble des personnes en situation de grande précarité.

La situation à Paris est de ce point de vue très insatisfaisante, chacun campant sur des positions très institutionnelles, où la question des errants est peu prise en compte.

Les hospitalisations psychiatriques par des voies légales (internements) se multiplient du fait de cette absence de réponses élaborées collectivement.

Pour conclure, et pour balayer devant notre porte, il me semble que deux propositions devraient être immédiatement débattues dans l'ensemble des équipes de soins en psychiatrie.

La première est le nécessaire suivi d'un patient avec domicile ou sans, après hospitalisation par l'équipe qui a commencé le travail de soins.

La deuxième est le rappel de la loi quant au libre accès aux soins, quels que soient les lieux des pratiques, afin de mettre fin à ces pratiques discriminantes, qui consistent à ne donner un rendez-vous, dans certains dispensaires, par exemple, qu'aux habitants domiciliés sur le quartier.

Dans une grande ville comme Paris, il y a urgence à agir structurellement dans ce sens, ce qui signifie aussi donner les moyens nécessaires pour y faire face.



Wissenschaftliches Symposium  
"Sozialpsychiatrie im Wandel"  
anlaesslich der Verabschiedung  
von Erich Wulff

3-4 Octobre 1993, Hannover (Allemagne)

AGOSTINO PIRELLA,  
Turin, Italie

PERSPEKTIVEN EINER SOZIALEN PSYCHIATRIE  
AUS DER SICHT DER ITALIENISCHEN PSYCHIATRIE-REFORM

Je suis particulièrement heureux, et même ému, d'être ici pour rapporter les expériences italiennes à l'occasion du Symposium en l'honneur de Erich Wulff. En effet, j'ai avec lui un lien depuis au moins deux décennies, au cours desquelles une rencontre féconde a eu lieu, concernant le travail de critique scientifique, sociale et "politique" de la psychiatrie classique. Psychiatrie classique qui, de son côté, vivait déjà une grave crise de légitimation à partir de la deuxième moitié de notre siècle, après avoir triomphée, avec la "solution asilaire", pendant tout le siècle précédent jusqu'à la première moitié du vingtième. Je ne dois pas rappeler ici de quel genre de "triumphes" il s'agissait. Toutefois il n'est pas inutile de dire que non seulement la critique mais aussi la recherche historique sur cette époque-là, et sur les manières d'organiser les réponses psychiatriques, est de grande actualité encore aujourd'hui. Il ne faut rien oublier de tout cela.

Cependant il ne s'agissait pas que de travail critique. Tout au long de ces années nous avons travaillé à projeter et à construire des pratiques - pas seulement psychiatriques - capables de répondre, tout en refusant tout modèle répressif, aux besoins de santé, de communication et de liberté des citoyens moins favorisés et avec moins de ressources, qui étaient exposés aux risques non seulement de "maladie mentale" mais aussi de marginalisation et d'exclusion sociale.

Apparemment tout cela semble appartenir au passé. En réalité la construction de ces pratiques est un problème toujours présent, aussi bien dans les sociétés européennes qui entament une période de nouvelles cohabitations et de nouvelles tensions ethniques, qu'en dehors de l'Europe.

Ma communication est constituée de trois parties.

Dans la première partie je vais donner quelques renseignements sur l'état d'application de la loi de réforme psychiatrique en Italie et sur les initiatives politiques et parlementaires liées à elle. Je dois supposer, à ce propos, que ceux qui m'écoutent connaissent, dans les grandes lignes, les nouveautés introduites par la réforme et les expériences qui l'ont précédée. En tout cas je suis à votre disposition pour les questions et les éclaircissements qui seraient nécessaires.

Dans la deuxième partie je vais mettre en évidence les caractéristiques principales des innovations, sur la base des expériences dont j'ai une connaissance directe. En particulier je vais décrire une expérience pilote dans la ville de Turin, qui montre la possibilité et, plus encore l'utilité et la nécessité, d'affronter un travail avec les patients psychotiques graves (ou mieux : patients conditionnés par des facteurs qui mettent en œuvre des risques graves d'exclusion et de répression et qui orientent les soignants vers des pronostics sévères), en l'absence de "structures" cliniques d'hospitalisation, et même, en alternative ouverte à celles-là.

Je vais terminer avec quelques considérations générales, peut-être trop brèves, sur ce que je pense du futur de la psychiatrie. En particulier par rapport aux changements de l'organisation sociale et à la crise du Welfare State.

1 - On sait que l'innovation législative au sujet de l'assistance psychiatrique en Italie remonte à mai 1978, au moment de l'approbation du texte de la loi 180. Cette loi prévoit, entre autres, de

manière spécifique, le dépassement des hôpitaux psychiatriques (OP) et la création de services communautaires pour la santé mentale (SSM). Au mois de décembre de la même année a été approuvé aussi le texte de loi générale qui fondait le Service sanitaire national. Celui-ci était organisé dans les Unités sanitaires locales (USL), les organismes unitaires d'administration et d'organisation pour la défense de la santé dans sa globalité, pour la prévention, le soin et la réhabilitation. Le texte de la loi 180, avec un nombre réduit de modifications, était confirmé et approuvé par le texte général.

Le passage de l'administration et de l'organisation des activités psychiatriques et de santé mentale aux USL, a eu lieu dans les années qui ont suivi, avec des temps différents selon les régions, qui profitaient, depuis 1970, d'une autonomie législative.

C'est normal qu'une si forte innovation, qui confirmait les pratiques les plus avancées (contre l'OP, contre le traitement obligatoire, dans le respect du droit du malade), ait été appliquée lentement, avec difficulté et qu'elle ait subi aussi des boycottages. Les rares recherches réalisées dans la première moitié des années 80 (CENSIS, 1984) ont démontré que seulement 14% des SSM pouvait être considérés comme appropriés aux nouvelles normes, tandis qu'une partie considérable du pays manquait encore de services dans le territoire. Dans ces cas-là, on se limitait à accueillir les cas "aigus" dans les nouveaux services des hôpitaux généraux, avec un système de travail qui était souvent imprégné de la vieille logique asilaire.

Les initiatives législatives du gouvernement avaient tendance à confirmer ces vieilles pratiques et à décourager tous ceux qui se battaient en faveur d'une large application de la réforme et pour sa diffusion. Une commission avait été créée auprès du Ministère de la Santé, dans laquelle les partisans de la réforme étaient en nette minorité. Toutefois, un accord essentiel entre les psychiatres des différentes tendances (dont ceux de Psychiatrie Démocratique, PD), avait permis de formuler un plan d'application, qui mettait de côté, pour le moment, les propositions de modification de la législation en vigueur.

Entre temps, en 1983, avait été élue au Sénat Franca Ongaro Basaglia, la co-fondatrice de PD, qui était aussi la femme et la principale collaboratrice de Franco Basaglia, celui à qui on doit, déjà à partir du début des années 60, les expériences de critique pratique de la psychiatrie asilaire. Avec l'aide de PD, Franca Ongaro Basaglia formulait un projet complet d'application de la loi 180, qui eu l'approbation de différentes fractions politiques (même de certains représentants de partis au gouvernement). Dans le projet étaient prévu : la part de

financement du fond sanitaire national à consacrer aux SSM; la reconversion des dépenses des OP aux SSM; les normes en personnel; la typologie des services et des structures; la participation des organismes sociaux (y compris le dénommé "privé social", c'est-à-dire les coopératives de travail, les associations de self-help, etc.); les organes de contrôle et de vérification. Le fond de garantie et d'alternative à la logique asilaire du texte de loi était ainsi confirmé, sur la base des expériences qui, avec beaucoup d'efforts, s'affirmaient dans tout le pays. La lutte pour le dépassement des structures asilaires et pour la réalisation des nouveaux services recevait aussi une impulsion grâce à la création d'une coordination nationale d'associations de familles favorables à la réforme. Ces associations se différenciaient d'autres associations, actives surtout à Rome, qui s'opposaient à la réforme à cause, entre autres, du fait des mauvaises conditions de l'assistance dans la capitale, où seulement un petit nombre de services, dans lesquels travaillaient des opérateurs progressistes et responsables, essayaient d'appliquer les normes et l'esprit de la loi 180. (Ces derniers ont fondé, en 1992, une revue qui recueille leurs expériences et leurs propositions. Le titre de la revue est justement, "Propositions pour la santé mentale").

Pour ce qui concerne les modalités d'application de la réforme, on peut encore aujourd'hui utiliser, dans leur esprit, les modèles qui ont été repérés dans les années précédentes. Il s'agit des modèles suivants :

*1<sup>er</sup> modèle : le modèle hospitalo-dispensarial.* C'est une application "simulée" de la réforme, parce que le nouveau service hospitalier est au centre et suffisamment "fort"; il concentre donc la grande majorité du personnel et des interventions. Les services dans la communauté sont limités aux dispensaires. Ils sont ouverts quelques heures par jour et leurs prestations ne sont pas incisives : il s'agit juste de contrôles pharmaco-thérapeutiques et de rares psychothérapies pour des cas "légers" et privilégiés. Il n'y a pas des programmes de dépassement des OP, ni de projets alternatifs aux longues hospitalisations; celles-ci sont, au contraire, encouragées par le recours fréquent au lit hospitalier, accompagnées d'une méthode répressive de travail. Les ex-malades de l'OP sont abandonnés à eux-mêmes.

*2<sup>ème</sup> modèle : le modèle alternatif à l'OP.* On crée et/ou on utilise un réseau, social et sanitaire complexe, capable de donner les réponses nécessaires, sans sélectionner les cas. On réalise un programme de socialisation et de réhabilitation en faveur des malades qui sont restés dans les OP, pour son dépassement concret. Le SSM s'organise de

manière à offrir au malade différentes possibilités d'intervention (y compris l'accueil nocturne). L'hospitalisation reste une option exceptionnelle et de courte durée. On soigne les rapports avec les médecins de base, avec les spécialistes du secteur, avec les écoles, avec les organismes sociaux et avec la population dans son ensemble, même pour les initiatives de prévention. On valorise les coopératives, les associations de self-help, l'autogestion.

### 3ème modèle : le modèle de rationalisation.

Il est intermédiaire entre les deux précédents modèles. En effet, la réalisation d'alternatives ne se pose pas l'objectif d'un véritable dépassement de la logique asilaire, mais, en quelque sorte, sa confirmation dans la communauté. A la fin, on pose la nécessité d'une ré-ouverture de l'OP car une méthode de travail répressive, parcellisante et objectivante, favorise la chronicité et la dépendance des assistés. On sous-estime l'importance d'un programme efficace pour le dépassement de l'OP, en tant que modèle de travail valant aussi pour l'autogestion et le self-help.

Après les élections de 1992 le Gouvernement, avec le ministre de la Santé, le libéral De Lorenzo, a pour objectif de démanteler le Service sanitaire national, de soutenir les initiatives du privé commercial et les entreprises privées d'assurance : dans ce sens il a reçu du Parlement une ample délégation, qui va avoir une retombée négative sur l'assistance psychiatrique. Il faut noter que le premier ministre, le socialiste Amato, s'était fait remarquer, dans les années précédentes, par son opposition acharnée à la réforme psychiatrique, par ses interventions particulièrement haineuses dans la presse. En avril 1992, quand il n'était pas encore premier ministre, il a présenté un projet de loi dans lequel sont prévues des modifications insidieuses de la structure législative actuelle. On peut résumer ces modifications en trois points.

1) Les OP peuvent être réutilisés comme résidences sanitaires assistentielles (pour handicapés et personnes âgées) et pour d'autres structures non sanitaires (c'est-à-dire pour sociales). De cette manière on peut à nouveau parquer dans les OP, les sujets qu'on veut marginaliser.

2) On attaque les bases de garantie légale du Traitement Sanitaire Obligatoire. On envisage que le médecin, dans "un cas de nécessité" et "afin de préserver le malade du danger imminent et grave envers lui-même", puisse exercer, en absence de toute autre forme de garantie et de contrôle, "des actes restrictifs - même temporairement - de la liberté de l'individu". On récompense, donc, une méthode de travail répressive, et on risque de décourager, à l'intérieur de la structure sanitaire,

les compétences exclusivement de soins et/ou de réhabilitation. On donne, à nouveau, aux structures sanitaires des fonctions impropres de type répressif et de garderie (de contrôle).

3) Des conventions avec le secteur privé spécialisé sont prévues, explicitement. Celui-ci entrerait ainsi en concurrence avec le secteur public, même là où le secteur public n'est pas encore assez fort à cause de l'inertie des pouvoirs publics. En même temps, on méprise le dénommé "privé social" qui au cours de ces années a travaillé en coopération avec les services publics en faveur de la socialisation et de la réhabilitation des assistés.

Depuis quelques mois, un nouveau gouvernement et un nouveau ministre de la santé (le ministre précédent a été entraîné dans de très graves scandales), ont créé l'énième commission de techniciens pour réexaminer les différentes propositions de loi. Certaines de ces propositions (élaborées par les forces politiques progressistes) utilisent le schéma préparé dans la précédente législature par Franca Ongaro Basaglia. La situation, de ce point de vue, doit être considérée, donc, ouverte et fluide.

Mais il faut rappeler que les médias et le monde de la culture ne sont plus sensibles - comme dans les années 70 et jusqu'à la moitié des années 80 - aux thèmes de la marginalisation et de la répression psychiatrique ni à celui de leur dépassement. Il y a sans doute des exceptions, mais elles sont isolées. Est inquiétant, par contre, le détachement envers ces thèmes, d'un grand nombre de milieux universitaires, qui préfèrent les procédures technologiques et les pratiques commerciales. On peut donc constater le développement d'un climat social et culturel qui montre un manque d'intérêt pour les droits civiques et sociaux des personnes en difficulté et qui organise la défense des pouvoirs "forts" et corporatifs. Peut-être que la présence (nouvelle pour l'Italie) des immigrés de l'Afrique du nord et d'autres pays dits "en voie de développement", a fait surgir des égoïsmes, des défenses corporatives, des nouvelles et des vieilles formes de racisme envers les marginalisés et les plus "faibles".

Même les recherches épidémiologiques et les supports statistiques ne sont plus précis comme dans le passé. Dans le même temps on peut prévoir une inversion de tendance par rapport à la ligne de déinstitutionnalisation, avec la confirmation des OP privés encore actifs et avec la création d'instituts nouveaux.

Les organismes compétents ont communiqué la somme dépensée pour l'assistance psychiatrique en 1991. Cette somme est égale à 2,4 % des dépenses globales pour la santé, mais avec un déséquilibre en faveur des vieux OP qui absorbent encore 1541 milliards de lires par an, contre les 704

milliards utilisés pour le fonctionnement des SSM, c'est-à-dire pour les activités des services dans la communauté. Il faut rappeler que le projet de loi de Franca Ongaro Basaglia prévoyait une quote-part pour la Santé mentale égale à 6 % des dépenses de santé. Tant en ce qui concerne la dépense totale pour la santé mentale que sa répartition entre OP et SSM, on est encore très loin des objectifs que la réforme s'était proposée de réaliser. Evidemment, ceci n'est qu'un aspect de la question, puisque, comme nous avons vu, il existe des modèles de fausse application de la réforme qui ne font que simuler sa réalisation.

Les caractéristiques principales de cette "simulation" ont à voir essentiellement avec la persistance du vieux paradigme psychiatrique fondé sur l' "internement", qui quelquefois est à peine "renouvelé" par l'acquisition d'innovations, toutes rigoureusement compatibles avec ce paradigme. On pourrait être tenté de dire que par rapport aux situations du passé, tellement terribles et inhumaines, cette simulation représente de toute manière un pas en avant. En réalité, après quelques années d'activité de ce type dans les services, on assiste non seulement à la reprise de méthodes ouvertement répressives (la contention physique est réapparue, et probablement, même avant, elle était utilisée de manière cachée) mais on assiste même à une demande, de la part des responsables, de réouverture des OP. Ou alors, la demande se réduit à celle de trouver des lieux dans lesquels "enterrer" psychologiquement et socialement ceux-là qu'on appelle, gracieusement, les "nouveaux chroniques". En réalité cela n'est que le résultat d'une gestion psychiatrique superficielle, détachée, irresponsable, sinon ouvertement répressive (nous rappelons le concept de "chronification"; CIOMPI, 1980; RISSO, 1981).

2 - L'expérience dont je vais brièvement parler, démontre brillamment par son contraire, ce que je viens d'affirmer. Il s'agit de l'extension d'une expérience de déinstitutionnalisation à des patients jeunes, dans la région de Turin, qui n'ont pas connu les OP mais plutôt le syndrome de la "porte tournante" (revolving door syndrome). C'est-à-dire le recours sans cesse à l'hospitalisation dans les services psychiatriques fermés de l'hôpital général, en alternance avec des échecs de tentatives de retour au sein de la famille (si elle existe) ou avec des placements dans des institutions qui reproduisent des logiques d'abandon ou de répression (ou un mélange des deux). Les médias avaient parlé de certains de ces jeunes. De leurs histoires, on tirait la preuve de la "faillite" de la réforme : familles en crise grave et mères désespérées représentent justement un signal

d'alarme et il est facile d'associer cela à une réforme récente et qui n'est pas appuyée par l'establishment.

Le "Turin projet" est le protagoniste de cette extension de la sphère d'intervention, qui a eu lieu sous la pression des proches des malades mentaux eux-mêmes. Il s'agit d'un projet spécial qui à partir de 1982 s'est occupé de réhabiliter, de réinsérer dans des habitations, d'exercer au travail, de mettre en relation avec des coopératives et de favoriser la socialisation des ex-hospitalisés des OP. Le projet a été financé par des fonds sanitaires, par différents organismes locaux et par la CEE. Il a eu du succès et il a servi à accompagner des centaines de patients de l'OP à la communauté. Un grand nombre d'entre eux vivent aujourd'hui de manière autonome dans des habitations régulières, après des dizaines d'années d'hospitalisation psychiatrique.

Les prémisses de ce travail se fondent sur les expériences de dépassement des OP qui ont été menées par PD en Italie, mais elles se fondent aussi sur d'autres pratiques de réhabilitation et sur des thérapies novatrices qui sont analogues à celles d'autres pays dont l'Allemagne.

Elles postulent la nécessité de ne pas éviter uniquement les modèles répressifs, manipulants et objectivants de gestion et de contact, mais d'éviter aussi l'"hospitalisation" dans des lieux cliniques. Elle postulent que les jeunes psychotiques, non seulement ne tirent aucune utilité de ces hospitalisations, mais que souvent ils sont portés à développer, contre cela, des oppositions tenaces et agressives ou des replis aussi tenaces. Dans l'expérience du "Turin projet" la gestion peut être effectuée à l'intérieur de la famille ou dans des logements "alternatifs" (mais personnels). Il y a aussi une villa avec 15 places, dont la formule d'organisation prévoit que le personnel avec une formation psychiatrique ne soit pas tout le temps présent, mais qu'il soit disponible "on call" 24 heures sur 24. Le personnel présent est "paraprofessional" et il s'occupe de la gestion de la vie quotidienne. L'administration de psychotropes à des doses non élevées, représente, pour les jeunes "usagers", un élément de continuité avec la gestion passée que certains d'entre eux demandent, au moins temporairement.

Il faut noter que cette transformation des objectifs du projet, de la socialisation des ex-hospitalisés d'OP à la gestion d'usagers des nouveaux SSM, s'est réalisée, comme il arrive souvent pour les expériences italiennes avancées, à cause de la pression des problèmes occasionnés par l'échec des services "ordinaires" : marqués par un horaire précis de bureau, par un style de travail du genre dispensaire bureaucraté et par le relatif désengagement des responsables techniques et administratifs des OP de Turin après la déshospitalisation sauvage des années 70, qui a vu

une baisse du nombre des hospitalisés de 4473 à 997 dans la décennie 70-80 (PIRELLA, 1987). Dans la décennie suivante, le "Turin projet" a organisé ses propres programmes de désinstitutionalisation de manière plus rationnelle et plus respectueuse du point de vue des sujets intéressés. Ils ont graduellement réduit le nombre des personnes hospitalisées; ils ont favorisé leur sortie par le biais de l'établissement de la condition d'hôte temporaire dans des communautés à l'intérieur des OP. Avec ce programme a été réalisé le dépassement complet d'un des trois OP de la région de Turin, l'OP de Grugliasco, grâce aux activités associatives, de self-help et d'autogestion (HENRY, 1987; PIRELLA, 1987; HENRY, 1988).

En termes d'approche épidémiologique évaluative en ce qui concerne les indicateurs de structure, de processus et de résultat (que je considère toujours valables malgré les observations de SARACENO, 1992), on peut observer que dans le "Turin projet", (qui était sous la responsabilité du psychiatre chef A. RUSCHENA), il y a, par rapport aux autres services psychiatriques dans la communauté, les différences suivantes :

1. Possibilité d'accès au service 24 heures sur 24, selon différentes modalités (en journée : ouverture du service, consultations et réponses téléphoniques; la nuit : disponibilité sur l'appel).
2. Non hiérarchisation du service. Celui-ci est organisé selon un partage des responsabilités et des fréquents moments de vérification collective, tant avec les opérateurs qu'avec les usagers.
3. Présence de paraprofessionals ou nonprofessionals (MOSHER, REIFMAN, MENN 1973; ALLEY, BLANTON, FELDMAN 1979).
4. Pas d'utilisation préprogrammée de services cliniques ou de structures hospitalières.
5. Valorisation du point de vue des personnes intéressées (non seulement les patients mais tous les usagers, y compris les proches, la famille). Gestion des contradictions familiales afin de parvenir à des programmes communs qui ne soient pas de nature répressive et qui tendent à la socialisation.
6. Mise en valeur des demandes relatives au logement, au travail, à la communication, à la socialité. Demandes qu'on considère fondées sur les droits inaliénables de l'individu.
7. Point de vue critique envers la pratique psychiatrique traditionnelle. Par conséquent, valorisation des expériences critiques d'utilisation des services et des structures précédentes (Ce point-ci peut être très important dans la recomposition des conflits entre le patient et la famille).
8. Pour ce qui concerne les résultats, il est trop tôt pour des évaluations fondées. Mais on peut déjà constater le fait que des "cas" qui avaient un pronostic grave, sont devenus des "sujets" qui

vivent et qui ont des projets à l'intérieur du contexte social, qui ont un bon insight, qui ont vu descendre à zéro le nombre de leurs hospitalisations et se réduire le nombre de leurs crises. Il s'agit, pour le moment, d'un premier travail de départ, mais des expériences pareilles, dans le contexte de la réforme, ne sont pas rares en Italie (s'ajoutent, en effet, aux expériences bien connues de Arezzo et de Trieste, d'autres lieux, même dans le Sud, où s'organise une psychiatrie non répressive qui possède des styles et des méthodes de travail analogues).

Il se peut que la notre - comme l'écrivent THOM et WULFF (1990) - soit une "heroische illusion". Toutefois, et je vais essayer de le démontrer à la fin de cette relation, la psychiatrie ne peut pas rester enlisée à son paradigme de naissance (l'internement psychiatrique comme règle ou comme menace permanente) sans prendre le risque de répéter - avec une espèce d'aveuglement épistémologique - les exercices de force et les abus des deux derniers siècles.

**3 -** A ce point de la réflexion, il apparaît clairement que celle que nous appelons la psychiatrie sociale peut s'opposer à la vieille psychiatrie institutionnelle et peut la vaincre, seulement si elle prend conscience de son lien historique avec celle-là et qu'elle décide de le couper; si elle se confronte, aussi, avec les expériences de transformation de l'approche à des problèmes qui deviennent beaucoup plus complexes, par rapport aux procédures hypersimplifiées que la vieille psychiatrie déplace sur le territoire de manière automatique et non critique. Le lien historique met en jeu un double refoulement. Le premier refoulement se réfère au fait que toute la psychiatrie moderne, tout en étant fille des révolutions bourgeoises, s'est construite sur le refus du dialogue, sur un même niveau de réciprocité, avec celui qui est identifié comme "malade mental". A cet égard, reste toujours valable l'affirmation de FOUCAULT qui identifie la nouvelle relation entre le malade et son médecin comme un rapport d'"autorité" (FOUCAULT, 1961). Une autorité qui à l'intérieur des règles de l'institution s'organise jusqu'à devenir un véritable "système" qui tend à se reproduire par soi-même. Une autorité qui ne défait pas le lien, contradictoire, savoir-pouvoir, et qui maintient séparée, donc, son opérationnalité des contextes et des contradictions sociales et économiques dans lesquelles ses acteurs opèrent.

Le deuxième refoulement concerne précisément la confrontation avec les expériences qui ont mis en discussion le système lui-même. Les expériences auxquelles je me réfère sont celles de la transformation et du dépassement des OP et de

leur logique. (Ce processus complexe a été appelé, par la littérature psychiatrique internationale, "désinstitutionnalisation"; BACHRACH, 1978; MEDLINE, 1979). Un grand nombre de services nés à la suite de la réforme n'ont pas voulu s'ouvrir à ces questions critiques et ils se sont enfermés dans la nouvelle-vieille logique du "système psychiatrie", comme il m'est récemment arrivé de l'appeler (PIRELLA, 1992). Il s'agit d'une logique qui s'exprime dans de néo-institutions avec emphase, qui s'exprime dans des "structures", de différents types, qui sont créées malgré leurs coûts très élevés dans cette période de crise du Welfare State. C'est une situation grotesque si on pense que dans le même temps les gouvernements (le gouvernement central comme les gouvernements locaux) proposent des réductions à tous les services sanitaires et sociaux, y compris les services psychiatriques ou de santé mentale. L'emphase est posée sur l'élargissement des compétences des techniciens, sur le développement d'une véritable "technocratie", qui entraîne évidemment des dépenses plus élevées et des coûts supplémentaires à cause des problèmes non résolus qu'elle laisse derrière soi. Pourtant cette tendance est dominante, même si elle est trempée de valeurs idéologiques, puisqu'il est clair qu'elle va laisser sans solutions beaucoup de problèmes. Mais pas seulement : elle va même aggraver les problèmes, en particulier ceux des couches de citoyens qui sont aux marges du système de production ou qui sont expulsés de la production. Les prévisions dans ces pays qu'on nomme développés, vont en effet dans le sens d'une augmentation du chômage tant pour les jeunes que pour les travailleurs pas encore vieux (45-50 ans). Cette expulsion du monde du travail va avoir de conséquences graves sur la vie et sur la santé de ces personnes, de leurs familles et

particulièrement des enfants qui vont grandir dans ces familles. Est-il acceptable que la réponse soit celle de renforcer les réponses "thérapeutiques"? Il est indispensable de chercher une méthode de prévention. Toutefois celle-ci risque de ne pas pouvoir être réalisée. Non seulement parce que la psychiatrie - comme dit DUMONT, 1989 - "*quand elle se confronte avec ces forces dévastatrices ne peut rien faire*", mais à cause aussi des nouveautés "structurales" des processus en cours.

En Italie, surtout pour ce qui concerne Fiat, des tendances ont été dénoncées qui vont dans la direction de la constitution de groupes relativement restreint de travailleurs "fidèles" à cette grande compagnie financière-industrielle (selon le modèle appelé du "toyotisme" du nom de la grande entreprise japonaise). Ces groupes de "fidèles" se verraient assurer et le poste de travail et des facilitations dans les prestations sanitaires, dans l'assistance à la famille et au travail des enfants. Aux cotés de ces "privilegiés", on peut prévoir une grande masse de travailleurs précaires, organisés par des systèmes concurrents de médiation, qui vivent dans des conditions d'insécurité et par conséquent d'anxiété permanente.

Ces tendances peuvent alors être compatibles avec un "système psychiatrie" qui ne met pas en discussion la psychiatrie institutionnelle, et qui en plus se met au services de ces pouvoirs forts et de leurs protégés. A l'inverse, existent une pratique et une organisation qui cherchent à repérer tous les facteurs de risque afin de défendre les droits fondamentaux de tous les citoyens. Même s'ils sont des pauvres, des chômeurs, des enfants ou des vieux. Et même s'ils ont une autre couleur, même s'ils proviennent d'autres pays, d'autres cultures, fremde Nähe.

## DESHOSPITALISATION et DESINSTITUTIONNALISATION : La pratique psychosociale dans le champ de forces entre système et univers de la vie

Hans Pfefferer-Wolf,  
Professeur de Psychiatrie,  
Hannover (Allemagne)

### 1. Introduction

Le premier titre de ce séminaire contient une question programmatique : "deshospitalisation ou désinstitutionnalisation?". Je ne suis pas convaincu par une telle alternative. La conjonction "ou" suggère l'idée d'une opposition entre ces deux opérations sociales. Essayons d'éclairer leur constitution respective.

Les deux concepts se situent sur deux niveaux de signification différents. Le premier concept - deshospitalisation - représente une concrétion du deuxième, plus générique : désinstitutionnalisation. Elle est une de ses concrétions, une seulement, bien que très importante et significative dans notre contexte qui est, plus précisément, celui de la réforme de la psychiatrie et de l'invention et de la construction d'alternatives non institutionnelles à celle-ci. Voilà la raison pour laquelle il faut parler de deshospitalisation et de désinstitutionnalisation dans notre réflexion.

Une réponse à la question initiale est dans le titre principal de notre séminaire : RECOMMENCER A ETRE.

Sans doute cette réponse formule une perspective, un impératif. Perspective et impératif pour qui?

Pendant longtemps, trop longtemps, les soi-disants "experts" des troubles psychiques étaient habitués à la réponse prête, c'est-à-dire inconsciente : pour les patients, pour les (ex-) malades de l'institution appelée "asile d'aliénés".

Aujourd'hui nous ne devons plus répondre d'une telle manière, quasi innocente.

Recommencer à être - pour qui?

Qui, mis-à-part les ex-malades de l'hôpital psychiatrique, doit recommencer? La réponse est actuelle et très simple : les "experts" doivent changer aussi, les ex-opérateurs - ex-internés eux aussi, à leur manière - de cette institution-là, c'est-à-dire nous-mêmes (en tant que techniciens psychiatriques).

Entre temps nous avons appris que la perspective de commencer, et spécialement de recommencer est valable, au besoin, pour tous les participants de ce processus de dépassement de l'asile; c'est-à-dire qu'elle est valable pour les différentes personnes impliquées en première, deuxième, troisième ligne, etc... (les "Betroffene" et les "Mitbetroffene" comme on dit dans le discours allemand), pour les "experts", pour les "compétents" comme pour les "non-experts" et les "incompétents", pour les "laïcs" du langage psychiatrique traditionnel.

Les experts étaient, eux aussi, hospitalisés dans l'institution totale, même si d'une manière très différente des conditions de vie des vrais internés.

Ce regard en arrière, vers notre passé professionnel, nous révèle sans aucun doute qu'il n'y avait pas seulement les malades qui avaient de longues hospitalisations à l'asile, mais aussi les techniciens. Ils avaient dans leur main et dans leurs poches les précieuses clés des portes fermées. Ils pouvaient fermer et ouvrir ces portes. Mais en fermant les portes, ils s'enfermaient aussi eux-mêmes. Et dans cet état d'enfermés, ils passaient beaucoup de temps dans un habitus peu vivant derrière les portes, exécutant un travail pour le

moins pas vivant, et tout cela de manière peu consciente - nolens, volens.

Troisième et dernière note introductive.

Je voudrais vous exprimer - et je crois pouvoir le faire aussi au nom des autres collègues étrangers ici présents et de tous les autres, absents aujourd'hui - mon remerciement et mon respect pour vos initiatives vivantes (et souvent animées), pour la riche variété de vos expériences pratiques et théoriques et, aussi, pour l'impulsion, la provocation, efficace et productive, et encore virulente, de la réforme italienne, - pas seulement ici, mais aussi ici, à Turin. Danke, merci, thank you!

A l'occasion de ce séminaire nous sommes invités à chercher ensemble des **nouveaux** chemins dans le secteur de la pratique psychosociale. Dans ce but, il me semble utile, d'abord, de nous rappeler, de nous rassurer, sur les vieux chemins du passé - plus ou moins lointain - qui, pour beaucoup d'autres réalités, représentent encore le présent. Je voudrais faire cela dans la première partie de ma relation, avec l'intention d'illustrer brièvement des expériences valides à l'exploration de nouveaux chemins.

Dans la deuxième partie je voudrais dénoncer un danger constant et inévitable.

## 2. Le présent du passé d'une pratique sociale

Dans la reconsideration du processus de transformation de la psychiatrie, je voudrais d'abord m'adresser au passé assez récent. Je me réfère à l'exode de l'institution dite "totale". On peut distinguer trois phases au long de cet exode qui est encore en cours, bien que ces différentes phases ne soient pas facilement séparables entre elles, ni au plan historico-chronologique, ni pour ce qui concerne leurs contenus théoriques et pratiques. Toutefois ces trois phases caractérisent différentes étapes dans le processus de dépassement de l'asile et de l'émargination de la souffrance psychosociale.

### 2.1. La négation d'une institution

Dans les années 60, l'institution de l'hôpital psychiatrique devenait petit-à-petit un objet en soi. Ses opérateurs, qui avaient fonctionné à l'intérieur de cette institution, pendant des décennies, sans presque avoir de doutes, sans poser de questions critiques, s'éloignaient de "leur" institution, et ils découvraient leurs propres responsabilités. Ils essayaient de regarder l'institution avec des yeux nouveaux, et de garder ce regard lointain et dur. Avant tout dur, parce

qu'il était un regard réfléchi, c'est-à-dire un regard étrange et traumatisant envers eux-mêmes.

En effet, ce qu'ils percevaient était quelque chose de grave, qui leur faisait un choc: il s'agissait des personnes dans cette institution et de leur conditions de vie et de travail. Conditions horribles pour tous les hospitalisés, surtout les patients, mais pour les opérateurs aussi, d'une manière profonde, quelle que soit leur profession.

Ce regard à sa propre image n'était pas à éviter. Ils devaient commencer à se voir d'une manière nouvelle dans ce lieu traumatique et dans leur fonction sociale à l'intérieur de celui-ci.

Mais ce regard leur procurait encore un autre regard nouveau : le regard sur la société, plus précisément sur "leur" société qui avait créée et utilisée cette institution pendant plus de 150 ans.

De l'extérieur aussi, du côté de la société, l'institution était vue dans une nouvelle perspective (et non pas seulement par les sociologues critiques) dans cette période qui n'est pas encore terminée. Et enfin, mais pas en dernier, les patients mêmes, leurs proches, etc..., étaient impliqués dans cette découverte. Ils apprenaient à voir l'institution et soi-même d'une nouvelle manière.

Cette perception nouvelle d'une institution non plus nouvelle, donnait lieu à un vif processus de confrontation avec ses propres contradictions, à ce moment-là surtout dans l'institution, donnait lieu à un développement impétueux d'une critique de plus en plus âpre et radicale, et donnait lieu enfin à sa **négation**.

De la perception à travers la critique jusqu'à la négation, voilà, en définitive, les trois opérations décisives de cette période.

### 2.2. La destitution

La négation de l'institution désirait encore plus. De soi-même, de son élan critique effervescent, elle poussait en avant. Dans les années 70 apparaissaient diverses tentatives d'en tirer des conclusions pratiques. Cela voulait dire : dépasser, dans sa totalité, l'institution de l'"asile", dans ses formes matérielles comme idéologiques.

On commença avec ce travail épuisant, à l'intérieur et de l'intérieur de l'institution. Au fil des années devenait possible quelque chose de surprenant : la disparition de l'asile dans certains lieux.

De ce processus naissait, en même temps, le problème des **alternatives**. Et on comprenait assez rapidement que la lutte anti-institutionnelle et le processus de désinstitution ne débouchaient pas, sans faute, dans une aire dé-institutionnable. Plus précisément, la fin de la vieille institution se révélait être un début. Un début pour différentes

alternatives de nature non institutionnelles, mais aussi pour des alternatives de nature plus ou moins institutionnelle.

### 2.3. L'invention d'une institution

Tout départ est difficile, ou mieux - pour ce qui concerne notre contexte - le pas le plus difficile est celui du passage, du seuil, de l'issue.

Cette dernière période, celle des premiers pas difficiles, commençait déjà dans les années 70 dans certains lieux, et continue aujourd'hui. Et on peut ajouter qu'elle va sûrement continuer pendant quelques temps, même dans les régions déjà assez développées.

Il n'y a pas une seule nouvelle institution. Il s'agit plutôt d'un **réseau institutionnel** situé au milieu de l'espace social, c'est-à-dire dans la "communauté", dans le "territoire", dans le "secteur", selon les nouveaux concepts de la pratique psychosociale.

Les opérateurs des différents services essayent d'inventer et de développer de nouvelles formes de participation sociale et culturelle. Bien conscients de leur passé institutionnel, ils affrontent la nécessité et la fatigue d'exercer l'auto-limitation et la maîtrise de soi de manière institutionnelle.

Dans le contexte nouveau, dans le champ de forces entre système et univers de la vie (P. BOURDIEU; J. HABERMAS) - mais on pourrait utiliser aussi une opposition conceptuelle d'Antonio Gramsci très connue, ici à Turin, celle de la distinction entre société politique et société civile - , de telles tentatives requièrent leur vérification. Vérification dans le double sens de ce mot en allemand : "*wahrnehmen*" (percevoir) et "*wahrmachen*" (réaliser); unité significative exprimée par notre mot étranger, "*realisieren*". Vérification permanente de leur propre pratique institutionnelle, dans le service d'hygiène mental, dans la famille d'accueil, dans le centre de jour, etc... Et, aussi, vérification dans le sens propre, des nouveaux lieux correspondant aux lieux nouveaux de la pratique : c'est-à-dire en percevant, en respectant et en impliquant les différentes perspectives et les différents intérêts de tous les participants à cet échange social.

L'estimation et l'évaluation du travail de ces services ne peuvent plus être effectués dans une perspective traditionnelle, c'est-à-dire seulement technique, sans tenir compte des conséquences de leur perversion. (nous renvoyons à notre projet de recherche, "Hannover-Leipzig-Studie"; au projet "Equanet"; aux recherches de Huw Richards et autres sur l'évaluation des services).

Voilà, on ferme, pour le moment, le circuit de notre réflexion. La fin d'une institution accouche (aussi) d'une nouvelle institution...

### 3. Le risque persistant de la totalisation

Si nous nous mettons face aux conséquences de cette expérience du circuit institutionnel, c'est à dire les conséquences de sa transformation et de sa continuité, soit deux aspects constitutifs du circuit (c'est-à-dire sa continuité à l'intérieur de sa propre transformation), nous devons nous rappeler de la naissance de la clinique, et en particulier de l'inauguration de l'hôpital psychiatrique au siècle dernier (Foucault). A l'époque aussi, une **nouvelle** institution fut créée, une institution dite **moderne**, et cela pas seulement pour des raisons obscures. Dans les débats techniques sur la forme meilleure et plus appropriée de cette nouvelle institution, les justifications bienveillantes et honnêtes ne manquaient pas. Par exemple, en ce qui concernait sa différenciation interne et sa ségrégation externe, c'est-à-dire - dans notre critique rétrospective - en faveur de sa marginalisation sociale et de sa totalisation endémique.

L'ambiance tranquille du grand parc obligatoire et des alentours, pour la plupart ruraux; la protection des désignés malades comme de leur proches, de leur voisins et du public en général; les possibilités de décharge et d'aide, étaient des arguments en faveur de l'institution, nouvelle à l'époque, qu'était l'hôpital psychiatrique dans sa double prétention de soigner et de guérir, comme on l'exprime dans le concept allemand de la "Heilund Pflegeanstalt".

Ses fondateurs ne se rendaient pas compte, ou alors seulement dans leurs cauchemars, de sa tendance inhérente à la totalisation, c'est à dire à l'objectivation universelle de ses internés. Ils étaient encore moins en mesure d'anticiper son "évolution" catastrophique, sa radicalisation anéantissante dans le fascisme allemand.

La souveraineté de notre regard historico-critique nous fournit la connaissance, mieux, la possibilité de reconnaître a posteriori sa puissance totalisante dès ses débuts "modernes". Puissance inhérente autant à ses formes matérielles qu'à ses formes idéelles, c'est à dire à sa pratique et à sa pensée.

Jusqu'à présent et, à mon sens, dans l'avenir, aucune issue à cette logique asilaire ne pourra être trouvée tant que les tentatives de réforme restent à l'intérieur de ce circuit immanent.

En réfléchissant et en évaluant cette leçon désormais historique, nous sommes forcés à regarder la réalité présente et le développement futur des formes et des pratiques institutionnelles dans notre domaine. Formes et pratiques nommées "communautaires" ou "psychosociales", créées par nous mêmes récemment et introduites dans l'espace social. Il est bien clair que ce coup d'œil critique ne peut pas et ne doit pas éviter de nous révéler sa

dimension autocritique. Même nos motivations conscientes, bienveillantes et honnêtes ne saurons a priori éloigner les différents dangers. Dangers, tant de nouvelles formes de marginalisation que, à l'opposé, d'un enregistrement bureaucratique, dans le sens d'un engineering social, c'est-à-dire d'une intégration purement technique et technocrate. Et tout cela ne doit plus se produire dans une position de "hors jeu", à l'intérieur d'une seule institution isolée, à l'écart, mais désormais au sein de l'espace social.

Voilà pourquoi émerge l'utopie négative d'un réseau institutionnel multiple et flexible qui s'infiltrerait systématiquement dans l'univers de la vie. Il faut examiner les différentes qualités de ce réseau, la mesure de ses mailles, ses différentes efficacités, etc... Dans cette perspective, nous devons affronter le miroir critique qui nous est présenté par Robert Castel et d'autres dans notre propre domaine - dans la "communauté", dans le "secteur" - déjà à la fin des années 70 (par exemple, "La société psychiatrique avancée", 1979). Et il ne faut pas refuser, en tant qu'européens, ces recherches critiques en évoquant leur origine aux Etats-Unis. Il y a, au contraire, des correspondances, non seulement dans le principe mais aussi dans le détail, avec plusieurs expériences européennes dans le champ de la pratique psychosociale.

Dans un tel contexte, nous devons nous efforcer d'affronter à temps nos propres concepts et orientations dans le circuit de la logique territoriale et psychosociale. Si nous prenons le risque de cette entreprise difficile, et je suis convaincu que nous devons le faire dans l'intérêt même de notre projet de réforme toujours ouvert, nous ne saurons le faire d'une manière autonome, en dirigeant et en déterminant toute l'entreprise dans

un quasi isolement des experts et des chercheurs "psy" entre eux. Une telle démarche, en effet, correspondrait parfaitement à notre passé professionnel. A l'inverse, la nouvelle vérification à réaliser dans le domaine psychosocial et territorial ne réussira que sur une nouvelle base. Cette nouvelle base sociale et culturelle s'est développée dans les trente dernières années, au moins partiellement et dans certains lieux en Europe. Elle a été préparée et encouragée par la pratique de la réforme, d'abord à l'intérieur de l'asile et, petit à petit, aussi dans le champ de forces entre institution et univers de la vie.

Cette base consiste dans l'échange dialogique ou, plus précisément, l'échange **polilogique** entre tous les acteurs impliqués dans le champ social (Piro) (voir la question de l'"user empowerment" par rapport à l'orientation dialogique du prochain congrès mondial de psychiatrie sociale à Hamburg en juin 1994).

J'admets que cette vérification ne sera pas aisée. Sans doute il s'agit d'une "prise de conscience, lente et fatigante, peut-être aussi toujours remise à plus tard, entre souffrance et pouvoir", selon les paroles de quelqu'un qui doit le savoir et plus précisément d'Agostino Pirella (1992).

Je pense, et je crois que vous êtes d'accord, que nous sommes déjà en train de parcourir cette route assez nouvelle à l'occasion de ce séminaire. Nous devons apprendre et pratiquer toujours de nouveau l'attitude que mon cher collègue Ralph Seidel a appelée, il y a quelques années, "bedachte Belangbarkeit", qu'on peut traduire peut-être par "une disponibilité imputable". Et cela nous ne pouvons pas l'apprendre tout seuls...

Je suis convaincu qu'à cette voie épuisante, mais qui n'est plus solitaire, il n'y a pas une alternative prometteuse et humaine.

# Pendant et après l'incarcération, soins psychiatriques et travail social\*

Bruno GRAVIER\*\*

## I. Introduction :

La prise en charge des délinquants, plus que tout autre domaine social, impose une étroite coordination entre intervenants. Les missions des travailleurs sociaux et celles des équipes psychiatriques, dans ce domaine particulier, diffèrent sensiblement. Néanmoins, celles-ci se rejoignent dès qu'il faut envisager la continuité de la prise en charge de ces patients particuliers, détenus avant d'être patients, qui ont pour dénominateur commun d'avoir commis une transgression et nous confrontent à la violence des émotions.

## II. La psychiatrie en milieu pénitentiaire :

L'Unité de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (UPMP) de la prison de la Tuilière est ouverte depuis maintenant une année. Cette unité ne résume pas, à elle seule, la philosophie des soins psychiatriques en prison. Elle constitue un des éléments de la prise en charge, l'étape qui peut permettre à un détenu fragile d'accomplir le chemin nécessaire à l'acceptation des actes qu'il a commis et de l'incarcération qui en découle.

---

\* Texte de la conférence présentée à l'assemblée générale de la Société Vaudoise de Patronage, le 23 juin 1993.

\*\* Psychiatre, médecin associé au Département universitaire de Psychiatrie adulte, responsable de la psychiatrie dans les prisons préventives du canton de Vaud.

Le soin ne peut se concevoir qu'en articulation avec les autres lieux d'incarcération, prisons préventives et exécution de peine, où nous intervenons aussi, et où nous poursuivons le travail d'accompagnement, quand il est utile.

### 1. fonctionnement de l'unité.

L'unité accueille quatorze détenus après évaluation de leurs difficultés psychiques, ou de leur motivation au changement. Les psychiatres de l'unité procèdent à cette évaluation et décident de l'admission. Le travail thérapeutique est organisé autour des entretiens individuels et des activités à visée ergothérapeutiques, proposées par les cinq infirmier(e)s.<sup>1</sup>

Un colloque hebdomadaire réunit les membres de l'équipe de soin, où sont analysés les cas et les situations auxquels nous sommes confrontés. Un autre colloque hebdomadaire réunit détenus de l'unité et membres de l'équipe, et constitue un temps privilégié de la semaine.

L'équipe est composée de deux psychiatres qui interviennent aussi dans les autres prisons préventives, d'une psychologue (50%), d'une infirmière en santé publique, de quatre infirmier(e)s psychiatriques, et d'une secrétaire (50%).

### 2. Les missions de la psychiatrie en milieu pénitentiaire

Celles-ci ont été développées dans d'autres textes<sup>2</sup>, il serait trop long d'y revenir en détail. Cependant, je rappellerai quelques aspects qui rendent cette pratique de soins spécifique et particulière.

#### Eviter des hospitalisations inopportunes

C'est ce qui a motivé, en premier lieu, les promoteurs de l'unité. L'arrivée de patients "judiciaires" dans les hôpitaux psychiatriques suscite toujours méfiance et réticences. Surcroît de dangerosité (plus souvent imaginaire que réelle), renforcement de la surveillance sur un mode quasi policier, à l'heure où les hôpitaux veulent s'ouvrir, rendent vite ces patients indésirables. Faute d'interlocuteurs dans la prison, ces hospitalisations s'effectuaient toujours dans l'urgence et les indications étaient posées par des praticiens peu au fait des réalités pénitentiaires.

---

<sup>1</sup> Les infirmiers de l'unité ont aussi à s'occuper des soins généraux pour l'ensemble des détenus de la prison de la Tuilière.

<sup>2</sup> "Aspects de la psychiatrie en milieu pénitentiaire", Conférence CEPUSPP, Lausanne, 26-11-1992 et "Le Médecin confronté à la déviance et l'incarcération: élaboration d'une politique de santé spécifique", Symposium de la Société Suisse pour la Politique de la Santé, Lausanne, 28-04-1993, à paraître.

Pour toutes ces raisons les détenus étaient la plupart du temps hospitalisés dans le tumulte; ne bénéficiant que de soins minimum, ils se trouvaient ballotés d'une institution à l'autre, sans qu'une véritable continuité thérapeutique puisse s'instaurer.

#### **Dédramatiser et sortir de la hantise du suicide.**

La prison est un lieu où la vie et la mort constituent des enjeux de tous les instants. L'annonce de son suicide par le détenu, avant d'être expression d'une tristesse vécue, est objet de négociations, de chantage, support de bien des revendications. Dans le même mouvement, toute l'institution réagit en écho, et finit par délivrer un message pernicieux, où le détenu entend: "mon corps est plus important que ce que je suis".

C'est notre travail d'aider à distinguer ce qui est du registre de la colère et de la protestation, de ce qui est du registre de la dépression, qui se vit dans l'éprouvé de la tristesse, de la douleur et de la culpabilité. Mettre des mots sur des émotions confusément vécues, permet de relativiser l'urgence et d'indiquer que d'autres voies existent pour métaboliser la violence intérieure, autrement que par la décharge brutale.

#### **Souvent premier contact de soin**

Beaucoup de ceux qui fréquentent les prisons n'ont jamais, jusqu'à leur incarcération, eu l'occasion, ou le souhait, de s'ouvrir à un regard sur eux-mêmes. La prison est, parfois, l'occasion de saisir une telle opportunité. Mais, ne nous y trompons pas; si une demande de soins peut s'exprimer de multiples façons, elle ne peut jamais être téléguidée. Parfois, la contrainte aux soins peut avoir des effets salvateurs; les cas sont, cependant, rarissimes, et, en tout cas, beaucoup plus rares que ne pourraient le laisser supposer les multiples injonctions dont nous avons l'écho.

#### **La psychiatrie est souvent sollicitée pour s'occuper des perturbateurs.**

Certains disent que dans nos sociétés, le psychiatre a remplacé l'homme d'église! C'est effectivement à lui que l'on s'adresse, dès que survient un comportement qui inquiète ou dérange. Toute institution connaît son lot de perturbateurs. La prison n'échappe pas à cette règle. Le psychiatre, pas plus qu'un autre, ne détient un savoir qui permettrait de rendre supportable ce qui ne l'est pas; que ce soit le détenu coutumier de ses incessantes revendications, ou que ce soit la surpopulation pénale qui donne le perpétuel sentiment de l'urgence et de la tension. Tout juste, peut-il proposer une médiation qui peut éviter que la situation ne se bloque dans un face à face redoutable.

### **III. Maintenir la continuité psychique**

#### **1. La rupture de l'incarcération**

Les premiers jours d'une incarcération représentent un bouleversement considérable. La confrontation avec la justice, qu'elle soit brutale ou anticipée, amène son cortège de colère, d'inquiétude, de culpabilité, de stress. A ceci, s'ajoute la perte ou la distension des liens affectifs. L'incarcération peut-être le prétexte ou l'occasion de solder une situation affective difficile, invivable. Combien de passages à l'acte représentent une fuite en avant, une façon de précipiter une rupture qui ne pouvait se dire.

#### **2. Le contrat social rompu**

Rappelons nous que, selon Beccaria, après Rousseau, le libre arbitre fonde le contrat social. L'incarcération vient bousculer chez celui qui commet un délit, le sentiment de la maîtrise de sa propre destinée. Il n'est plus celui qui organise sa vie, qui gère ses choix ou exerce ses propres déterminations.

Parfois, l'acte qu'il a posé est lui-même empreint de ce sentiment de dépossession, "je ne m'appartenais plus", nous dit celui qui a tué à l'acmé de sa colère. Certains seront reconnus irresponsables de leurs actes, ayant perdu la capacité d'apprécier le caractère illicite de leur conduite. C'est là le domaine de l'expert.

Cependant, notre travail est bien d'indiquer que l'incarcération ne signifie pas la perte de la capacité à effectuer des choix. Nous avons à faire entendre à celui qui est incarcéré qu'il conserve sa qualité de sujet, et, que c'est pour cela qu'il doit répondre de ses actes, assumer sa défense et vivre son incarcération dans la dignité.

#### **3. La question du sens**

##### **Le sens de l'acte commis**

Un crime, un vol, un abus sexuel ,etc. tout acte possède un sens pour qui veut bien l'entendre. Tout le monde n'est pas disposé à entendre le sens de ses actes, et il n'est pas forcément souhaitable que tout s'explique et se dissèque. Nous avons aussi à vivre dans la spontanéité de nos émotions.

Cependant, il est des moments où il devient trop douloureux de vivre dans une répétition qui aboutit à des impasses répétitives. Il vient un moment où surgit le désir de livrer cette histoire qui devient folle à force de s'épuiser dans des passages à l'acte. N'oublions jamais que le symptôme qui n'a pas pris sens, se répète ad libitum, comme une ritournelle qui finit par agacer dans son aspect insistant. Il en va ainsi de tout symptôme

psychique, de la phobie comme de l'obsession, de l'angoisse comme de l'hystérie. Il en va de même pour les conduites de transgression. Ainsi ces petits délinquants qui commettent répétitivement des brigandages, alors qu'ils savent où il vont inéluctablement aboutir, bien qu'ils n'aient pas, apparemment, besoin du fruit de leur rapines.

#### **Le sens des événements de vie**

Il est des moments intenses dans une prise en charge, où nos patients se trouvent dans le souhait de se réapproprier leur histoire enfouie avec leurs pleurs rentrés. Comme ce jeune toxicomane, bien connu des services de police et de justice, qui, après bien des incarcérations marquées par le tumulte et les revendications, à commencé à me livrer une histoire de violences intra-familiales subies, d'une place impossible à tenir entre la violence de son beau-père et la passivité masochiste de sa mère.

#### **4. L'intégration de la sanction dans le fonctionnement psychique.**

Il est alors question, pour poursuivre la question du sens, du sens que peut prendre la sanction dans l'économie psychique de ceux qui ont transgressé. Le désir inconscient d'autopunition est bien plus fréquent qu'on pourrait le penser. La culpabilité inconsciente est une chose bien connue. Certains ont en eux des craintes de rétorsion archaïques, très proches de l'angoisse que vit le nourrisson lorsqu'il voit s'éloigner sa mère et interprète ce départ comme la conséquence de sa colère et de la violence avec laquelle il éprouve son désir de la posséder pour lui seul.

Bien souvent, la sanction que nos patients s'infligent ou anticipent est bien plus redoutable que la sanction des hommes. La confrontation avec la loi pénale permet l'apprentissage de la valeur médiatrice de la justice.

C'est bien pour cette raison que beaucoup de psychiatres plaident pour que le procès pénal puisse avoir lieu, même pour des patients dont on pressent la folie. La loi existe car elle peut s'incarner: une loi est humaine car elle peut être dite par des êtres humains. Elle est certes écrite, mais ne peut être appliquée comme une métrique.

### **IV. Le travail d'accompagnement**

#### **1. Les liens qui se distendent.**

Comme j'espère l'avoir indiqué plus haut, lors d'une incarcération le sujet emprisonné soumet la globalité de son histoire à la question. Il y est d'autant plus amené qu'il a souvent de longues heures où, en dehors du "bavardage pénitentiaire"

qui voit les détenus dévider leurs pauvres exploits, leurs projets de "défonce" ou de "casse", il se livre à d'interminables ruminations qui tiennent plus du ressassage que de l'élaboration. Il y est d'autant plus incité, qu'à travers la procédure, l'enquête policière, les interrogatoires du juge, l'expertise, les échanges avec les avocats, il est sans cesse amené à revivre et redire sa biographie. Même si celle-ci est édulcorée ou travestie par les mensonges auxquels il peut, parfois, s'accrocher pour justifier ou légitimer ses actes.

La globalité de son histoire concerne aussi bien son enfance, ses parents, l'ensemble de ses proches présents ou passés. La brutalité du moment, la stigmatisation du lieu amènent d'inévitables distanciations. Les investissements sont souvent revisités, dans un sens ou dans un autre, alors que bien souvent la capacité imaginaire qui permet de combler les vides qui se créent, fait défaut.

C'est à ce moment là, que la demande d'interlocuteurs se fait pressante, d'une certaine manière, nous sommes tous sollicités, surveillants, médecins, etc., et en premier lieu travailleurs sociaux. Il faut appeler d'urgence épouse, parents, enfants ou, au contraire, ils ne faut pas qu'ils sachent. Il faut vérifier la pérennité du lien, ou son affaissement.

C'est une des fonctions essentielles du travail social en prison, à mon avis, d'aider, de permettre que ces liens se vivent ou s'élaborent sans accroître les meurtrissures mutuelles et en essayant d'amener de la clarification. C'est plus facile à dire qu'à faire, mais vous comprendrez l'importance d'une réflexion sur le sujet si nous considérons l'importance de la population migrante dans nos prisons. Beaucoup ont quitté la misère de leur pays quelques années auparavant, et auront à affronter un retour, souvent contraint, dans le déshonneur. Nous savons tous que, dans certains pays, l'honneur constitue l'ultime richesse.

#### **2. La précarité**

Une relation qui se construit dans un tel contexte ne peut être que précaire, tant la dimension de la remise en cause narcissique est grande. Dans les prisons, nous rencontrons quotidiennement des personnes au narcissisme exacerbé, car fragilisés à l'extrême par les multiples carences connues dans la structuration de leur personnalité. Le travailleur social, plus que le psychiatre, est celui qui assume, "en première ligne", la réouverture de ces failles narcissiques, de façon encore plus difficile que d'autres, car il n'est pas le détenteur de l'autorité à laquelle le détenu s'affronte, mais il en est cependant un des agents.

Il est celui qui est porteur de la mauvaise nouvelle, il est celui qui n'a pas su intercéder auprès de l'autre. Il devient fatalement l'objet de projections multiples, avant même que la relation ait pu se

structurer. D'emblée, la relation s'inscrit dans le risque et la précarité, l'instabilité colore toutes les décisions qui vont être prises ou les attitudes assumées.

## V. Des cheminements conjoints

### 1. Une dialectique entre soin et travail social

Il est essentiel alors que le travail social se dialectise avec ce qui se met en forme ailleurs, et, en particulier, dès qu'un accompagnement psychique se met en place. Je ne veux pas dire qu'il faille systématiquement en référer les uns aux autres, ou qu'il est nécessaire de se communiquer ce que l'on sait des dynamiques psychiques, ou sociales, bien au contraire, il est des espaces de secret mutuel à respecter.

Il est, par contre, indispensable d'écouter nos intuitions, nos interrogations, nos contre-attitudes, ou notre contre-transfert, pour tenter d'identifier ce qui fait blocage, ce qui crée un malaise, ce qui nous donne parfois le sentiment d'être pris en otage par notre patient, ce qui nous amène à agir à sa place, ou à réagir en écho à un de ses proches, sans réussir à s'en distancier. C'est alors qu'il est urgent de savoir s'ouvrir, de développer des synergies, et de montrer à notre patient que, face à son éclatement, nous pouvons développer des alliances qui ne reproduisent pas les schémas pathogènes qu'il a pu connaître ou qu'il peut induire. Je pense, en particulier, à tous ces détenus pervers, délinquants sexuels ou non, qui n'ont jamais su que nier l'autre, parce qu'on ne leur a jamais indiqué que l'autre existe.

### 2. La cohérence des actions

C'est une banalité d'insister sur la nécessaire cohérence de nos différentes entreprises. Et pourtant, nous sommes plus souvent dans l'incohérence que dans la cohérence. La structure psychique éclatée de nos patients nous amène constamment à agir dans la précipitation, à tenter de colmater leurs failles qui, telles le tonneau des Danaïdes, engloutissent nos efforts.

Les toxicomanes par leur avidité, leur quête tous azimuts illustrent bien cette difficulté à construire une aide qui ait du sens. Combien de fois ai je ainsi découvert qu'un patient qui mobilisait une énergie considérable était l'objet de plusieurs prises en charges parallèles qui, comme l'indique la géométrie euclidienne, ne se rejoignent jamais.

Il suffit de prendre connaissance des organismes sociaux susceptibles, à un moment ou à un autre, d'avoir à faire avec le détenu, ou ses proches, pour

réaliser que les interactions peuvent être multiples ou contradictoires.<sup>3</sup>

### 3. Complémentarité plutôt que rivalité

Vous savez sûrement que, dès que s'instaure une relation thérapeutique, ou une relation d'aide, notre patient nous investit à la manière dont il investit ses propres parents. Il cherche à revivre avec nous des émotions, bonnes ou mauvaises, qu'il a pu vivre avec ceux-ci.

Dès lors que plusieurs personnes s'occupent du même "client", il se vivra entre celles-ci des relations de même nature que celles qui se vivaient entre les parents de notre patient. Combien de rivalités se créent sans cesse, entre équipes ou entre membres d'une même équipe, faute d'avoir analysé ce qui était en jeu d'identifications, de dissociations, de perturbations dans les Imagos parentales. Si nous n'y prenons garde, nous pouvons être amenés à vivre les mêmes haines que celles qui ont déchiré les familles de ceux dont nous nous occupons.

### 4. Quel miroir renvoyons nous?

Olievenstein décrivait, à propos du toxicomane, *le stade du miroir brisé*. Cette belle métaphore explique bien, à quel point certains patients, après avoir réussi à se constituer une identité différenciée, voient celle-ci voler en éclats après une fracture familiale, un deuil, un abandon qui les laisse dans le désarroi.

Le regard dans lequel ils avaient l'habitude d'être confirmé dans leur existence, s'est brutalement effondré, sans rien laisser à sa place.

C'est dire l'importance du miroir que nous leur proposons. Il nous faut leur proposer, à travers la lecture que nous pouvons faire de leurs difficultés et de leurs errances, une nouvelle unité que nous avons au préalable pensée ensemble, construite ou reconstruite des bribes qu'ils nous ont livrées.

## VI. Pendant et après.

Une prise en charge, dans un tel contexte, ne s'improvise pas, malgré l'urgence. Les situations éclatées que nous côtoyons, imposent de dresser un véritable bilan existentiel de notre patient pour éviter de nous engouffrer dans les conflits, les

<sup>3</sup> En dehors du patronage ou des services sociaux pénitentiaires, un détenu, ou un ancien détenu, peut être amené à être en contact avec le service du Tuteur Général, le Service de Prévoyance et d'Aide Sociale, les services sociaux communaux, l'Office Cantonal Anti alcoolique, le Service de Protection de la Jeunesse, ainsi que diverses associations privées.

clivages et les rivalités qui ont souvent fait le lit de la désinsertion ou de la délinquance.

Identifier les protagonistes, chercher la place qui permettra l'intervention médiatrice, nous conduisent à un véritable travail systémique, tel qu'il a été balisé par les thérapeutes familiaux. C'est par le fil conducteur que nous tentons de renouer, que peut se constituer un lien: lien à l'intérieur du monde pénitentiaire entre lui et nous, lien entre l'intérieur et l'extérieur.

## VII. Ecueils

### 1. La fusion suscite la confusion

L'empathie que nous pouvons éprouver est aussi un piège. Nos patients ont une fâcheuse tendance à nous faire éprouver ce qu'ils ressentent, par un mécanisme baptisé par les psychanalystes *l'identification projective*<sup>4</sup>. Il s'en suit, bien souvent, un rapproché qui confine à la fusion, et qui peut faire perdre toute distance, d'autant que nous avons sans cesse à nous défaire de la fascination qu'exercent sur nous ceux qui transgressent, ceux qui sont allés au delà des limites que nous avons, plus ou moins facilement, appris à baliser.

### 2. Une multiplicité d'intervenants

L'abandon a souvent été au rendez-vous de ces trajectoires, biographies hachées, ponctuées de placements. Nous rencontrons beaucoup de grands abandonniques, véritables écorchés vifs, toujours dans l'avidité de la relation et toujours dans la crainte d'avoir à perdre, dans le même mouvement, celle qu'ils esquissent. Leur violence n'a, bien souvent, pas d'autre raison inconsciente que de provoquer l'abandon et le désintérêt de l'autre, plutôt que d'avoir à le subir. Quand, de nouveau, ils se retrouvent ballotés d'un service à l'autre, d'une structure à l'autre, faute de mandat adéquat, comment ce sentiment d'abandon ne peut-il avoir d'autre destinée que d'être régulièrement réactivé?

### 3. Le travail avec les familles, les visites des enfants.

Vous pouvez comprendre que c'est là un aspect essentiel. Sous couvert d'une protection absolue

<sup>4</sup> *Mécanisme psychique par lequel nous ressentons les émotions qu'éprouve le patient avec la même acuité et la même intensité que celui-ci les ressent. Il s'agit, le plus souvent, de sentiments de frayeur envahissante qui nous font ressentir l'imminence d'un danger. Ce mécanisme se retrouve principalement chez des patients ayant un fonctionnement psychique du registre de la psychose*

de l'enfant, nous avons trop souvent, déclenché des tornades dont on apprécie les effets dévastateurs bien des années plus tard. Il n'est pas toujours positif de séparer à tout prix un enfant d'une famille que l'on sent pathogène. Il est souvent préférable de chercher à étayer cette famille en souffrance, malgré notre désapprobation. Les séparations laissent toujours des traces indélébiles. Bien des maltraitements s'originent dans une séparation brutale subie dans la génération antérieure.

Les enfants ont une capacité d'indulgence bien supérieure à la notre, ils peuvent ainsi accepter que leur père ou leur mère ait été puni pour une "grosse bêtise", et c'est plus avec curiosité qu'appréhension qu'ils viennent voir leur parent à la prison. Par contre, ne pas le voir est beaucoup plus angoissant, l'imagination leur permet d'envisager le pire, la maladie, la mort, l'abandon.... Voir le cadre dans lequel leur parent vit, les personnes qu'il est amené à rencontrer quotidiennement, permet de dédramatiser la situation. Les enfants peuvent ainsi se les représenter et les mettre en scène au cours de leurs jeux, de leurs dessins et ainsi, faire part, plus facilement, à ceux qui les entourent de leurs appréhensions, car ils savent que ce n'est pas interdit d'en parler.

Faute de cette possibilité, ils ne peuvent que constater le silence, pressentir le mensonge, et taire leurs interrogations qui ne rencontrent que le vide et le malaise. L'angoisse n'en est que plus grande, à mesure que se poursuit la séparation. Le travail de reconstruction en sera plus difficile encore.

Bien sûr, il est parfois indispensable de préparer cette rencontre, pour éviter que ces douleurs muettes que vivent les enfants ne s'avivent encore, faute d'une élaboration suffisante. C'est souvent le cas dans ces familles déchirées par un drame qui a conduit un des parents en prison. Comme ces deux fillettes, témoins impuissants du meurtre de leur mère par leur père, qui ne pouvaient, ni ne voulaient le haïr, et qui, après un long travail d'élaboration, ont souhaité le rencontrer pour reconstruire ce qui pouvait l'être des ruines de leurs relations familiales. Car, seul ce père, dont elles pressentaient l'intense détresse, leur permettait de véritablement exister en les inscrivant dans une filiation.

Notre rôle est d'identifier le moment où une telle démarche est possible, et quand, au contraire, il faut freiner ceux qui voudraient négliger ce temps d'élaboration. Car, alors, le risque est de rendre impossible la démarche réparatrice. De notre place, nous sommes, finalement, détenteurs d'une certaine intimité, autant avec notre patient qu'avec ses proches, ce qui ne nous autorise pas à la toute puissance, mais qui permet de respecter les indispensables scissions.

#### **4. Méconnaître la nécessité d'un étayage au long cours peut avoir des conséquences désastreuses.**

Un certain nombre de cas que j'ai eu à rencontrer illustrent à quel point nous sous-estimons la fragilité de nos patients. Nous voudrions, dans la perspective de la sortie, qu'ils apprennent à faire face aux incertitudes, à un isolement toujours plus difficile à supporter, à leur fragilité alors qu'ils vivent en situation de dépendance et de régression au sein de l'institution pénitentiaire. Il est une chose pourtant très difficile à y apprendre: la capacité à l'autonomie.

Certains souffrent d'un véritable handicap, et de le méconnaître est source d'échecs et de désillusions. La fin de l'incarcération, cette sortie tant attendue, est génératrice de bien des peurs; beaucoup plus souvent qu'on pourrait le penser. Il est difficile au détenu de le reconnaître tant ce sentiment paraît incongru. Pourtant, de nombreuses récidives s'originent dans une telle incapacité à vivre hors de cette dépendance qu'induit le milieu pénitentiaire. L'institution carcérale vient aussi combler des vides affectifs difficiles à surmonter.

#### **6. Partenaires symboliques et partenaires réels**

a redonner à chacun la place qui est sienne  
Comprendre n'est pas excuser. Si la prison se situe sur la trajectoire, c'est qu'il y a un compte à régler avec la loi, l'autorité, avec les cadres auxquels on ne peut s'affronter qu'en essayant de les détruire ou de les dévoyer. Notre rôle n'est pas de reprendre en écho ce qui se répète, mais d'essayer de réinstaurer ce que l'acte délinquant a tenté de mettre à mal.

#### **b Les déclinaisons de l'autorité: juge, service pénitentiaire, personnels pénitentiaires**

Dans ce sens, il est toujours essentiel de redonner la place qui lui est due à l'autorité et à ses représentants pour que nous ne nous transformions pas en juge, et pour que le juge ne devienne pas thérapeute. Le soin ne peut être alibi, excuse ou exonération. Il doit, au contraire, permettre que s'assume ce dialogue difficile entre le délinquant et celui qui a pour mission première de réprimer. Quand les rôles sont clairement établis le soupçon peut se dissiper, qui peut faire penser aux uns que leur patient est l'objet d'une justice inique, et aux autres que l'action psychologique ou sociale ne vise finalement qu'à faire échapper le fautif à l'action pénale.

C'est, à mon avis, la condition essentielle pour que puisse s'instaurer un partenariat qui respecte les missions des uns et des autres et qui respecte, en particulier, les secrets propres à chaque partenaire.

C'est aussi pour cela qu'il est délicat de s'engager dans l'exécution de mesures qui amènent la justice à ordonner, à prescrire, un soin. Quand tout se télescope, le sens d'une telle "prescription" devient insaisissable et rend quasiment impossible l'expression libre de la souffrance, seule condition possible de l'existence d'une thérapeutique.

### **VIII. La réinsertion : travailler nos modèles internes**

#### **1. Chacun d'entre nous possède ses propres modèles, ses références et ses identifications.**

A l'occasion des rencontres successives avec nos patients, nous nous forgeons petit à petit une image de son parcours, de ses ratés, de ce qu'il n'a pu être, de la manière dont il a été investi par ses parents. Nous reconstruisons, d'abord en nous, l'image brisée par ses actes. Parce qu'il nous laisse cette possibilité, nous pouvons lui restituer cette image de lui-même, plus ou moins consciemment reconstruite, et dont il pourra se servir pour être autre.

#### **2. Tout modèle recèle ses propres pièges.**

Notre patient ne peut accepter de s'approprier celui que nous lui proposons, que si, à un moment, nous acceptons de nous en défaire pour le laisser maître de sa propre élaboration. Il faut qu'à un moment notre désir qu'il ne soit plus délinquant et qu'il abandonne un fonctionnement régi par le passage à l'acte, laisse la place à son propre désir de changement, même si celui-ci ne prend pas le chemin que nous aurions souhaité.

Il n'est rien de plus redoutable qu'un changement prescrit, ordonné, et auquel notre patient s'essaye pour nous faire plaisir. Il n'est jamais bien structurant d'être trop bon. Bien souvent, ceux que nous côtoyons dans les prisons ont eu à faire à bien des institutions trop bonnes.

Vous avez, peut-être, pu vous rendre compte combien des gens ou des structures trop bonnes, ou trop bienveillantes, étaient étouffants!

#### **3. Le risque du pédagogique appliqué au pénitentiaire.**

De nombreuses théorisations pédagogiques ont jalonné la pensée criminologique et les expériences pénitentiaires. Les maisons de redressement n'avaient pas d'autre fondement. On en connaît l'échec et la sinistre mémoire qui en reste.

Si nos institutions scolaires n'ont pas permis à l'enfant ou à l'adolescent de s'y retrouver alors qu'il

était aux prises avec son désir de transgression, c'est, peut-être, parce qu'elles n'ont pas pu, ou su, faire entendre la validité des modèles qu'elles proposaient,

J'ai rencontré dans des prisons des instituteurs désespérés de voir le peu d'assiduité et d'entrain des détenus à qu'il ils essayaient d'inculquer les rudiments d'un programme scolaire. Ils n'avaient pas compris que ce n'était pas seulement parce que ceux-ci s'étaient "épanouis près du radiateur", qu'ils n'avaient pu acquérir les bases ou des éléments permettant l'instruction. Chez bien des gens, une peur panique dans la relation au savoir et à la connaissance vient recouvrir d'autres angoisses plus violentes encore. Les pédopsychiatres savent bien tous les dangers que recèle une phobie scolaire.

J'ai rencontré, dans ces mêmes prisons, un éducateur émerveillé par la curiosité et la capacité de découverte de ces mêmes détenus. Il avait inversé sa démarche pédagogique, au lieu de vouloir les couler dans le moule d'un programme, il avait su leur dire : "montrez moi ce que vous savez faire, on verra après comment je pourrai vous aider". Il avait su entendre leur rêves les plus fous, pour ensuite les amener patiemment à affronter leur réalité. Ainsi, ce détenu quasi illettré qui caressait le désir de devenir vétérinaire, fasciné par les animaux sauvages auxquels il s'efforçait de ressembler dans sa violence, qui ne supportait aucune activité, ni atelier, et qui s'est progressivement apprivoisé jusqu'à dévoiler ses frayeurs et avouer sa honte devant son ignorance.

## **IX. Conclusion : des vicissitudes de l'accompagnement.**

La réinsertion s'authentifie dans les ratés, nous le savons tous. Ceux qui s'adressent à nous ont déjà

derrière eux un long parcours ponctué d'échecs, de désillusions marqué par le rejet croissant qu'entraînent leurs écarts: Ceux pour qui la prison ne constitue qu'un "accident de parcours", qui disposent d'un étayage familial ou relationnel suffisant, de capacités professionnelles ne s'adressent que rarement au psychiatre ou aux services sociaux. S'ils éprouvent le besoin de parler de leur acte ou de leur incarcération c'est plus tard, en dehors du tumulte.

De ce fait, chaque prise en charge porte en elle son lot de défis, de risques, de répétitions, d'inévitables discontinuités. Un toxicomane n'abandonne pas sa dépendance au premier sevrage, ou c'est qu'il n'est pas encore pris dans un fonctionnement psychique marqué par la satisfaction ou l'apparence de solution qu'il a cru y trouver. Il en va de même pour bien des délinquants.

C'est en travaillant sur nos échecs et nos propres désillusions que nous pouvons comprendre et analyser ce que nous n'avons su voir, ou prévoir. Anticiper la récurrence et vivre celle-ci, non comme une hantise, mais comme une occurrence, me semble une attitude plus féconde, qui nous permet de mieux assumer l'inévitable découragement qui survient quand celui en qui nous avons tant investi retourne à ce que nous pensons être la case départ. Il faut parfois du temps pour que prenne sens la transgression. Mais c'est le plus souvent, parce qu'à une étape du parcours certaines relations structurantes ont pu se vivre que, plus tard, et parfois après plusieurs épisodes difficiles, un changement signifiant survient.

Nous avons tous connu ces évolutions favorables survenant alors que nous n'attendions plus rien de notre patient. Sachons nous autoriser à sacrifier au principe de surprise.



# VINGTIEME CONFERENCE DE RECHERCHES CRIMINOLOGIQUES

Conseil de l'Europe  
Strasbourg  
22 - 25 Novembre 1993

**Thème** : Les interventions psychosociales dans le système de la justice pénale  
(Contrat n° DAJ/29/1993)

Cinquième rapport:  
**Problèmes des interventions thérapeutiques  
auprès de catégories spécifiques  
de délinquants**

(par exemple dans le domaine de la délinquance sexuelle,  
de la violence au sein de la famille, et de la toxicomanie)

par  
**J.M. ELCHARDUS**  
Professeur des Universités / Médecin des Hôpitaux  
Institut A. LACASSAGNE - LYON

## Introduction

Il fut une époque où l'on pouvait attendre des Sciences médicales qu'elles "guérissent" les comportements criminels, en classant ceux-ci dans une nosographie au même titre et sur le même plan que les grandes catégories de la pathologie humaine. Le "modèle thérapeutique" pouvait apparaître comme l'un des paradigmes du traitement pénal, et l'on a pu espérer que des méthodes cliniques appliquées systématiquement à des délinquants ou à des déviants puissent à terme entraîner une diminution sensible de ces comportements socialement dommageables.

En fait, ces tentatives pour soigner un sujet de sa délinquance, considérée comme maladie, n'eurent pas les effets escomptés. La pathologie ne suffisait pas à rendre compte des comportements criminels, et la thérapeutique n'apportait pas de solution entièrement satisfaisante. Il fallait se rendre à l'évidence que les catégories pénales et cliniques ne se recouvraient pas. L'approche clinique a été d'autant plus sévèrement critiquée, qu'elle avait laissé espérer détenir la solution scientifique de la criminalité. Cette désillusion douloureuse l'a dans le pire des cas fait se replier sur le champ réduit de ses "malades médico-légaux" à la recherche hypothétique d'une singularité criminogène. Dans le meilleur des cas le clinicien a été amené à redéfinir son champ de compétence en fonction du cadre pénal dans lequel il doit exercer, et à renoncer à être le fer de lance du "traitement pénal".

Au "rien ne marche" des déçus des actions psychosociales sur le criminel, le clinicien doit modestement répondre que la population pénale requiert sa présence du fait de sa morbidité psychiatrique importante, largement supérieure à celle du reste de la société, et des effroyables détresses identitaires que révèlent certains troubles du comportement aux implications criminelles.

Tous les pays évolués se sont dotés de moyens de psychiatrie pénitentiaire capables d'apporter les soins nécessaires à un ensemble numériquement important de détenus jugés responsables de leurs actes, mais présentant à l'occasion, et peut-être parfois à cause de leur détention, des troubles psychiques de gravité et d'expression variable. L'exercice de la psychiatrie à l'intérieur du système pénal est devenue une réalité, que l'on ne peut plus seulement considérer comme un cache-nisère ou un alibi destiné à compenser les effets nocifs de l'emprisonnement. Le système de Psychiatrie pénitentiaire est appelé à prendre en soins ces personnes, toutes ces personnes, sauf si leur état dépasse les capacités de soins disponibles, auquel cas elles sont adressées à l'hôpital psychiatrique (en France, article D. 398 du code de

procédure pénale). Quoi qu'il en soit des dispositifs propres à chaque pays, la séparation traditionnelle et commode entre sujets pouvant relever du système pénal et malades mentaux relevant exclusivement de l'institution psychiatrique est devenue caduque pour l'essentiel, et la tendance est de plus en plus à considérer que les sujets délinquants atteints de troubles psychiques ont à être en même temps punissables et soignables. Citons GARAPON (1993): *"délinquant ou malade? délinquant et malade? Le problème est mal posé: dans les deux cas, le sujet est considéré comme un tout, comme s'il n'était que délinquant ou malade. L'alternative délinquant/malade ne laisse aucun espace à un tiers terme qui échapperait à la stigmatisation du fou et du criminel... Ce n'est pas un hasard si notre époque se préoccupe tant des violences familiales, qu'elle redécouvre le viol entre époux, l'inceste, les mauvais traitements à enfants, c'est à dire tous les problèmes qui affectent des personnes qui ne pourront jamais être des tiers les unes pour les autres"*.

Cette tendance s'oriente aussi vers une désaffectation des établissements psychiatriques pénitentiaires spécialisés, et le retour vers un soin organisé dans le cours de la détention, et poursuivi après celle-ci par des mesures thérapeutiques intégrées au dispositif de probation (COLIN 1993).

L'intervention thérapeutique, dans le cadre de l'activité clinique, ne peut pour autant être confondue avec la vaste notion de "traitement pénal" au sens de l'ensemble des mesures appliquées à la population pénale afin de lui faire autant que possible tirer parti de la peine et de faire céder les conduites délinquantes.

Pour rester rigoureux dans les termes, une intervention thérapeutique ne peut s'appliquer qu'à une pathologie. A la différence d'autres interventions psychosociales, c'est de santé et non d'adaptation qu'il s'agit en l'espèce. Dans le domaine de la santé mentale, l'adaptation du sujet à son milieu est évidemment un élément important, mais le but premier d'un soin reste malgré tout la guérison, ou au moins le soulagement d'une souffrance. Il est dès lors difficile de parler de thérapeutique quand le but unique de l'intervention est de modifier un comportement décrit comme socialement dommageable. Il n'est pas besoin d'insister beaucoup sur ce point, quand on se souvient des facilités de collusion entre Psychiatrie et régime totalitaire sous couvert de repérage scientifique de comportements antisociaux à la moindre dissidence.

La situation du clinicien en système pénal dans les pays occidentaux n'est certes pas à ce point détournée, mais l'art clinique y est soumis à un ensemble de contradictions susceptibles de diluer

ses principes fondateurs. Il importe donc d'examiner plus précisément les rapports entre certaines catégories de délinquants et la pathologie, puis d'envisager les conditions du soin.

## 1 - Les catégories et les modes de catégorisation.

La question de soins spécialisés pour des catégories spécifiques de délinquants se pose en termes un peu différents de ce qui concerne l'organisation générale du soin psychiatrique dans le système pénal. En effet autant celui-ci relève de la démarche clinique la plus traditionnelle, même si celle-ci doit se développer dans un cadre très particulier, autant l'intention de proposer des soins spécifiques à des personnes en fonction de leur acte délinquant suppose une sélection des bénéficiaires, des moyens employés et des résultats attendus qui dépasse le cadre d'exercice habituel de la médecine psychiatrique, que ce soit en prison ou ailleurs. Il s'agit là d'un premier problème, d'où découleront toute une série d'autres questions, est qui est en quelque sorte un problème de définition. Il est certain que la commodité et le souci de rigueur dans l'emploi de moyens complexes et coûteux milite en faveur d'une catégorisation de la population pénale, en fonction du type de comportement nuisible commis, afin de développer des moyens sur-spécialisés pour atteindre la cible ainsi désignée. A côté de la Psychiatrie pénitentiaire générale existerait ainsi une "Psychiatrie spéciale" avec des objectifs très définis, et l'espoir d'une efficacité plus grande. Avant de s'engager plus avant dans cette voie, il convient d'examiner de plus près ce qui fonde et justifie la définition de catégories

### 1.1 Catégories en usage dans le système pénal.

Pour les praticiens du système pénal, les catégories fondées sur leur expérience de la population pénale sont utiles: on peut à juste titre considérer que les délinquants sexuels posent par leur type de délit, par les réactions qu'ils provoquent en détention, par le risque de récurrence, des problèmes spécifiques. Il en est de même pour les toxicomanes, pour les jeunes délinquants violents, pour les auteurs de violences familiales. Ces catégories sont pénales au sens d'un type de délit, mais reposent aussi sur d'autres critères de regroupement: l'âge, les conduites addictives, la répétition, la résistance aux mesures de probation, le contexte de leur violence, les réactions de l'environnement micro- ou macro-social...

Elles sont donc établies par la tradition et de façon parfaitement empirique, sans autre dénominateur commun que leur prise en compte de différences

dans l'uniformité de la détention. Pour autant, elles imprègnent profondément l'ensemble du microcosme pénal, et le clinicien comme les autres est aussi partie prenante de cette sociologie, et aura à se défaire de cette tendance assez spontanée à prendre la partie pour le tout, le symptôme pour la pathologie et l'étiquette pour la personne.

### 1.2 Les catégories en criminologie.

Une autre manière de regrouper en catégories les personnes saisies par le système pénal repose sur leur statut par rapport aux textes légaux régissant l'accès des justiciables au jugement ou à la peine.

1.2.1 La première de ces catégories concerne les personnes qui ont été estimées inaptes du fait de leurs troubles psychiques à être engagées dans le processus pénal. Il existe en fait dans tous les systèmes pénaux une sélection opérant à un moment variable, selon des principes parfois différents mais ayant pour effet de retirer des filières pénales communes les personnes présentant des troubles psychiques tels qu'ils apparaissent comme ne pouvant, en tout ou en partie, être tenus comme responsables de leurs actes, ou comme incapables, temporairement ou définitivement, d'être présentés au tribunal, ou encore dans un état de santé incompatible avec une mesure pénale, essentiellement la détention. Cette sélection, reposant sur une expertise, oriente ainsi selon les pays les malades mentaux les plus graves vers des hôpitaux pénitentiaires spécialisés, ou vers le système public des hôpitaux psychiatriques, dotés ou non de sections spéciales.

En France, cette sélection retire purement et simplement le "dément" de l'action de la Justice. La tendance actuelle en Psychiatrie légale est d'éviter cette irresponsabilisation du délinquant malade mental, en considérant que pour ces sujets aussi perturbés soient-ils, le refus de prise en compte de leur acte, considéré comme n'ayant finalement pas eu lieu, est un équivalent de "mort psychique" (Rapport DEMAY, cité par AYME, 1990).

Au Royaume Uni (LOUZOUN 1990), contrairement à la notion générique et vague de "démence" de la législation française, le trouble mental est défini et classifié. Les mesures prises varieront ainsi selon que le sujet est atteint de "trouble mental" (mental disorder), d'"altération mentale grave" (severe mental impairment), d'"altération mentale" (mental impairment), ou de "trouble psychopathique" (psychopathic disorder). Les ordonnances de placement prises par le Tribunal incluent également la notion des bénéfices à attendre du traitement (tests de traitabilité).

En Espagne, le Tribunal Suprême a donné en Mai 1985 une classification des maladies mentales dans la perspective pénale. Il distingue, avec des

recommandations précises sur l'évaluation de l'imputabilité, plusieurs catégories fondées sur les grandes classes nosographiques psychiatriques. En Italie (LOUZOUN et MOLINERO 1990), la tradition criminologique positiviste maintient malgré les réformes radicales de l'appareil de Psychiatrie publique un système de "double binaire": d'un côté les peines proprement dites de nature rétributive, certaines et déterminées quant à leur durée, et de l'autre et de manière non exclusive, les "mesures de sécurité" répondant à une visée de défense sociale, déterminées seulement quant à leur durée minimum et mesurées non au délit, mais à la dangerosité du condamné. Des statistiques récentes montrent qu'au cours des dernières années, corrélativement aux effets de la loi de désinstitutionnalisation de la Psychiatrie de 1978, la population des hôpitaux psychiatriques judiciaires a diminué tant en pourcentage qu'en nombre absolu.

1.2.2 Quel que soit le pays, le toxicomane relève d'une catégorie criminologique assez originale: il est par la loi considéré sous son double aspect de délinquant et de malade (loi française du 31/12/70). Son statut juridique le place dans une sorte d'entre deux (quand il n'est que consommateur), entre logique pénale répressive et orientation directive vers un traitement. Le magistrat est alors en pouvoir d'engager un individu dans une filière de soin spécifique, pour des justiciables qui lui sont désignés en tant que catégorie par la loi.

1.2.3 Ce regard criminologique induit dans chaque pays une façon de concevoir, au moins par la négative, les limites de la folie et de l'accessibilité au système pénal. Dans cette logique, il apparaît clairement qu'il est nécessaire de repérer aussi exactement que possible des classes d'individus relevant de telle ou telle mesure, afin d'adapter de la manière la plus juste le "traitement pénal" au justiciable. La diversité des critères en vigueur montre que ce n'est pas là chose évidente et universelle. Il existe ici une interface entre l'exigence d'égalité de toute bonne Justice, impliquant une certaine abstraction et généralisation, et la prise en compte du sujet en rapport avec les grandes institutions sociales. Cette interface a dans toutes les pratiques nationales été travaillée et érodée par la pratique, au point qu'il est parfois difficile dans certains domaines de retrouver une frontière franche entre l'intervention du juge et celle du travailleur social.

### 1.3 Les catégories cliniques

S'agissant de pathologie et de thérapeutique, il importe de se tourner vers les cliniciens pour examiner leur façon de classer ces sujets confiés à leurs soins.

#### 1.3.1 Les catégories traditionnelles de la Psychiatrie légale.

Pour rester dans le cadre des personnes délinquantes considérées comme au moins partiellement responsables de leurs actes, les psychiatres utilisent les classifications nosographiques en usage en Psychiatrie générale. Les études sur les malades mentaux dangereux (BENEZECH 1981) ont démontré que globalement, la population des malades mentaux n'était pas significativement plus dangereuse que la population générale (GUNN 1977), et que la proportion de sujets reconnus irresponsables de leurs actes parmi les prévenus présentant des troubles mentaux est faible, de l'ordre de 15 % (LÔO 1973). L'examen psychiatrique effectué par GILLIES (1976) sur 367 hommes meurtriers retrouve 302 sujets normaux; l'inventaire de 65 autres retrouve l'écrasante majorité de la psychopathie, ce qui est classique, mais aussi la proportion élevée des troubles psychotiques, relevant d'une codification précise de soins. Si certaines formes cliniques des maladies mentales prédisposent particulièrement aux actes délinquants (héroïdophrénie, paranoïa délirante), il n'y a cependant pas lieu d'établir de catégories nosographiques spéciales pour ces pathologies, qui si elles réclament des aménagements particuliers du soin, ne posent pas de problème au plan diagnostique.

#### 1.3.2 La découverte de la complexité du champ diagnostique.

L'approche clinique des délinquants a, au cours de ces dernières décennies, fait de grands progrès diagnostics et thérapeutiques, liés au développement effectif du soin psychiatrique auprès de la population pénale, et à la prise de conscience de l'importante morbidité psychiatrique de cette population pénale. La tendance actuelle à ne pas irresponsabiliser le délinquant a certainement participé également à un accroissement dans le système pénal, du nombre des personnes souffrant de troubles psychiques dont l'acte délinquant peut être mis en relation avec ce trouble. On estime que un tiers des entrants en prison présentent à l'examen médical systématique des perturbations psychologiques: avant tout des états limites, exprimés à travers des états dits de déséquilibre psychique, alcoolisme ou toxicomanie (BALIER 1988). D'après BRICOUT (1989), les sociopathes représenteraient 10 % de l'ensemble des détenus,

parmi lesquels 1 % de psychopathes dangereux. Les estimations canadiennes sont du même ordre: 22 % de la population pénale présenterait une "personnalité antisociale", proche de la notion française de psychopathie (antisocial personality disorder) (HODGINS 1993). Par ailleurs, l'effort de typologie en Psychiatrie contemporaine s'oriente vers un certain éparpillement tentant de saisir selon un modèle multi-axial les infinies complexités des situations pathologiques individuelles (classification internationale des troubles mentaux DSM III R). Si les grandes catégories comme "schizophrénie", "dépression" ou "psychopathie" ne suffisent plus pour décrire la pathologie d'un sujet donné, à plus forte raison toute typologie faisant appel à des traits étrangers au trouble mental proprement dit seront non pertinentes, et en premier lieu la catégorie des psychopathes.

### 1.3.2.1 Travaux sur la psychopathie:

Le rapport BUTLER énonçait en 1975: *"Depuis son introduction il y a plus de 90 ans, le terme de "trouble psychopathique" a été sujet à une variété d'usages pratiques différents: il a été pris pour recouvrir un étroit ou un large groupe de troubles mentaux, et pour indiquer les différences soit de causalité soit de manifestation clinique par rapport à d'autres troubles mentaux. En conséquence, il y a maintenant une multiplicité d'opinions sur l'étiologie, les symptômes et le traitement de la "psychopathie", qui est seulement à comprendre par référence au sens particulier dans lequel le terme est employé par le psychiatre en question...Ce n'est plus un concept utile ou significatif."*

Cette notion est pourtant resté par la suite très usitée et elle prête toujours autant le flanc à ces mêmes critiques, que l'on retrouve par exemple dans les motifs de la recommandation R (82) 17 du Conseil de l'Europe concernant la détention et le traitement des détenus dangereux: *"Les psychopathes et les sociopathes présentent des troubles persistants de la personnalité, qui se manifestent par une conduite d'une agressivité et d'une violence anormale, mais qui ne font pas partie des maladies mentales et ne peuvent pas être soignées par la Psychiatrie."*

Le développement de la Psychiatrie pénitentiaire a pourtant permis de mettre en évidence une très grande diversité de situations pathologiques et de diagnostics dans cette constellation de la psychopathie. Sans pouvoir ici entrer dans le détail de ces travaux cliniques, il faut souligner tout d'abord que si ce terme a été et continue d'être autant usité, c'est sans doute parce qu'il répond à un besoin, et au manque d'une autre définition satisfaisante. Il désigne des personnes difficiles à classer entre folie et délinquance, psychose, névrose ou perversion, entre structure particulière

de la personnalité et réprobation sociale de certains de leurs comportements (GRAVIER 1986). C'est dans cette dernière optique que se sont situés les auteurs anglo-saxons avec leur concept de "personnalité antisociale", reprise par le DSM III R qui met l'accent sur les troubles du comportement et de l'adaptation sociale. L'approche psychodynamique a mis en évidence la parenté structurelle de ces personnalités avec les états limites, qui pour KERNBERG (1975) les engloberaient tous. Au delà d'une tentative de classification de ces états, qui échappe d'autant plus que la complexité s'en révèle, ces travaux et beaucoup d'autres montrent l'importance des symptômes plus discrets, masqués par la violence et la répétition des agirs. Derrière le passage à l'acte, l'observation clinique permet de retrouver une angoisse fréquemment massive, diffuse et incoercible, souvent non perçue comme telle par l'intéressé, et qui est à l'origine de mouvements régressifs majeurs pouvant parfois installer ces sujets dans des attitudes de dépendance totale (GRAVIER 1986). Ces personnes sont très souvent confrontées à des sentiments pénibles de solitude et de vide, ressentis sous forme d'ennui les poussant à de perpétuels changements (LEMPERIERE 1977), et à la recherche d'un plaisir immédiat (BENDJILALI 1981). L'ensemble de ces troubles est également observé dans les organisations narcissiques des états limites, les amenant à vider toute relation de contenu affectif, et témoignant de la proximité de la dépression, totale et inexprimable, décrite par tous les auteurs cité par SCHARBACH (1983). Cette dépression comporte un sentiment de vide, d'impuissance et d'inhibition, sans remords ni culpabilité. Sur le versant psychopathique, la traduction s'en fait dans un apitoiement sur soi et des revendications ou manipulations affectives, et sur le versant dépressif limite, c'est l'ensemble des fonctions du Moi qui sont menacées de désorganisation (KERNBERG 1975). La relation sera dominée par l'avidité affective, parfois dans une exigence tyrannique avec intolérance absolue à toute frustration (BENDJILALI 1981). Sur un plan plus névrotique, on note la fréquence des manifestations hystérisiformes et des phobies, portant sur le corps, mais aussi de phobies plus archaïques proches des terreurs nocturnes de l'enfant (BALIER 1988), représentations d'une dynamique pulsionnelle terrifiante. Enfin les manifestations psychotiques ne sont pas rares, sous forme de bouffées délirantes, mais le plus souvent d'états de dépersonnalisation transitoires et peu systématisés, qui peuvent représenter la plus grande partie des "psychoses carcérales" (BALIER 1993).

Les conduites addictives (toxicomanie, alcoolisme) trouvent dans ces structures de personnalité un terrain d'élection, ainsi que les déviations sexuelles de toutes natures. Il s'agit

principalement d'une sexualité chaotique et polymorphe, mais GRAVIER (1986) souligne la contiguïté de ces structures avec les organisations perverses, et la composante souvent authentiquement perverse (sadisme, masochisme, cruauté, prostitution, ...) des passages à l'acte. DEBRAY (1981) relève un goût de l'avalissement, et une tendance à salir l'acte sexuel, cachant souvent une crainte profonde et un trouble de l'identification.

L'affirmation classique de la pauvreté de la vie fantasmatique de ces sujets (ainsi que de celle de tous les états limites d'ailleurs) rend compte de cette "sidération des capacités imaginaires, et du rapproché consécutif et très anxiogène entre le réel et le symbolique, sans médiation" (BERGERET 1975). Pourtant si effectivement les fantasmes élaborés sont absents, ces sujets expriment cependant de nombreuses images, parfois empruntées au cinéma (HOCHMANN 1980), ou des cauchemars terrifiants, augmentés par la situation de détention (BALIER 1988). Cette vie fantasmatique primitive est souvent enfouie et niée par le sujet, et coupée de tout lien psychique associatif. Se trouve là l'un des points d'abord thérapeutique majeurs.

Ce rappel clinique est évidemment restreint et réducteur, mais il suffit à démontrer que l'on ne saurait sans dénaturation se satisfaire dans l'approche clinique des seules catégories établies, parfois par les cliniciens eux-mêmes, sur les manifestations les plus visibles, mais aussi les plus superficielles. Une approche psychopathologique précise met en évidence le manque de pertinence des catégories fondées exclusivement sur l'acte. Un sujet donné peut en effet être inclus, avec raison, dans une catégorie de délinquants sexuels, de délinquants violents, de toxicomanes, ou même de psychotiques, en fonction des circonstances et du moment de son histoire.

On pourrait tirer les mêmes conclusions de l'approche détaillée des catégories des "toxicomanes" (VEDRINNE 1987), ou des "délinquants violents" (DUNCKER 1992), mais c'est malgré tout pour les délinquants sexuels que les efforts de typologie ont été les plus développés et les plus précis, peut être en partie à cause de la diversité des manières d'opérer de ces agresseurs.

### 1.3.2.2 Les délinquants sexuels

De multiples études ont exploré le domaine des délinquances sexuelles selon des méthodes épidémiologiques pour établir des modèles de classification des agresseurs sexuels. Ces recherches se heurtaient aux difficultés habituelles en la matière, à savoir l'incertitude diagnostique, l'insuffisance de fiabilité inter-juges, ou les marges de recouvrement des sous-

groupes. Néanmoins, plusieurs typologies établies concernant des violeurs se recoupaient suffisamment pour identifier quatre grands thèmes: recherche de pouvoir, rage, sadisme et comportement antisocial, rendant compte des principaux types d'agressions commises. (Mc KIBBEN 1993). Des analyses par "cluster" plus récentes permettent de vérifier quelles variables sont préférentiellement agrégées les unes aux autres; elles amènent au modèle de classification des violeurs de KNIGHT et PRENTKY (1990), distinguant quatre profils types fondés sur l'opportunisme, la rage indifférenciée, la motivation sexuelle et la motivation vindicative. Neuf sous-groupes sont établis à partir du niveau des compétences sociales.

Concernant les pédophiles, des classifications peuvent être établies à partir des aspects de motivation, comme le modèle proposé par GROTH (1982). Celui-ci fait une première séparation entre agresseurs violents et non violents, puis utilise les concepts psychodynamiques de fixation et de régression pour établir des sous-types de la catégorie des séducteurs non violents, et les tableaux dynamiques de colère, de puissance et de sadisme pour celle des violeurs. Cette typologie, critiquable par l'absence de critères diagnostiques opérationnels, est cependant utile pour fournir au clinicien des repères diagnostiques. Le modèle de KNIGHT (1989), établi à partir de méthodes et de données statistiques fiables, est beaucoup plus précis quant aux exigences épidémiologiques. Il introduit un repérage multi-axial (degré de fixation de l'intérêt pédophilique, et fréquence de contacts avec des enfants) qui lui permet de sortir d'une classification limitée à des figures types (Mc KIBBEN 1993).

Sur un mode psychodynamique, VAN GIJSEGHEN (1988) définit un certain nombre de structures perverses en fonction du mode spécifique de relation objectale. A la suite de MAC DOUGALL (1980), il repère en effet l'absence de structure perverse unique, et un continuum qui la situe entre un pôle de sexualité archaïque anobjectal, et le pôle de la sexualité oedipienne de registre névrotique. Chaque agresseur est classé sur cet axe, mais aussi en fonction de son mode relationnel, d'éléments contre-transférentiels, du sens et de la nature de l'agression sexuelle (AUBUT 1993).

Toutes ces catégories, pour utiles qu'elles soient, ne doivent cependant pas être utilisées de manière trop littérale ou stéréotypée, afin de conserver une attention à la détresse perceptible même chez les auteurs des crimes les plus graves (PRINS 1991).

## 1.4 Conclusions du chapitre

Il est devenu évident qu'il n'est pas possible de considérer un acte comme une maladie, même si cet acte est susceptible de traduire une pathologie,

sans pour autant la résumer (comme c'est le cas pour le suicide par exemple). De ce fait, les catégories établies à partir des types de délits commis ne peuvent, sauf à entraîner dans des confusions redoutables, être considérées a priori comme valides pour fonder un diagnostic ou proposer une thérapeutique. Il s'agit du choix d'une caractéristique unidimensionnelle, laissant dans l'ombre une série de variables pourtant essentielles à la prise en compte de la situation *"Cette occultation du jeu des variables ne se fait pas dans n'importe quel sens.... l'objectif est pratiquement toujours l'appréciation d'une personnalité en termes de possibilités d'adaptation aux exigences que pose une société...."* (DEBUYST 1977). Les catégories cliniques sont irréductibles aux catégories pénales (comme à toute autre catégorie qui lui serait hétérogène d'ailleurs).

Cependant une telle sélection sur l'acte, malgré son hétérogénéité, concentre effectivement un grand nombre de personnes présentant des troubles psychiques suffisamment graves pour relever de soins. De plus une proportion notable des sujets classés dans une catégorie délinquante donnée présentent des troubles psychiques sinon semblables du moins analogues: on trouve beaucoup de personnalités perverses chez les délinquant sexuels, de nombreux états limites chez les toxicomanes, etc... Il existe donc un certain recouvrement entre ces catégories et les catégories cliniques qui en première approximation pourrait les faire confondre. En fait, l'expérience clinique montre que les troubles graves du comportement amenant à des actes ou des conduites criminelles sont souvent symptomatiques de troubles complexes de la personnalité, au delà de certaines ressemblances pouvant faire parler de "personnalité du toxicomane", ou de "profil psychologique du violeur". On s'aperçoit que les failles de personnalité ou les impasses de la vie pulsionnelle renvoient à des détresses identitaires majeures n'ayant trouvé dans le comportement déviant qu'une forme possible d'expression. Le soin doit viser, directement ou non, ces faillites de la construction de la personnalité quel que soit finalement leur mode symptomatique de traduction en actes et en violences. Même s'il utilise des techniques visant à modifier le comportement de manière ciblée, le soin s'adresse au delà de celui-ci, aux modes de survie, éventuellement extrêmement dangereux, que le sujet a déployé pour maintenir son sentiment d'identité et sa vie pulsionnelle. De ce point de vue, le soin à mettre en place pour tel ou tel sujet sera fonction de cette pathologie, plus que du type de délit commis.

## 2 - Les grands axes des interventions thérapeutiques spécialisées.

Pour éclairer un tant soit peu le domaine des interventions psychiatriques applicables à des délinquants, il convient de faire un bref détour par la description des grandes options de la Psychiatrie contemporaine. L'approche de l'individu psychiquement malade repose en effet sur des conceptions théoriques très différentes pour ne pas dire opposées qui sous-tendent des stratégies et des finalités thérapeutiques très diversifiées.

### 2.1 Les orientations de la Psychiatrie contemporaine

Si tous les psychiatres sont d'accord pour admettre que la maladie mentale est un phénomène typiquement humain comprenant simultanément une souffrance psychique (aspect affectif), des erreurs de jugement (aspect intellectuel), et un trouble des conduites (aspect moral), ils divergent rapidement dans leurs conceptions sur les causes de ces troubles (GEISSMANN 1993). La Psychiatrie contemporaine est ainsi ordonnée en trois grands axes, selon qu'est privilégiée l'inscription organique, l'expression idéique ou comportementale, ou la dynamique inconsciente du trouble psychique.

2.1.1 En somme, le paysage psychiatrique actuel offre trois grands regroupements:

- Neurosciences, domaine de la psychiatrie biologique et des moyens chimiothérapeutiques
- Cognisciences : théorie du comportement et visée rééducative
- Psychodynamique : théories psychologiques de la maturation psychoaffective, mise en oeuvre dans des psychothérapies.

La psychiatrie biologique se réfère à un modèle franchement médical, dans l'acception classique du terme : repérage et évaluation de particularités ayant valeur de symptômes - systématisation nosographique - puis prescription d'un médicament devant agir sur les centres nerveux supérieurs responsables - enfin évaluation de l'évolution symptomatique.

Dans cette démarche, on aura volontiers recours à l'utilisation d'échelles d'évaluation en regroupant les patients par grandes espèces pathologiques. Il y a homogénéisation et modélisation des troubles. Le sujet peut y être passif.

L'apport cognitivo-comportementaliste repose plus sur l'observation d'inadéquation des rapports

individu/environnement que sur des notions lésionnelles ou psychologiques.

L'optique est rééducative et vise à corriger les erreurs de gestion de ses conduites par l'individu qui doit ainsi participer à un programme dans lequel la part d'auto-évaluation est importante; il y est donc actif, mais ces techniques peuvent favoriser un rapport de dépendance.

L'abord psycho-dynamique repose sur la recherche du sens des actes d'un sujet en fonction de l'état de construction de sa personnalité. Il s'agit de faire accéder au domaine des représentations mentales ce qui est agi dans la pulsionnalité et la méconnaissance de soi et des autres. Dans cette approche, les soignants sont impliqués non en tant que simples opérateurs mais comme répondants du sujet dans sa problématique psychoaffective. Le soin ne se contente pas d'utiliser les phénomènes de transfert, mais il tente de les élucider au bénéfice du sujet, dans un processus de maturation psychique.

### 2.1.2 Approche cognitivo-comportementale et catégorisation

L'idée même de traitements spécifiques pour des catégories de délinquants implique, après l'abandon des théories anatomo-biologiques de la délinquance, que l'on se trouve dans les domaines des théories comportementales, dans une perception du trouble qui privilégie la production manifeste d'un comportement ou d'une conduite repérés comme pathologique. Il n'est donc pas étonnant que la majeure partie des expériences de traitement de comportements délinquants soit exécutée selon cet axe comportementaliste. Les références sont bien sûr celles des pays où ce courant de Psychiatrie est largement dominant, à savoir essentiellement l'Amérique du Nord.

## 2.2 Aperçu des techniques cognitivo-comportementales

Nous aborderons donc en premier lieu ce mode de soin, sur lequel il y a le plus à dire du point de vue des techniques. Celles-ci sont données comme à la fois les plus sélectives, les plus évaluables et en quelque sorte les plus criminologiques

Par définition, la démarche diagnostique dans l'approche cognitivo-comportementaliste s'intéresse aux traits d'expression de l'individu dans ses conduites, regroupées en particulier sous le terme de "social skills", sans doute mieux traduit en français par "aptitudes sociales" que par "habiletés" qui est souvent employé dans la littérature francophone. Ce qui sera repéré sera ainsi de l'ordre de l'impulsivité, des défauts d'adaptation sociale, de la pauvreté du raisonnement abstrait, de l'égoïsme, ou des faibles capacités à résoudre des problèmes interpersonnels (FARRINGTON 1993). Les programmes

thérapeutiques mis en place ont tous comme but de changer la manière de penser du sujet, en particulier de le conduire à réfléchir avant d'agir, d'envisager les conséquences de ses actes, de parvenir à imaginer d'autres solutions à ses problèmes relationnels que le passage à l'acte. Le but est également de le sensibiliser à ce que peut ressentir autrui quand il est soumis à sa violence.

Pour obtenir ce résultat, des programmes spécifiques sont proposés avec chacun un objectif et une technique précis: par exemple des entraînements à l'aptitude sociale, un apprentissage à réfléchir de manière logique et créative pour résoudre des difficultés, à acquérir le sens des valeurs sociales, à reconnaître et comprendre les sentiments d'autrui, à mettre en scène dans des jeux de rôle des comportements adaptés à la vie en société. (ROSS, cité par FARRINGTON). Des programmes spécifiques pourront si besoin être mis en place en congruence avec les modèles de classification dégagés par les travaux typologiques.

Ces programmes font l'objet d'études évaluatives et comparatives permanentes pour démontrer leur bien-fondé et leur efficacité sur le critère de la récurrence. Ils sont adaptés sur mesure pour chaque cas de figure rencontré, au delà d'ailleurs de la seule intervention sur le délinquant. Il existe ainsi des entraînements comportementalistes pour l'entourage du délinquant (parents d'enfants psychopathes, famille des pédophiles, groupe des pairs des jeunes violents), visant à modifier les réponses de l'environnement (PATTERSON, cité par FARRINGTON). Les thérapies familiales systémiques peuvent être incluses dans des programmes afin de modifier les modes de transaction dans l'économie relationnelle de ce groupe.

En Europe, en particulier francophone, de tels programmes de traitement pour des catégories spécifiques de délinquants sont rares, alors qu'il existe plus de 600 centres pour délinquants sexuels en Amérique du Nord (GAZAN 1991). BORNSTEIN et COUTANCEAU (1993) remarquent à propos des délinquants sexuels que les statistiques pénitentiaires relèvent la présence de 12 % de délinquants sexuels dans la population pénale française en 1985. Ils constatent "que (en France) le débat relatif à l'intérêt de tenter, ou non, une prise en charge quelque peu systématisée de sujets délinquants sexuels reste ouvert". GAZAN (1993) propose plusieurs explications à ce manque d'équipement: différences des modèles sexuels servant de paradigmes, retard européen dû à la "mode de la psychanalyse", et dû également à la réticence européenne à franchir le pas de l'intervention à l'égard de l'agresseur.

### 2.2.1 Exemple de programme type pour les délinquants sexuels

Dans un état de la question sur ces traitements GAZAN (1991) détaille les modalités d'application de cette intervention. Il s'agit d'une guidance, librement acceptée par le sujet, visant non à la guérison mais à la prévention des rechutes.. Le programme type comporte: " - une identification de situations critiques pour le passage à l'acte (le "PIG") - le développement de méthodes d'action permettant de ne pas céder au passage à l'acte agressif - le recours à des méthodes spécifiquement orientées vers des problèmes particuliers - le réaménagement, plus en profondeur, du vécu de l'individu.". Le sujet participe une fois par semaine au "concret group", avec d'autres personnes confrontées à l'impossibilité de maîtriser leur comportement sexuel avec des conséquences nuisibles pour autrui. " Un des premiers apprentissages que doit faire le sujet qui participe au "concret group" est de savoir identifier son propre PIG, notamment: à quoi reconnaît-il son PIG? Comment celui-ci se comporte-t-il? Qu'est ce qui le rend agressif? Qu'est ce qui lui donne faim? Que craint-il? Qu'est ce qui le calme? Comment peut-il composer avec lui? Un examen pléthysmographique pénien (mesure objective de l'excitation sexuelle face à certains stimuli prédéterminés) peut éventuellement aider le sujet à mieux se connaître à cet égard."

Les participants au groupe travaillent avec des méthodes comportementalistes et cognitives sur l'exercice de leur volonté, de leur motivation, "pour nommer, recadrer et augmenter l'emprise sur les événements à venir" (CAREY & Mc GRATH, cités par GAZAN). Les médicaments inhibiteurs de la libido sont utilisés "sous surveillance médicale étroite, régulière et prolongée (...) et représentent sur le plan des troubles psycho-sexuels des instruments pharmacologiques qui ont rendu la joie de vivre à des malades jusqu'alors sans espoir." (SERVAIS, cité par GAZAN). A plus long terme, le sujet est suivi en "counselling group" pour apprendre à prédire l'enchaînement des faits amenant au passage à l'acte, prendre en compte le dommage causé à la victime, opérer une "restructuration cognitive" par la prise de conscience d'une interprétation erronée de la réalité. Il sera alors en état d'apprendre le recours à une "matrice de décision" considérant le court, le moyen et le long terme pour l'aider à envisager les conséquences de ses choix. Un abord thérapeutique de groupe visera à un travail en profondeur sur les importantes composantes narcissiques et la faible estime de soi; cette thérapie sera éventuellement complétée par des entretiens individuels, et par l'usage de techniques spécifiquement orientées vers des problèmes particuliers. Les traitements utilisés pour ce faire seront comportementalistes, et porteront sur le contrôle de l'érection associée à une odeur désagréable ("punition signalée"), la

satiatio masturbatoire pour vider le scénario pervers de son pouvoir d'excitation, l'effacement ("fading") superposant progressivement une image sexuelle non déviante à la diapositive excitante déviante. Sur un versant cognitif, le sujet aura accès à une éducation sexuelle, et un apprentissage des "habiletés sociales".

Ces programmes de traitement ne sont proposés qu'après évaluation et tests des capacités sociales, des caractéristiques et des antécédents de l'individu, de l'analyse des situations à risque.

2.2.2 Pour les autres catégories de délinquants (violents, jeunes psychopathes, toxicomanes), le principe du traitement et le type de programme appliqué seront les mêmes, aussi bien en détention qu'en milieu ouvert. Pour les toxicomanes, la question est souvent compliquée par les dispositions légales associant mesure pénale et engagement d'un soin, et celui-ci n'est pas fondamentalement différent dans sa proposition aux consultants "libres" et à ceux adressés par la Justice. Ces traitements comportent fréquemment l'emploi codifié dans des programmes spécifiques de "produits de substitution" (Méthadone, Buprenorphine..) Les politiques pénales et sanitaires sont variables selon les pays, en fonction du degré de pénalisation de l'usage des produits stupéfiants, et aussi des orientations prédominantes dans la conception de l'assistance thérapeutique. S'il est clair qu'il ne peut être attendu de la distribution à grande échelle d'un produit de substitution le contrôle de la consommation d'opiacés et la maîtrise de l'épidémie de SIDA (DUNCKER 1990), les opinions demeurent encore largement divergentes quant à l'utilité sur la morbidité de la population toxicomane des techniques comportementalistes associées à un approvisionnement contrôlé en produits de substitution, mais le problème dépasse ici celui des interventions psychosociales.

### 2.2.3 Résultats et critères d'évaluation.

Comme il a déjà été souligné, les approches comportementalistes, appliquées en "programmes", comportent dès leur conception une partie d'évaluation, par un recueil de données susceptibles d'être traitées statistiquement. Ces programmes ont donc une fonction permanente de recherche, et donnent lieu à de très nombreuses publications, en langue anglaise pour leur énorme majorité, offrant un aperçu parfois un peu disparate mais toujours chiffré des résultats obtenus, selon un petit nombre de critères dont celui de la récurrence vient en premier lieu. Une meilleure homogénéité et sans doute une plus grande fiabilité sont obtenues par les méthodes méta-analytiques que le Professeur LÖSEL a parfaitement exposé dans son rapport. Il n'est donc pas utile de revenir sur le détail de ces résultats,

mais il n'est néanmoins pas possible de s'abstenir d'au moins les évoquer, puisqu'ils font partie de ce type d'approche.

De manière détaillée, PROULX (1993) reprend l'interprétation concernant l'efficacité des traitements sur la récidive des délinquants sexuels. Après avoir souligné les biais méthodologiques liés à la quasi-impossibilité de former des groupes parfaitement équivalents, et des divergences entre auteurs sur la durée du suivi, la population étudiée et la définition de la récidive, il reprend l'étude méta-analytique de HANSON (1989) portant sur 25 recherches. Pour les deux groupes (traités et non traités), le taux de récidive est identique à 15%, semblant indiquer que le traitement des agresseurs sexuels serait inutile, rejoignant ainsi les conclusions de FURBY (1989). Cependant, l'auteur examinant les résultats propres à chaque type de traitement appliqué, trouve un taux de récidive de 10,2%, pour des programmes de traitement cognitivo-comportementalistes complets (éducation sexuelle, aptitudes sociales, modification des préférences sexuelles), un taux de 11% pour les programmes ne comportant qu'une ou deux de ces modalités, et un saut à plus de 19% voire davantage pour des patients n'ayant suivi qu'un traitement de groupe non structuré. Toutefois même ces résultats sont susceptibles de biais d'interprétation et sont à recevoir avec prudence. Il semble en tout état de cause établi que le taux de récidive chez les sujets à risque, non traités, est très élevé.

Entre les différentes techniques, une revue évaluative et comparative des recherches sur le traitement des jeunes délinquants (MULVEY 1993) met en évidence que dans le cadre des institutions les interventions comportementalistes (ANDREWS 1989), l'approche cognitiviste et centrée sur les aptitudes sociales (SERNA 1986), et les thérapies familiales (BARTON 1985) sont plus efficaces que les groupes de pairs ou que les groupes thérapeutiques non structurés (GOTTFREDSON 1987). MULVEY insiste également sur les difficultés méthodologiques amenant à une incertitude sur ce qui est réellement évalué: les conditions parfois plus ou moins aléatoires qui conduisent à placer tel délinquant dans un programme thérapeutique, l'impossibilité de déterminer ce qui revient précisément au traitement dans les changements observés, et enfin le risque de focaliser le traitement sur un modèle de type médical en négligeant les interactions avec l'environnement, ce qui peut amener à surestimer les réactions favorables observées pendant le programme, qui disparaîtront une fois que le sujet a regagné son environnement habituel.

### 2.3 L'approche biologique

Pour les délinquants sexuels, on a vu qu'en Amérique du Nord, l'utilisation de médicaments

anti-libido était incluse dans des programmes cognitivo-comportementalistes complexes, comme une aide parmi d'autres. L'utilisation de ces produits en Europe est le fait d'expériences relativement isolées, et les cliniciens qui utilisent ces produits (CORDIER 1991) sont d'accord pour estimer que leur prescription doit en être soigneusement pesée, et assortie d'un suivi prolongé et attentif. Il n'y a pas de résultat publié faisant sans conteste adopter ou au contraire proscrire cette utilisation pour l'ensemble de la catégorie des délinquants sexuels; il semble que les meilleurs résultats soient à attendre chez des personnes soumises à une pulsionnalité pénible et incontrôlable les amenant à des attentats sexuels suivis d'une intense culpabilité. Leur place est celle d'un traitement complémentaire (GAGNE 1993).

Avec les médicaments psychotropes, neuroleptiques et tranquillisants, on revient au domaine plus classique de la Psychiatrie et du traitement des états aigus ou chroniques de la pathologie mentale. L'utilisation plus ou moins massive de ces drogues par les médecins pénitentiaires sera fonction de leur culture psychiatrique, et aussi de leur conception sur la place des troubles psychiatriques dans la genèse de la criminalité (TARDIFF 1992). Le traitement des patients violents dans des hôpitaux pénitentiaires peut ainsi parfois reposer quasi-exclusivement sur l'utilisation de médicaments psychotropes, bien que cette pratique tende à être sévèrement critiquée (voir par exemple les rapports récents du Comité de Prévention de la Torture sur les visites de services de Psychiatrie pénitentiaire dans plusieurs pays européens).

### 2.4 L'approche psychologique

Les comportements déviants sont ici renvoyés du côté de l'histoire individuelle de la personne. La part de systématisation et le recours à la nosographie sont faibles. Le programme de soin ne peut être pré établi, ni même l'objectif à atteindre en termes comportementaux. L'évaluation objectivable par catégorie de patients ne peut être conduite que partiellement du fait de la relativité des critères témoignant d'une maturation de la subjectivité. On voit donc que l'approche psychodynamique est la moins orientée et propice à l'établissement de catégories, sur le plan diagnostic, et davantage encore sur le plan thérapeutique. Autant les études épidémiologiques sont peu nombreuses du fait de cette absence de données mesurables, autant les écrits sur les situations psycho-relationnelles de ces patients existent et sont pertinents, comme un aperçu en a été donné dans la discussion sur la psychopathie. Contrairement à certaines idées reçues, le soin psychologique ne se limite pas à la

psychothérapie individuelle, et encore moins à une "psychologisation" facile de tous les comportements humains. Tout le courant de psychothérapie institutionnelle inspirant la pratique psychiatrique publique a appris aux soignants à reconnaître et à se situer avec leurs patients dans des interactions relationnelles marquées par la pathologie. C'est pour cette raison que les cliniciens travaillant dans cette voie sont très attentifs aux problèmes du cadre, espace reconnu de règles et d'interdits, mais aussi de confiance et de parole, dans lequel pourra s'engager et s'élaborer la relation thérapeutique.

### **2.5 Le problème des cadres de soin.**

Ces trois approches sont de registres différents et ne peuvent être confondues. Le risque est bien sûr pour le clinicien de se laisser enfermer dans la seule logique de l'un de ces axes, considéré comme seul scientifiquement valable, au détriment de la moindre ouverture sur les deux autres. Une orientation préférentielle est sans doute nécessaire, mais elle peut tirer profit des avantages d'un autre regard porté sur le même sujet. Par exemple, ce qui est obtenu d'une meilleure maturation psychologique aura ses effets sur le plan comportemental où ils pourront alors être plus facilement évalués. De plus, le déroulement du soin peut selon les moments faire appel à l'une ou à l'autre de ces approches, en fonction des capacités et de l'évolution du patient (AUBUT 1993).

En fait, plus que de techniques, il s'agit de l'exigence de mise en place d'un cadre de fonctionnement rigoureux donnant une place et un sens aux interventions thérapeutiques. Un bon exemple en est donné par la pratique de sociothérapie institutionnelle de la prison de CHAMP-DOLLON à Genève (DE MONTMOLLIN 1985 et 1986, BERNHEIM 1993). Il s'agit d'un traitement communautaire inspiré d'expériences anglaises et hollandaises, proposé à des catégories de détenus qui, sans être des malades mentaux au sens classique du terme, présentent des troubles graves du caractère, avec un fonctionnement psychique rigide et inadapté et de graves troubles relationnels, et chez lesquels l'impulsivité et le flou de l'identité amènent à la répétition d'actes ou de conduites sexuelles violents. Ces personnes ne sont admises que sur demande écrite de leur part, et après entretiens préliminaires. Dans le centre, ils ne reçoivent aucun médicament psychotrope. Le programme de traitement comporte des activités et des temps de discussion soigneusement institués, permettant à "chacun, voyant vivre les autres, de finir par se voir soi-même". Progressivement un sentiment d'appartenance et de responsabilité peut apparaître, avec une réduction des sentiments de

souffrance, de haine et d'humiliation liés à l'incarcération, ainsi que l'amélioration significative des critères cliniques tels que l'estime de soi, l'anxiété, la dépression, la capacité critique, et les rapports avec la réalité, avec l'autorité et avec autrui. Il n'existe pas dans ce type d'institution de programme technique particulièrement complexe et étalonné, mais plutôt une attention vigilante aux liens pouvant rétablir une subjectivité là où il n'y avait que de l'emprise.

En somme, l'utilisation des techniques ne vaut que tant que celles-ci prennent place dans un ensemble cohérent susceptible de modifier les rapports déformés que le sujet entretient dans sa vision du monde avec les autres. Cette modification, comme tout changement chez l'humain, peut être obtenue par toute une gamme d'interactions, allant de la simple information, au soin psychologique le plus complexe, en passant par l'éducation, la rééducation, les techniques cognitivo-comportementalistes, la socio-thérapie, la milieu thérapie, et les psychothérapies utilisant le transfert.

Il est bien difficile de comparer ces techniques thérapeutiques entre elles, si l'on ne précise pas dans le même temps à qui elles s'adressent, dans quel cadre institutionnel, et avec quelles modalités de travail. Cette dimension organisatrice du cadre de soin représente le fond indispensable sur lequel les modalités techniques viendront donner une forme plus ou moins éclectique (AUBUT 1993) à l'assistance au changement du sujet.

L'organisation psychiatrique pour fournir de tels soins doit donc être de taille importante, compétente, diversifiée mais suffisamment homogène pour assurer la permanence d'un cadre thérapeutique fiable.

## **3 - Les interventions thérapeutiques spécialisées dans le cadre de la Psychiatrie pénitentiaire**

C'est donc seulement à l'échelle d'un système de soins que peut s'envisager une "thérapeutique spécifique", que l'on comprenne cette spécificité dans une typologie fondée sur des actes, ou que l'on privilégie l'approche des troubles profonds de la personnalité. Comme aime à le répéter M. COLIN, un psychiatre isolé ne peut rien faire. Un soin de haut niveau requiert une véritable institution qui aura à établir ses techniques, mais aussi ses modes de fonctionnement.

### **3.1 Les grandes orientations des systèmes de soin psychiatrique dans le cadre pénal.**

L'équipement en Psychiatrie pénitentiaire se développe dans chaque pays en fonction de la place sociale et du champ de compétence reconnus à la Psychiatrie pour traiter non seulement les troubles mentaux en eux-mêmes, mais aussi leurs conséquences sur les comportements et sur la socialisation des individus repérés comme malades, déviants ou socialement dangereux. Déterminer si les interventions sur ces sujets relèvent de la Psychiatrie, ou d'autres agences sociales, peut ainsi varier d'un pays à un autre: par exemple, dans le cadre de la Psychiatrie générale, la gestion au long cours des psychotiques stabilisés sera plus volontiers confiée à des services sociaux dans les pays anglo-saxons, alors qu'elle restera du domaine de responsabilité de l'équipe "médico-sociale" psychiatrique en France et en Italie. L'accent sera mis ici sur une pathologie à traiter, et là sur un travail social de réinsertion à réaliser.

Plusieurs facteurs influent sur le type d'infrastructure mis en place: dispositions légales faisant ou non dépendre administrativement les lieux de soin de la Justice, développement plus ou moins important des services de probation, politique de réforme pénitentiaire par réalisation d'objectifs, catégories criminologiques... Interviennent également les traditions médicales et les choix de politique sanitaire, qui placent selon les pays les psychiatres en retrait ou au contraire en première ligne des grands problèmes d'inadaptation sociale, cantonnés à l'intérieur de leurs hôpitaux ou inclus dans le tissu social avec la responsabilité de la santé mentale de la population.

C'est cette option d'une Psychiatrie intégrée au fonctionnement social qui a été faite en France avec la mise en place du Secteur en Psychiatrie générale, adapté à la population pénale dans les Services Médico-Psychologique Régionaux (SMPR). Dans la question des soins spécifiques à des catégories de délinquants, l'option prise avec la création des SMPR mérite d'être examinée, car le principe de la politique de secteur est une visée unificatrice. Plutôt que des institutions ou des filières spécialisées, les SMPR sont des Services de Psychiatrie publique, équipés comme leurs homologues du Secteur et financés comme eux par la Santé Publique, avec le même cahier des charges qui au lieu de s'appliquer sur un secteur géographique, concerne la population de la Région pénitentiaire où ils sont implantés. Véritables services unifiés de Psychiatrie en prison, indépendants de l'Administration pénitentiaire pour leur fonctionnement contrairement aux services de probation (y compris médicaux), ils sont implantés dans des Maisons d'Arrêt pour prévenus et courtes peines. Il existe également dans les prisons françaises 16 "antennes toxicomanie" créées en 1987 aux fins d'apporter des

soins spécifiques aux toxicomanes incarcérés, et travaillant en liaison avec les SMPR. Il serait actuellement question de réintégrer ces antennes dans le fonctionnement des SMPR, confirmant ainsi l'option unificatrice de cette organisation de Psychiatrie pénitentiaire.

Deux exemples d'institutions de soin ayant chacune fait l'objet d'une description récemment publiée sont particulièrement à même d'illustrer la mise en place de ces options de Psychiatrie pénitentiaire, appliquées à des catégories de délinquants. L'institut P. PINEL de Montréal (AUBUT et Coll. 1993) a mis en place une section spécifique pour des délinquants sexuels, et le SMPR de Varcès (BALIER 1988) soigne dans le cadre d'une maison d'arrêt des détenus reconnus responsables de leurs actes, mais présentant des troubles psychologiques à l'origine de comportements violents.

### **3.2 Exemple de l'Institut Philippe PINEL**

La thérapeutique des délinquants sexuels par l'équipe québécoise réunie autour de J. AUBUT depuis plus de 10 ans tente d'intégrer les concepts nord-américains (d'inspiration cognitive ou behavioriste) et européens (d'inspiration psychanalytique). C'est dans cette vision éclectique du phénomène de la délinquance sexuelle, que l'Institut P. PINEL propose à des patients consentants un programme de traitement articulé autour de deux objectifs fondamentaux : empêcher la récurrence, et augmenter la qualité de vie des agresseurs. Les modalités thérapeutiques sont adaptées à chaque client en fonction de ses besoins, de ses déficits, de ses compétences psychologiques. Ces modalités sont réévaluées régulièrement en fonction de l'évolution.

Pour des patients reconnaissant être livrés à des fantaisies déviantes et des pulsions de passage à l'acte, ce sont les techniques comportementales (aversion), cognitives (gestion de la récurrence) ou le cas échéant biologiques (anti-androgènes) qui sont employées. Lorsque le contrôle des actes s'améliore, la thérapeutique peut alors s'adresser au champ psycho-relationnel du sujet (entraînement aux aptitudes sociales, psychothérapie individuelle ou de groupe). Le choix d'une approche cognitive ou psychodynamique sera fonction des capacités verbales symboliques et introspectives du client, plutôt que de l'orientation théorique du thérapeute. L'ensemble des programmes de soin, y compris la thérapie institutionnelle, développé autour du patient (milieu thérapie), "ne saurait être conçu comme un lieu où le client est trempé successivement dans les différents bacs thérapeutiques... (il) permet d'observer

l'ensemble des éléments associés à la délinquance sexuelle chez un client" (AUBUT).

Ces auteurs insistent sur deux éléments fondamentaux, qui avant même les techniques employées leur paraissent un préalable à toutes leurs prises en charge :

- le travail en équipe multidisciplinaire
- un projet s'étendant dans le temps : les agresseurs sexuels présentent des troubles ou des déficits chroniques dans plusieurs domaines, et il est hors de question de pouvoir les traiter valablement en quelques mois. La durée de traitement minimum serait de deux ans, ce qui implique le plus souvent la nécessité d'un suivi externe, permettant par ailleurs de valider et de généraliser les apprentissages dans la vie sociale.

Ces stratégies reposent sur des conceptions inspirées du modèle biopsychosocial (ENGEL), qui tient compte de l'ensemble des variables pouvant intervenir dans la vie d'un sujet : historique, contingente, psychologique, sociale et biologique. Toutes ces variables sont susceptibles de contribuer au passage à l'acte délinquant, et toutes peuvent être utilisées comme levier de traitement. C'est donc une conception multi-factorielle et dynamique, et non lésionnelle ou fonctionnelle. Lors d'une frustration ou d'un conflit, le sujet est exposé au retour de conflits primordiaux non intégrés et projetés sur l'entourage. Le malaise qui en résulte peut être perceptible par l'entourage du sujet, alors que lui-même sera incapable de l'identifier, ou de le nommer. C'est alors que les fantasmes sexuelles déviantes viennent en force, ce que le délinquant sexuel rendra plus supportable par des distorsions cognitives. Ainsi un pédophile soutiendra qu'il est normal d'avoir des contacts sexuels avec les enfants, car il s'agit d'une forme d'amour et d'éducation. De même, un violeur affirmera pour sa part que beaucoup de femmes cherchent consciemment ou inconsciemment à être violées. Ces distorsions cognitives sont suivies, dans la marche vers la récidive, par de menus changements des habitudes, apparemment anodins, mais que l'entourage averti saura déchiffrer. Par exemple, un pédophile se détournera de son chemin de retour du travail pour passer comme par hasard devant une école. Cette montée en charge du risque, précédant le passage à l'acte, est méconnue par le sujet lui-même.

La prévention de la récidive, en tant que technique thérapeutique, vise essentiellement le contrôle qu'exerce le client sur lui-même. C'est une approche à caractère cognitif et éducatif, pratiquée le plus souvent dans le cadre d'un groupe. Les signes annonciateurs de récidive y sont discutés avec le thérapeute, dédramatisés et situés dans leur contexte comme étant des sources d'apprentissage et des occasions d'éviter la rechute. Comme pour d'autres pathologies, tel l'alcoolisme ou le diabète, la guérison n'existe pas,

mais il existe des rémissions. Le délinquant sexuel dans cette optique ne doit jamais se considérer à l'abri d'une rechute et doit apprendre à gérer sa pathologie sexuelle et à améliorer sa qualité de vie.

On retrouve, à travers ce qui est décrit de cet exemple d'une institution centrée spécifiquement sur une catégorie de délinquants, plusieurs traits de l'évolution souhaitée en Psychiatrie pénitentiaire:

- la réelle prise en compte de la complexité multifactorielle des comportements déviants, tant dans leur reconnaissance et leur compréhension que dans les techniques mises en oeuvre pour aider à leur résolution.

- La reconnaissance du vecteur thérapeutique primordial que supporte la relation. Du simple investissement positif du thérapeute de groupe cognitiviste, à l'analyse du transfert des thérapies d'inspiration psychanalytique.

- La séparation des temps diagnostiques et thérapeutiques chers à la clinique classique, perd ainsi de sa fonction organisatrice : plus qu'un constat des lieux suivi d'une restauration, la démarche clinique met en présence un sujet non réductible à son acte, peu au fait de ce qui le traverse, et un ensemble multidisciplinaire de cliniciens capables de comprendre progressivement les lignes de force et de rupture.

C'est bien le sujet qui reste le centre de l'attention de ses thérapeutes, mais le sujet en situation, c'est à dire en tant que partie prenante d'un environnement historique, culturel et social, qui le constitue jusque dans son identité et sa délinquance.

- La préoccupation criminologique d'une prévention de la récidive est ici entièrement intégrée au projet thérapeutique dans une prise en charge débutée à l'occasion d'une rencontre avec le système pénal.

### 3.3 Exemple du SMPR de VARCES.

Le Dr. BALIER est Médecin-Chef de l'un des 18 SMPR français. Il a développé une analyse particulièrement rigoureuse et approfondie des problématiques psychologiques rencontrées chez des individus extrêmement violents, pour lesquels il a mis en place dans son service des modalités adaptées de prise en charge, quel que soit le mode d'expression de cette violence: meurtrière, sexuelle, familiale, voire suicidaire.

D'après ses observations, de tels individus violents n'ont pu échapper à l'effondrement psychotique qu'en constituant, devant la menace de débordement pulsionnel et de précarité psychique, un rapport à l'autre très particulier. Ce rapport, "sans amour ni haine" est bien proche du rapport d'emprise des tous premiers âges de la vie. Quand l'autre est détruit (par un meurtre ou par un

viol...), il est brutalement signifié dans son altérité au sujet par l'acte même qui le détruit, ce qui est le dernier recours pour sauvegarder les limites dedans - dehors dans un mouvement proche d'une création délirante. C'est l'activité psychique elle-même qui est menacée d'anéantissement, et il est remarquable que beaucoup de ces auteurs de destruction ne gardent aucun souvenir des faits, du moins tant que le travail thérapeutique d'élaboration psychique ne leur a pas permis de se réapproprier les représentations mentales de cette violence.

Dans l'étude des mouvements psychiques à l'oeuvre dans de telles pathologies, il serait vain de rechercher une structure particulière de personnalité, que l'on pourrait reconnaître comme "personnalité psychopathique" ou "antisociale" ou encore comme "personnalité criminelle". En ce sens, cette approche s'oppose aux représentations communes sur la violence pathologique, et aussi aux tendances classificatrices.

Au-delà des troubles du comportement, ou des masques d'indifférence affective, le cadre relationnel thérapeutique proposé peut permettre l'émergence, fragile, incomplète et conflictuelle, d'une activité psychique de liaison chez des sujets que toute mentalisation mettait en danger d'effondrement. Ici aussi, l'analyse clinique de ces sujets est complètement intriquée au déroulement de la relation thérapeutique.

BALIER (1993) résume l'essentiel de la thérapeutique en quatre grands processus:

- la restauration du narcissisme au cours d'entretiens individuels, aidant le sujet à découvrir sa valeur par la reconstruction de son histoire vécue,

- la disparition du clivage: renvoi de la réalité face au déni par le sujet de tout ce qui le gêne, nécessitant une contenance de l'angoisse qui en résulte; ce travail ne peut véritablement être fait qu'en prison.

- le travail d'élaboration grâce à des entretiens, dans des groupes de parole, et avec l'aide de médiations (dessin, psychodrame, relaxation..)

- la réparation du vide créé par le traumatisme, travaillant sur les identifications entre thérapeute et patient. Cette partie de la thérapeutique est extrêmement mobilisante et angoissante pour le thérapeute, confronté à l'anéantissement. C'est pourquoi il est impératif que celui-ci n'intervienne pas seul, et le dispositif thérapeutique comprend toujours trois thérapeutes pour un même patient, qui communiquent entre eux tout ce qui se dit et tout ce qui est ressenti. C'est à ces conditions que le sujet pourra intégrer le thérapeute à l'intérieur de sa psyché, comme organisateur à la place du vide.

Les enjeux thérapeutiques sont ceux de toute psychothérapie, c'est-à-dire non pas la sédation du symptôme, et la sortie définitive de toute

délinquance, mais que le sujet parvienne à intégrer psychiquement les éléments qu'il ne pouvait jusque là qu'agir et évacuer dans la violence. On pourrait parler d'un accès à la mentalisation, "la guérison survenant de surcroît".

Les moyens doivent être à la hauteur de cet objectif. Moyens matériels, mais surtout méthodologiques, organisant l'intervention rigoureusement cadrée et élaborée d'une équipe psychiatrique complète. Ce travail clinique se déroule dans le cadre carcéral, qui est le lieu d'implantation du SMPR.

Contrairement à de nombreuses prises de position affirmant que le soin est impensable dans les conditions de la détention, C. BALIER indique à quel point pour lui la solidité ou la fiabilité de ce cadre pénitentiaire est indispensable pour que le cadre thérapeutique puisse s'établir, tenir et se différencier. D'après son expérience, le cadre de la prison n'est pas, malgré les tensions, un obstacle aux soins, bien au contraire.

Cette expérience de 10 ans de "psychanalyse des comportements violents" confirme le changement de regard déjà noté dans l'expérience québécoise. Le regard clinique sur le criminel perd son aspect statique et expertal pour s'orienter vers une connaissance diachronique du sujet observé dans une dynamique de soins. On retrouve ici sous une autre forme l'affirmation de M. COLIN selon laquelle une expertise n'est susceptible d'éclairer sur le sujet, que si elle est dans la perspective d'un processus de soins.

Le discours sur la prison se renouvelle, non qu'elle apparaisse comme un moyen thérapeutique, mais comme un cadre permettant parfois d'organiser le soin. Elle est présentée comme un milieu de vie, très strict mais très sûr, dans lequel le cadre du soin peut être mis en place sans autre interférence que la nécessité d'un travail permanent sur la position de chacun. Cette différenciation des cadres peut être une manière de se désaliéner du caractère totalitaire des institutions autant carcérales que de soins, auprès de sujets qui justement évoluent dans une représentation totalement arbitraire du monde.

L'attitude est résolument dégagée du processus pénal, dans la "clarté de notre position à l'égard de la Justice qui poursuit son travail sans que nous ayons à y mêler le nôtre ... nous permettant de nous maintenir dans un rôle de thérapeute ..." (BALIER 1988).

Dans ce respect de la distance, l'indépendance technique et la rigueur déontologique sont jalousement sauvegardées. Le clinicien établit les conditions de son action dans le cadre plus vaste de l'institution pénale qui lui impose ses contraintes, mais qui renonce à étendre son contrôle sur le contenu de ce qui se passe avec ses patients.

## 4 - Les problèmes des interventions thérapeutiques auprès de catégories spécifiques de délinquants

Au cours des chapitres précédents ont été examinés quelques problèmes découlant des imprécisions de définition concernant les termes d' "intervention thérapeutique" et de "catégories de délinquants". Sans que toutes les contradictions soulevées puissent être résolues, il apparaît cependant possible d'apporter un soin compétent à des personnes psychiquement très perturbées, quel que soit finalement leur mode d'accès à ce soin. Toutefois persistent dans les cadres thérapeutiques les mieux établis une série de questions sensibles concernant les conditions mêmes du soin: le problème du consentement et de l'obligation de soins, celui du secret, et celui de l'indépendance technique du clinicien. Les impératifs déontologiques dans le cadre de la Psychiatrie pénitentiaire ont été parfaitement répertoriés par BERNHEIM (1980), recommandant au médecin de s'abstenir de participer aux décisions judiciaires, de se garder d'intervenir dans les domaines qui sont du ressort de l'administration pénitentiaire, de respecter le droit des détenus à ne pas être traités, et de délimiter le programme des soins médicaux en le référant autant que possible aux pratiques hospitalières.

### 4.1 Contrainte de soin et consentement

L'obligation du consentement libre et éclairé aux soins est un principe universel, impliquant la liberté de décision de l'individu, et l'engagement moral et professionnel du médecin de soigner et si possible de guérir (GUILLOD 1986) Il est techniquement possible de traiter sans son consentement un sujet privé de liberté, par des drogues ou des techniques de conditionnement, et cela avec une certaine efficacité au point de pouvoir le rendre dépendant et soumis aux opérateurs. Ces techniques peuvent être employées à bien d'autres fins que thérapeutiques, comme traitements inhumains et dégradants, et il s'agit d'un point particulièrement sensible de l'atteinte aux droits de l'homme. Sans aller jusqu'à cet extrême, un traitement appliqué à une personne sans son consentement, et d'autant plus qu'il porte sur le psychisme, est toujours susceptible malgré les meilleures intentions du thérapeute de glisser vers un rapport d'emprise et de soumission. Par ailleurs, il n'est pas toujours facile d'obtenir le consentement éclairé d'une personne dont c'est justement la fonction de compréhension et d'analyse de la réalité qui est altérée. Dans les systèmes pénaux ce principe est donc à juste titre jalousement surveillé, et toutes les pratiques de

soins pénitentiaires comportent cette clause de consentement. De manière générale, il ne peut y avoir de contrainte de soin dans le cadre de la détention, et les personnes incarcérées relevant de soins par contrainte seront donc adressées aux institutions sanitaires, qui appliqueront sous leur responsabilité leurs propres règles déontologiques et légales.

En dehors des soins en détention, des obligations de soin peuvent être prononcées par le juge, comme partie intégrante d'un ensemble de mesures de probation. Que ces soins soient spécifiques (toxicomanes, délinquant sexuels) ou non, certains juges à l'application des peines les considèrent comme une mesure d'accompagnement, prenant sens dans l'ensemble du dispositif de probation, et non comme alternative à l'incarcération (PASSET 1993). Ces obligations de soin ne peuvent donc s'envisager que dans une stricte individualisation de la peine, et non comme mesure générique pour un ensemble de délinquants (automobilistes alcooliques ou toxicomanes par exemple), d'autant plus qu'en France une disposition légale instaure pour ces derniers une "injonction thérapeutique" en alternative à la peine. Cette obligation de soin est tout autant une mesure prescrite qu'une parole introduisant du sens et une dimension tierce (GARAPON 1993), permettant au délinquant de retrouver "un statut qui lui notifie qu'il ne peut échapper à la condition humaine à travers un acte qui, pour lui en tant qu'auteur de cet acte, avait mis l'interdit entre parenthèses" (LEGENDRE 1991). L'obligation de soin est ainsi posée comme limite nécessaire à la liberté, sans en être l'ultime condition (PASSET 1993).

Si juges et cliniciens sont d'accord pour estimer que le consentement n'aurait qu'une valeur relative et ferait échouer la thérapeutique si le soin était "négocié" avec une remise de peine (FOGEL 1977), d'autres facteurs moins flagrants sont cependant susceptibles de vicier le "contrat de soins". Par rapport à la population pénale, et tout particulièrement en milieu carcéral, cette question du consentement reste en effet très délicate. Les préoccupations économiques, disciplinaires et la finalité attendue des interventions placent le délinquant mais aussi le clinicien dans une situation contractuelle quelque peu confuse où s'amalgament la demande individuelle du sujet, le souhait de normalisation de l'instance judiciaire, le tout dans une "soumission à l'autorité" des différents protagonistes (FRANCOIS 1979).

C'est d'ailleurs davantage le problème de ces consentements biaisés qui se pose en milieu pénitentiaire, que le refus net de tout soin. Dans ce dernier cas, on pourrait dire que les choses ont au moins l'avantage d'être claires, les personnes situées l'une par rapport à l'autre, et que s'il y a une mise en conflit, les termes de celui-ci seront définis.

Dans un certain nombre de cas, c'est donc au clinicien de savoir interpréter, sous sa responsabilité, le consentement de son patient. Le cas peut se poser pour des patients très perturbés, pris dans une interprétation faussée ou délirante de la réalité, dont le fonctionnement psychique se déploie dans des registres voisins de la psychose. On sera alors plus proche de la notion "d'assistance à personne en péril", dans l'absolue nécessité de restaurer ce qui peut se potentialiser du sujet, avant d'espérer que la thérapeutique ne puisse provoquer des modifications de comportement. Il y aurait ainsi plusieurs temps dans le consentement.

On soulignera qu'il n'est ici pas question d'un formalisme autour du consentement, avec par exemple signature par le patient de protocoles ou de contrats. Il n'est pas non plus question de la notion d' "acceptabilité" des traitements, qui fonde une méthode d'évaluation statistique des facteurs influençant l'engagement et l'assiduité des patients dans les programmes de soin cognitivo-comportementaux (CHAFFIN 1992): elles montrent que ce sont les sujets les plus structurés mentalement qui ont le plus de chance d'offrir une bonne acceptabilité au traitement. Ni les peines subies (LUNDERVOLD 1992), ni les caractéristiques pathologiques (WIERSON 1992) ne permettent de trouver de corrélations valides avec l'acceptabilité. On peut en déduire que le consentement ne peut être considéré comme un item, mais qu'il concerne toujours l'espace de liberté du sujet. Il s'agit d'une question toujours épineuse en clinique psychiatrique, obligeant le thérapeute à être particulièrement vigilant sur les exigences déontologiques. Dans les cas les plus difficiles où les modes relationnels ne peuvent s'appuyer sur une identité suffisamment stable, l'obtention d'un consentement formel serait prêter à un sujet en détresse identitaire une capacité à contracter qu'il ne peut soutenir.

Pour conclure ces quelques notations, il peut être utile de remarquer que pour consentir, encore faut-il qu'il y ait quelque chose à quoi consentir. En France, le sous-équipement psychiatrique des centres de détention pour longues peines a fait se constituer des concentrations de condamnés, pour lesquels rien de sérieux n'a été mis en place. Ainsi à la maison centrale de Casabianda séjournent dans un quasi abandon thérapeutique 80% des condamnés pour sévices sexuels dont 75% à l'encontre des mineurs. On rejoint de ce point de vue l'estimation canadienne faisant état de l'absence de soin pour plus de la moitié des détenus malades mentaux (HODGINS 1992). Toute discussion théorique sur des modalités de prise en charge qui n'existent pas serait ici un faux semblant, et le problème le plus préoccupant est d'abord celui du

sous-équipement, et de l'abandon thérapeutique d'une importante partie de la population pénale.

## 4.2 Le secret

La notion de secret médical est évidemment très sollicitée dans l'ensemble du processus pénal, et le devoir de discrétion du médecin est la règle (RESTELLINI 1985). De la non dénonciation de crime (affaire TARASOFF aux Etats-Unis, affaire d'Auch en France) jusqu'à l'avis demandé au médecin pour la levée de placement d'un détenu hospitalisé à l'hôpital psychiatrique, en passant par la participation du psychiatre de la prison à la Commission d'Application des Peines pour donner son opinion sur des mesures de probation, les occasions d'échange d'informations entre médecins, magistrats et administration pénitentiaire sont nombreuses. Dans les prisons françaises équipées de SMPR, les relations de l'équipe avec celles de l'institution pénitentiaire sont signalées, par les uns et les autres, comme satisfaisantes. Cependant, près de la moitié de ces équipes estiment, pour des raisons déontologiques liées au secret, devoir refuser toute participation à la Commission d'Application des Peines. Là encore, ce sont les références déontologiques du thérapeute, plus qu'une réglementation stricte, qui lui permettront d'échanger les informations indispensables concernant les patients sans trahir la confidentialité, qui demeure un facteur décisif du soin.

Le problème se pose un peu différemment quand il s'agit de programmes de soins précis appliqués à certaines catégories de délinquants. Le simple fait d'appartenir à une telle catégorie est déjà en soi un étiquetage, et les soignants auront à rendre compte aux promoteurs de ce programme des progrès ou des échecs de chacun de leurs patients. Le clinicien peut être tenté, au motif de cette évaluation, de faire connaître à des tiers certaines pensées intimes de ses patients, perçues et traitées comme des "données" objectives et quantifiables.

## 4.3 L'indépendance technique du service de soins

### 4.3.1 Sa nécessité et ses servitudes.

Plusieurs critiques ont été faites concernant la présence du Psychiatre dans le système pénal. Certaines de ces critiques sont radicales: elles estiment que la place de la Psychiatrie n'est pas dans le système, et qu'elle ne peut éthiquement se concevoir qu'en dehors. Pour FOGEL (1979), le clinicien ne devrait intervenir que de manière contractuelle auprès de la population pénale, à l'instar des avocats; déplorant l'extension du système psychiatrique dans les pénitenciers américains, il stigmatisait l'hypocrisie liant la durée des peines à une sorte de code de bonne

conduite par conformisme aux attentes des thérapeutes. D'autres critiques font davantage état des difficultés ou des risques propres à la Psychiatrie pénitentiaire: utilisation du psychiatre à des fins prioritairement évaluatives, délaissant les impératifs de soin, et tendance au détournement de la pratique clinique vers une fonction normative (FRANCOIS 1979).

Ces critiques adressées à la Psychiatrie pénitentiaire valent certainement pour tout programme de soin visant à modifier spécifiquement un comportement nuisible. La vision du psychiatre comme normalisateur, comme évaluateur de la dangerosité ou comme substitut du juge dans la conduite de la peine mérite d'être examinée quand elle est clairement corrélée à l'attente que le clinicien soit une sorte de bras séculier du groupe social pour évacuer les comportements les plus gênants. Une difficulté importante réside dans la détermination (et les moyens de déterminer), la part de ce qui revient à une thérapeutique appliquée selon les règles de l'art clinique, et ce qui serait un "détournement" de la clinique à des fins de normalisation. Il s'agit d'un point éthique majeur de toute pratique psychiatrique, même dans les pays les plus démocratiques; ce point est encore plus sensible pour la Psychiatrie pénitentiaire du fait du caractère aigu des contradictions d'intérêts entre individu et groupe social. Il apparaîtrait relever d'une vigilance encore accrue dans cette question de programmes de traitements réservés à certains délinquants, sans doute justement ceux qui sont le plus stigmatisés par la réaction scandalisée de la société.

Certaines caractéristiques du processus pénal peuvent tendre à limiter cette indépendance technique du thérapeute. Celle-ci ne peut en effet pas être parfaite, et ce serait pêcher par abstraction de penser que le thérapeute pourrait s'isoler superbement du contexte dans lequel il intervient. Les liens entre institution judiciaire et cliniciens sont marqués d'ambivalence (LEGENDRE 1974), et BERNHEIM (1980) a pu faire ressortir la notion de "double contrat" du clinicien, l'un avec l'administration (contrat d'exercice), l'autre étant le contrat médical de soins. Très souvent, et particulièrement dans les moments de crise institutionnelle, cette question de l'indépendance technique du clinicien est le lieu de conflits de pouvoir, souvent malheureusement plus agis que verbalisés (REAL DE SARTE 1984).

C'est également dans son activité intellectuelle que le clinicien doit être en mesure de conserver son indépendance. La pesanteur et la prévalence de l'agir en milieu carcéral au détriment de la parole, la nécessité d'être efficace, voire le découragement peuvent parfois conduire le clinicien à solliciter ses catégories nosographiques dans le sens souhaité par l'instance judiciaire, ou

encore à justifier telle mesure pénale par les nécessités du soin. On remarque à ce propos que les projets thérapeutiques sont d'autant plus instrumentaux ou opératoires (médicaments, hormones) que le trouble à traiter est ciblé sur un comportement ("castration chimique" des violeurs, produit de substitution pour les toxicomanes...). On peut discuter ici d'un risque de confusion des catégories cliniques et pénales quand c'est l'association d'un comportement délinquant particulier à un moyen d'action réputé spécifique qui organiserait à lui seul la thérapeutique. L'exemple le plus frappant en a été fourni par l'affirmation que la prison était en soi thérapeutique pour le toxicomane, dans le sevrage qu'elle le contraignait de subir. Un projet thérapeutique digne de ce nom ne peut avoir ici comme objectif la seule cessation de l'intoxication sans aborder le lien addictif du sujet à son toxique, et donc l'économie psycho-relationnelle globale de ce sujet.

#### 4.3.2 Les moyens d'établir l'indépendance technique

Les authentiques institutions de soin peuvent pour ce faire trouver diverses stratégies en fonction du contexte dans lequel elles ont à exister. Dans le cas de l'Institut PINEL, les cliniciens intègrent les objectifs criminologiques de prévention de la récidive, et les impératifs d'évaluation des programmes. Leur institution spécialisée fait partie du système pénal, mais ils restent maîtres de leurs indications. Tout en acceptant de répondre à une commande sociale forte, voire pressante (cf le statut public du criminel sexuel en Amérique du Nord), ils obtiennent des moyens importants pour développer un travail clinique à l'intérieur et à l'extérieur de l'institution. Parties prenantes du "traitement pénal", les cliniciens s'en dégagent par le haut degré d'organisation de leur institution, diversifiée et cohérente, suffisamment importante tant par la taille que par son poids scientifique pour imposer son indépendance technique.

L'autre option représentée par les SMPR français et en particulier la pratique de BALIER, se coupe radicalement de la commande sociale, en se considérant davantage comme de la "Psychiatrie dans la prison" que comme Psychiatrie pénitentiaire (COLIN 1993). Cette indépendance est autorisée par l'organisation incluant les SMPR dans la Psychiatrie publique. Le clinicien installe alors son cadre clinique à l'intérieur du cadre pénitentiaire dans un rapport de quasi-extraterritorialité. Il ne se préoccupe pas directement des buts criminologiques, et s'il s'intéresse à l'évaluation, c'est selon des critères cliniques touchant au fonctionnement psychique, et non selon des critères criminologiques, comme la

prévision de la dangerosité ou le risque de récidive. Son outil thérapeutique n'est pas spécialisé pour la réalisation d'un objectif spécifique (fondé par exemple sur une cible pénale particulière), mais il est lui aussi hautement spécialisé par le cadre clinique mis en place dans ces conditions, et adapté spécifiquement à des types de pathologies retrouvées chez certains délinquants. Ce sont d'ailleurs à la lecture attentive des écrits cliniques les mêmes pathologies qui sont observées et traitées dans le service du Dr BALIER et à l'Institut PINEL.

#### **4.4 Place des interventions thérapeutiques spécialisées dans le cadre plus général des interventions psychosociales**

L'objet du soin est ainsi en grande partie défini, ou plus justement conditionné, par le processus pénal mais il revient au clinicien la responsabilité d'établir son propre cadre, ses catégories et ses compétences, en étant soumis comme dans le reste de l'activité médicale à une obligation de moyens, mais non à une obligation de résultats. Il y a un mandat social, mais non une commande sociale au sens d'une simple prestation de services... Reste alors la question délicate d'établir la limite entre le champ de compétence de la clinique, et celui d'autres interventions psychosociales qui, tout en ayant une finalité d'aide, ne répondent ni aux mêmes attentes, ni au même cahier des charges. La détermination de cette limite est difficile, d'une part parce que les types de personnalités considérés ne sont pas toujours franchement classables du côté de la pathologie mentale, et que d'autre part toute prise en charge psychiatrique "communautaire" comporte une part importante d'aide à la vie sociale. Les praticiens des interventions psychosociales auprès des délinquants marquent une frontière entre leur intervention et le soin, en soulignant le caractère de guidance de leur travail, pour des personnes dont au fond on ne peut espérer au mieux qu'une meilleure adaptation aux contraintes sociales, mais non une guérison (PRINS 1991). Pourtant, les travaux des psychiatres pénitentiaires ont bien montré que la curabilité de ces états était devenue réalisable, à condition de disposer d'un outil de soin suffisant. Plus que de techniques ou de catégories, peut-être s'agit-il de degrés différents d'une même proposition d'aide au changement. Toutefois il importe pour les questions de cadre évoquées plus haut, de garder à l'esprit que plus l'intervenant est en charge de la subjectivité du client, et plus il doit pouvoir se référer à un cadre théorique et institutionnel capable de lui permettre d'élaborer ses propres réponses. La simple application d'une technique ne peut y suffire.

Il est donc indispensable de s'appuyer sur la méthode clinique, et rien que sur elle, dès qu'il s'agit d'approcher une pathologie à soigner. Pour autant, le clinicien ne peut être isolé dans le champ des interventions psychosociales. Sa compétence est en effet précieuse pour éclairer les implications psycho-relationnelles des situations rencontrées par les praticiens des services de probation, et par les autres intervenants du processus pénal. Il y a ainsi une dimension clinique dans tout type d'aide, qui gagne à être élaborée dans un groupe de supervision ou d'analyse de la pratique avec un clinicien.

## **Conclusions**

Il apparaît clairement à travers les exemples de pratiques des institutions de soin spécialisées que la question centrale pour soigner tel ou tel type de délinquants est moins l'établissement d'une catégorie et d'un protocole thérapeutique qui lui serait spécifique, que la capacité même de cette institution à être tournée vers la thérapeutique, à être soignante. C'est cette capacité là qui est réellement spécifique.

Il découle de ce constat quelques évidences. La première est que l'on ne peut proposer de soins spécialisés que si l'on dispose déjà d'un instrument clinique performant: institution solide, équipe diversifiée et rompue aux difficultés de la Psychiatrie pénitentiaire, maîtrise des techniques employées, pragmatisme et refus d'une systématisation excessive faisant disparaître le patient derrière son symptôme.

La deuxième est que, quels que soient les lieux, la Psychiatrie dans le système pénal doit défendre son orientation thérapeutique, ce qui ne va pas de soi devant des pressions aussi permanentes que diversifiées dans leurs expressions tendant à la plier aux seules finalités de défense sociale, à privilégier sa fonction évaluatrice, à lui réserver le statut ancillaire d'agent régulateur des tensions intra-carcérales, et plus généralement à tenter de restreindre son indépendance technique en limitant ses possibilités d'établir son propre cadre d'exercice. Ce n'est qu'en dépassant ces limites plus ou moins manifestes que la Psychiatrie pénitentiaire peut développer une action thérapeutique tournée effectivement et précisément vers la pathologie psychique de ses patients, et inversement c'est en développant cette action qu'elle est le mieux à même de s'affranchir pour l'essentiel de ces contraintes.

Le problème des interventions thérapeutiques auprès de catégories spécifiques de délinquants est donc d'abord de retrouver le bien fondé de leur inscription clinique, puis de parvenir à mettre en place un instrument de soins de Psychiatrie moderne. Le problème de l'option théorique

vectorisant ce travail, et de la compliance de cette institution de soins au cadre judiciario-pénal viennent après, de manière relativement secondaire.

Au fond, le développement important des interventions psychosociales dans le cadre de mesures de probation, développement lié à des raisons autant économiques que de rationalisation des moyens, a contribué à un retour de la clinique, qui avait été quelque peu abandonnée en même temps que les prétentions criminologiques à

contrôler "médicalement" la criminalité. Les problèmes des interventions thérapeutiques auprès de catégories spécifiques de délinquants sont certes techniques, mais surtout liés aux contradictions d'exercice et de reconnaissance de la Psychiatrie pénitentiaire. La plus vaste catégorie de délinquants relevant de soins est encore ceux qui n'en reçoivent point, et aucune technique n'est compétente pour venir à bout d'une catégorie d'exclusion.

## BIBLIOGRAPHIE

- AUBUT J. 1993 Les théories psychanalytiques. In *Les agresseurs sexuels*, Paris, 1993, pp. 21-34
- AYME J. 1993 La refonte de l'article 64 du Code pénal. In *Santé mentale: réalités européennes*, Erès, Toulouse, 1993, pp 271-274
- AUBUT J. 1993 La prévention de la récidive: une approche bio-psycho-sociale. In *Les agresseurs sexuels*, Paris, 1993, pp.146-153
- BALIER C. 1988 *Psychanalyse des comportements violents*. Presses Universitaires de France Paris, 1988
- BENDJILALI A. 1981 L'histoire du psychopathe et de son passage à l'acte. *Psychiatries*, 1981, 45, pp. 57-63
- BENEZECH M., ADDAD M. & al. 1981 Criminologie et psychiatrie. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* (Paris) 37906 A10 - 10-1981
- BERGERET J. 1975 *La dépression et les états limites*. Payot, Paris, 1975
- BERNHEIM J. 1993 L'expert-psychiatre, médecin du juge ou du détenu ? In *Justice et psychiatrie.*, Association d'Etudes et de Recherches de l'Ecole Nationale de la Magistrature Bordeaux, pp. 41-47.
- BERNHEIM J. 1993 Sociothérapie institutionnelle de détenus présentant un désordre grave du caractère: l'expérience de "La pâquerette" à Champ-Dollon (Genève). In *Justice et psychiatrie.* Association d'Etudes et de Recherches de l'Ecole Nationale de la Magistrature Bordeaux, 1993, pp 141-147.
- BERNHEIM J. 1986 Etudes sur la responsabilité pénale et le traitement psychiatrique des délinquants malades mentaux: rapport introductif. *Etudes relatives à la Recherche Criminologique.* Conseil de l'Europe, Strasbourg, 1986, vol. XXIV, pp. 13-25
- BERNHEIM J. 1980 Ethique en médecine pénitentiaire. D'après un exposé au *Symposium de l'Académie Suisse des Sciences Médicales du 29 Mars 1980 à Bâle*. Genève 1980
- BORNSTEIN S., COUTANCEAU R., & al. 1993 La situation en France. In *Les agresseurs sexuels*, Paris, 1993, pp. 290-298
- BRICOUT J. 1989 Les sociopathies: facteurs familiaux et d'environnement. Etude statistique portant sur 353 dossiers. *Journal de Médecine Légale Droit Médical.* 1989 vol. 32, N° 6, pp.457-487
- BUTLER T. 1985 *Mental health, social policy and the law*. Mac Millan London, 1985
- CAMPBELL M. 1993 L'évaluation psychométrique et projective. In *Les agresseurs sexuels*, Paris, 1993, pp. 107-115
- CHAFFIN M. 1992 Factors associated with treatment completion and progress among intrafamilial sexual abusers. *Child abuse and neglect.* 1992, Vol. 16, pp 251-264
- COLIN M 1993 En psychiatrie, quoi de nouveau ? In *Justice et psychiatrie* Association d'Etudes et de Recherches de l'Ecole Nationale de la Magistrature, Bordeaux, 1993, pp. 3-9
- COLIN M. 1993 Pour une médecine sans rupture entre la prison et la ville. In *Justice et psychiatrie.* Association d'Etudes et de Recherches de l'Ecole Nationale de la Magistrature Bordeaux, 1993, pp. 115-121

- CORDIER B. 1991 La délinquance sexuelle: problème de la dangerosité post-pénale. In *La dangerosité*". Privat, Toulouse, 1991, pp. 85-90
- CONACHER G.N. 1988 Pharmacotherapy of the aggressive adult patient. *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 11, pp. 205-212, 1988
- COUVRAT P. 1993 Du droit du malade mental aux droits des malades mentaux. In *Justice et psychiatrie*. Association d'Etudes et de Recherches de l'Ecole Nationale de la Magistrature Bordeaux, 1993, pp. 25-35
- DEBRAY Q. 1981 *Le psychopathe*. Presses Universitaires de France, Paris 1981
- DEBUYST Ch. 1977 Le concept de dangerosité et un de ses éléments constitutifs: la personnalité (criminelle). *Déviance et Société*, Genève, 1977, vol. 1, N° 4, pp 363-387
- DUFOUR R.Y. 1989 *L'image et le Corps: psychothérapie en milieu carcéral*. Paris, 1989, Les Editions E.S.F.
- DUNCKER H. 1992 Organisation des soins médicaux dispensés aux criminels dans le cadre de la médecine pénitentiaire Allemande. *Communication aux Journées Scientifiques de l'Institut Alexandre Lacassagne*. Lyon 1992
- DUNCKER H. 1990 Approche clinique du problème toxicomaniaque en R.F.A. *Communication personnelle*
- EGG R. 1992 Therapy versus penalty: an evaluation study. In LOSEL F., BENDER D., BLIESENER T.(Eds.), *Psychology and Law*. Berlin De Gruyter. 1992 pp. 175-181
- FARRINGTON D.P. 1992 Psychological contributions to the explanation, prevention and treatment of offending. In LOSEL F., BENDER D., BLIESENER T.(Eds.), *Psychology and Law*. Berlin, De Gruyter, 1992, pp. 35-51
- FOGEL D. 1979 Traitement pénitentiaire et contrainte. *Déviance et Société*, Genève, 1979, vol. 3, N° 2, pp. 149-159
- GAGNE P. 1993 Le traitement hormonal. In *Les Agresses Sexuels*. Paris 1993, pp. 222-234
- FRANCOIS J. 1979 Pour une clinique alternative en milieu carcéral. *Déviance et Société*, Genève, 1979, vol. 3, N° 2, pp. 169-178
- GARAPON A. 1993 L'obligation de soin. In *Justice et psychiatrie*. Association d'Etudes et de Recherches de l'Ecole Nationale de la Magistrature Bordeaux, 1993, pp. 77-87
- GAZAN F. 1993 La situation en Belgique. In *Les Agresses Sexuels*. Maloine, Paris 1993, pp. 280-289
- GAZAN F. 1991 Le traitement des délinquants sexuels: état de la question. *Revue Internationale de Criminologie et de Police technique*, 1991 Vol. XLIV, N° 2, pp. 205-225
- GEISSMANN P. 1993 Les grands courants de la psychiatrie et de la psychanalyse contemporaines In *Justice et psychiatrie*. Association d'Etudes et de Recherches de l'Ecole Nationale de la Magistrature Bordeaux, 1993, pp. 11-24.
- GIJSEGHM Van H. 1988 La personnalité de l'abuseur sexuel. Méridien Canada 1988
- GRAVIER B. 1986 *Evaluation des psychothérapies en milieu carcéral*. Lyon, 1986, Institut Alexandre Lacassagne.
- GUILLOD O. 1986 *Le consentement éclairé du patient: autodétermination ou paternalisme?* Ides et calendes, Neuchâtel, 1986
- GRAVIER B. 1993 Le délinquant "fou" en prison. In *Santé mentale: réalités Européennes*. Erès, Toulouse, 1993, pp. 284-288
- GUNN J. 1977 Criminal Behavior and mental disorder. *British Journal of Psychiatry* 1977 130, pp. 317-329
- HARDING T.W. 1984 Dépression en milieu carcéral. *Psychologie Médicale* Paris 1984, Vol. 16, n°5, pp. 835-839
- HARDING T.W. 1990 La santé en milieu carcéral. Institut Universitaire de Médecine Légale. Genève
- HENGGELER S.W., MELTON G.B. & al. 1992 Family preservation using multisystemic therapy: an effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1992, Vol. 60, N° 6, pp. 953-961
- HERSCHEL PRINS MPh. 1991 Some aspects of sex offending - Causes and Cures ? *Medicine Science. Law*, 1991 Vol 31, N°4
- HOCHMANN J. 1980 Quelques aspects cliniques des psychopathies. *Confrontations psychiatriques*, 1980, 18, pp. 59-71
- HODGINS S. 1992 The treatment of mentally disordered offenders in Canada. In LOSEL F., BENDER D., BLIESENER T.(Eds.), *Psychology and Law*. Berlin De Gruyter. 1992, pp. 182-192

- KERCHOVE M. van de 1981 "Médicalisation" et "fiscalisation" du droit pénal: deux versions asymétriques de la dépenalisation. *Déviance et Société*, Genève, 1981, vol. 5, N°1, pp. 1-23
- KERNBERG O. 1975 *Borderline conditions and pathological narcissism*. Aronson, New York, 1975
- LANTERI-LAURA G. 1993 Histoire des idées dans la psychiatrie contemporaine. In *Santé mentale: réalités Européennes*. Toulouse, 1993, Editions Erès, pp. 71-79
- LEGENDRE P. 1974 *L'amour du censeur*. Le Seuil, Paris, 1974
- LEGENDRE P. 1991 Le pardon. *Revue Autrement* Paris 1991 n° Avril
- LEMONDE M. 1993 L'article 64 est-il incurable ? In *Santé mentale: réalités Européennes*. Toulouse, 1993, Editions Erès, pp. 275-279
- LEMPERIERE T. 1977 *Abrégé de psychiatrie de l'adulte*. Masson, Paris, 1977
- LUNDERVOLD D.A. & YOUNG L.G. 1992 Treatment acceptability ratings for sexual offenders: effects of diagnosis and offense. *Research in Developmental Disabilities* 1992 Vol. 13, pp.229-237
- LOUZOUN C. 1990 " Législations de santé mentale en Europe " Paris, 1990, Comité Européen: Droit, Ethique et Psychiatrie, pp.190-223
- MANOUVRIER L. 1892 Questions préalables dans l'étude comparative des criminels et des honnêtes gens. *Déviance et Société*, Genève, 1986, vol. X, N° 3, pp 209-222
- Mc DOUGALL J. 1980 Essai sur la perversion. In *Les perversions: chemins de traverse*. Tchou, Paris 1980
- MARY P. & DURVIAUX S. 1991 L'éducation en prison: resocialisation ou occupation ? *Revue Internationale de Criminologie et de police technique*, 1991, vol. XLIV, N° 1, pp. 36-42
- Mc GUIRE J.& PRIESTLEY P. 1992 Some things do work: psychological interventions with offenders and the effectiveness debate. In LOSEL F., BENDER D., BLIESENER T.(Eds.), *Psychology and Law..* Berlin De Gruyter. 1992, pp. 163-174
- Mc KIBBEN A. 1993 L'évaluation des fantasmes sexuelles. In *Les agresseurs sexuels*, Paris, 1993, pp.90-97
- Mc KIBBEN A. 1993 La classification des agresseurs sexuels. *Les agresseurs sexuels*, Paris, 1993, pp. 58-78
- MONTMOLLIN M.J. 1985 Un traitement des désordres de la personnalité? L'atelier de psychothérapie du service médical à la prison préventive de Champ-Dollon (Genève): survol de cinq années. *Revue Médicale de la Suisse Romande* 1985 Vol. 105, pp. 65-71
- MONTMOLLIN M.J., ZIMMERMANN E., & al. 1986 Sociotherapeutic treatment of delinquents in prison. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 1986 Vol. 30, pp. 25-34
- MULVEY E.P., ARTHUR M.W. & al. 1993 The prevention and treatment of juvenile delinquency: a review of the research. *Clinical Psychology Review* 1993 Vol. 13, pp. 133-167
- OTTENHOF R. & FAVARD A.M. 1991 *Nouvelles approches de Criminologie Clinique*. Toulouse, 1991, Editions Erès
- PASSET I. 1993 L'obligation de soin: une mesure limite. In *Justice et psychiatrie*. Association d'Etudes et de Recherches de l'Ecole Nationale de la Magistrature Bordeaux, 1993, pp. 93-100
- PROULX J. 1993 La récidive. In *Les agresseurs sexuels*, Paris, 1993, pp. 260-266
- RAPPARD P. 1981 La folie et l'Etat. Toulouse, 1981 Privat Editeur
- RAPPARD Ph. 1993 Raison psychiatrique et rationalité juridique en France et en Europe. In *Santé mentale: réalités Européennes*. Toulouse, 1993, Editions Erès, pp. 261-264
- Rapport au Conseil de la Recherche. Ministère de la Justice 1991 Conditions de vie en détention et pathologies somatiques. Lyon, 1991, Institut Alexandre Lacassagne
- Rapport au Haut Comité de la Santé Publique 1993 *Santé en milieu carcéral*. Rennes, 1993, Les Editions Ecole Nationale de la Santé Publique.

- Rapport du Comité Interministériel de Coordination de la Santé en milieu carcéral 1992 Promotion de la santé mentale et organisation des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire. Paris, 1992, Comité Interministériel Santé/Justice, dans sa séance du 7 Juillet 1992.
- REAL DE SARTE O. 1984 Eléments pour une analyse du discours médical en prison. *Déviance et Société*, Genève, 1984, vol. VIII, N° 2, pp. 167-180
- Recommandation n° R (82) 17 adoptée par le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe le 24/09/1982 1983 Détention et traitement des détenus dangereux. Strasbourg, 1983, Conseil de l'Europe
- RESELLINI J.P. 1985 Secret médical et patients délinquants. *Revue Médicale de la Suisse Romande* 1985, Vol. 105, pp. 39-44
- SCHARBACH H. 1983 Les états limites: approche compréhensive chez l'adulte et chez l'enfant. *Rapport présenté au Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française* 1983. Masson, Paris 1983
- SENON J.L. 1993 Dispositif de soins en santé mentale destinés aux détenus d'établissements pour peines. In *Justice et psychiatrie*. Association d'Etudes et de Recherches de l'Ecole Nationale de la Magistrature Bordeaux, 1993, pp. 149-159
- TARDIFF K. 1992 The current state of psychiatry in the treatment of violent patients. *News and Views. Archives of General Psychiatry*, Vol 49, June 1992
- TRAVERSO G.B. & MANNA P. 1992 Law and psychology in Italy. In LOSEL F., BENDER D., BLIESENER T.(Eds.), *Psychology and Law..* Berlin De Gruyter, 1992, pp. 535-545
- VEDRINNE J. & ELCHARDUS J.M. Les personnalités du toxicomane. *Confrontations psychiatriques*, 1987, N° 28
- WIERSON M., FOREHAND R.L. & al. 1992 Epidemiology and treatment of mental health problems in juvenile delinquents. *Behavior Research and Therapy* 1992 Vol. 14, pp. 93-120

# CAHIERS POLLEN N° 2

## AU SOMMAIRE

<b>C. LOUZOUN</b>	<b>Soins psychiatriques, éthique et droits : réalités européennes</b>	<b>p. 1</b>
<b>P.L. BRETECHER</b>	<b>La rupture intérieure</b>	<b>p. 13</b>
<b>A. JAKUBOWICZ</b>	<b>L'Atelier du coin (1)</b>	<b>p. 22</b>
<b>P. FUSTIER</b>	<b>L'Atelier du coin (2)</b>	<b>p. 32</b>
<b>J.P. MARTIN</b>	<b>Exclusion sociale et libre accès aux soins</b>	<b>p. 41</b>
<b>A. PIRELLA</b>	<b>Perspektiven einer sozialen psychiatrie aus der sicht der italienischen psychiatrie-Reform (en FR.)</b>	<b>p. 44.</b>
<b>H. PFEFFERER-WOLF</b>	<b>Déshospitalisation et désinstitutionnalisation : la pratique psychosociale dans le champ de forces entre système et univers de la vie</b>	<b>p. 50</b>
<b>B. GRAVIER</b>	<b>Pendant et après l'incarcération, soins psychiatriques et travail social</b>	<b>p. 54</b>
<b>J.M. ELCHARDUS</b>	<b>Problèmes des interventions thérapeutiques auprès de catégories spécifiques de délinquants</b>	<b>p. 61</b>

### COMITE EUROPEEN : DROIT, ÉTHIQUE ET PSYCHIATRIE

**Claude LOUZOUN**  
Président

153, rue de Charenton  
F - 75012 Paris (France)

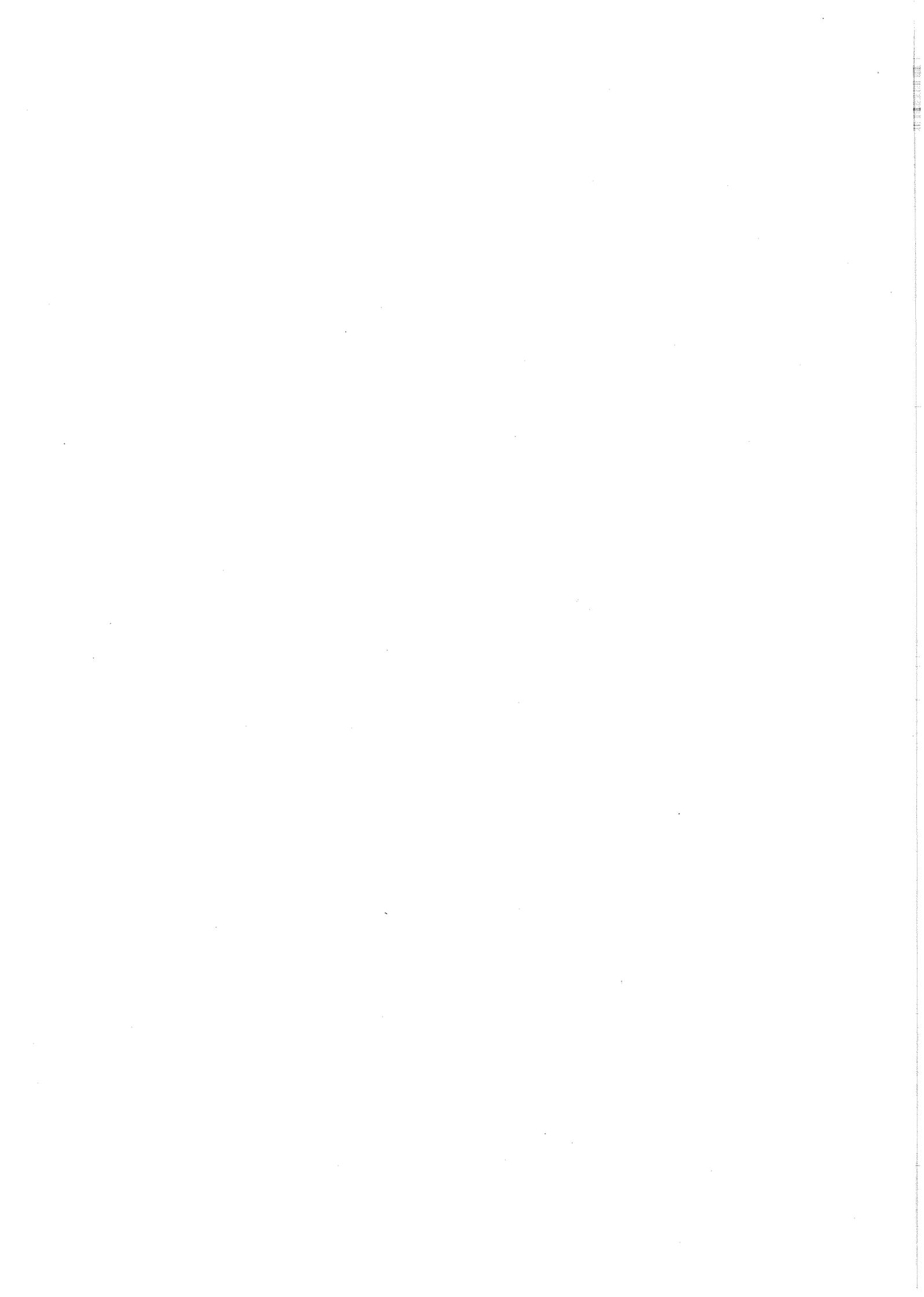
Tél & Fax : (33-1) 43 44 77 54

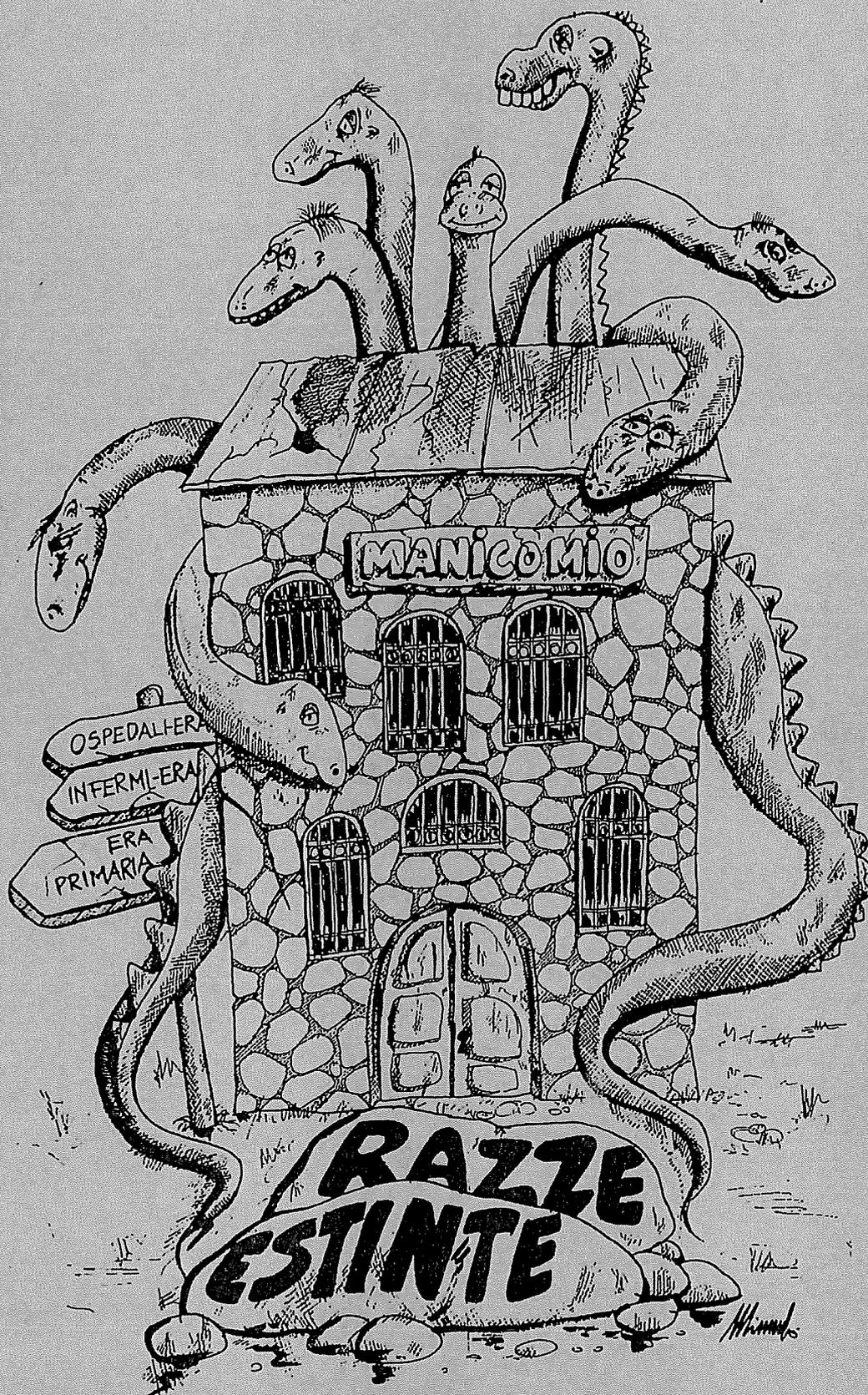
**Bruno GRAVIER**  
Secrétaire  
Unité de consultations  
en Psychiatrie Légale  
Av. de Sévelin, 18  
CH - 1004 Lausanne

Tél : (41-21) 626 13 26  
Fax : (41-21) 626 13 35

Réalisation : Claude LOUZOUN  
Traductions : Angelo CAPERNA  
Impression : Delta copies (Paris)







• Illustration de 1<sup>re</sup> de couverture empruntée au livre de Achim Thom et Erich Wulff, 'Psychiatrie im wandel, Erfahrungen und perspektiven in Ost und West', 1990; Psychiatrie-Verlag, Thomas Mann Strasse 49a, 5300 Bonn 1.

\*\* Illustration de 4<sup>e</sup> de couverture empruntée au motif décorant le T-shirt fabriqué par les coopératives de Turin à l'occasion du séminaire 'Ricominciare ad Essere', décembre 1993.