

Collection
Études, Recherches, Actions en Santé Mentale en Europe
dirigée par Claude Louzoun

Bâtir un forum éditorial couvrant les champs de la santé mentale, de l'éthique et du droit, c'est affirmer en premier lieu une ambition de rencontre, de validation et de légitimation des approches critiques et transformatives. Y accueillir travailleurs de la santé mentale, hommes de loi, chercheurs, philosophes, représentants d'associations d'usagers, de familles et de défense des droits de l'homme, c'est bien sûr avouer une vocation interdisciplinaire. C'est avant tout mobiliser cette interdisciplinarité pour informer, traiter, débattre (et rendre accessibles aux professionnels et aux profanes) des enjeux, des problématiques, des élaborations, des pratiques, des réalisations qui œuvrent dans le sens de la communauté des citoyens. L'Europe est, de ce point de vue, un laboratoire et un vivier illustratifs de tous les progrès et de tous les dangers dans ces domaines. Offrir des espaces de critique pratique, de prise de position et d'exigence éthiques dans l'agir humain (tout à la fois social, symbolique, politique, technique, juridique) à l'œuvre dans ce vaste domaine et ses entrelacs, tel est notre objet.

Retrouvez tous les titres parus sur
www.editions-eres.com

**PSYCHIATRIE
ET FOLIE SOCIALE**

DU MÊME AUTEUR

En collaboration avec Clément Bonnet

Au travail

*Les activités productives dans le traitement
et la vie du malade mental, 1991*

L'insertion du malade mental

Une place pour chacun ou chacun à sa place ?, 1994

Sous la direction de Jean-Paul Arveiller

Pour une psychiatrie sociale

50 ans d'action de la Croix-Marine, 2001

Jean-Paul Arveiller

**PSYCHIATRIE
ET FOLIE SOCIALE**

éditions**èrès**

Conception de la couverture :
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012
ME - ISBN PDF : 978-2-7492-2279-0
Première édition © Éditions érès 2006
33 avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse
www.editions-eres.com

Table des matières

PSYCHIATRIE ET FOLIE SOCIALE	9
MA FILLE ET TON GENDRE	11
À l'intersection de l'individuel et du collectif	11
Les professionnels à la recherche de leur champ	15
Inscriptions historiques et culturelles des manifestations considérées comme pathologiques.....	17
Entre spécificité du soin et prise en charge globale de la personne	18
La médecine n'est plus ce qu'elle était	19
Le malade n'est plus ce qu'il était	20
Mais où est donc la psychiatrie ?	23
QUI DEMANDE ?	27
De l'aliéné au malade mental	28
De la maladie du médecin à la maladie du malade	32
Du malade au sujet	33
Et maintenant, usager.....	37
QUI RÉPOND ?	47
Vous habitez dans quel secteur ?	48
Un secteur embouteillé.....	50
Un secteur spécialisé.....	52
Champ spécifique ?.....	55
Ou non spécifique ?	58
POUR QUELLE ADAPTATION ?	63
Adaptation aux modèles	65

Adaptation à soi-même	71
Adaptation aux structures	74
Une réciprocité obligée.....	77
LE TREMPLIN	81
Au travail !	82
Adaptations secondaires	84
L'insertion, un modèle discordant	87
L'insertion contre l'intégration	91
FOLIE, MALADIE MENTALE ET SOUFFRANCE PSYCHIQUE	97
Folie et anormalité.....	99
Le champ de la folie ordinaire	101
La folie comme exclusion des échanges sociaux	103
Le champ de la souffrance psychique d'origine sociale	104
Une psychiatrie à redéfinir	108
ASSISTANCE OU AUTONOMIE ?	115
Les trois piliers implicites de l'action sociale	116
L'assistance et son public	118
Du côté des assistants.....	123
Iatrogénie de l'assistance	127
L'autonomie	133
LA MISANTHROPIE SOCIALE.....	137
Une recomposition du social.....	138
Un nouveau paysage	142
Le contrat social.....	147
Et la fraternité, bordel !.....	151
LE NOUVEAU DÉSORDRE PSYCHIATRIQUE	157
Du côté d'une définition restrictive de la psychiatrie	159
<i>La médecine</i>	159
<i>L'évaluation</i>	161
<i>L'hospitalisation</i>	163
<i>Le portage social</i>	166
<i>La spécialisation</i>	169

<i>L'urgence</i>	170
Du côté de l'extension	172
<i>La prévention</i>	172
<i>La souffrance psychique</i>	174
<i>Les conditions de prise en charge de la souffrance psychique</i>	175
<i>La promotion de la santé mentale</i>	177
<i>Désavantage, handicap et réhabilitation</i>	178
Parlons-nous de la même chose ?	180
Qui est psychopathe ?	185
LES APPORTS DE L'EXCLUSION	191
Des pistes de travail	193
<i>Les réponses d'urgence</i>	193
<i>L'amélioration de l'accueil dans le dispositif de droit commun</i>	194
<i>Recréer une fonction asilaire à l'hôpital psychiatrique</i>	195
<i>Soigner dans le social</i>	195
Et quelques principes	196
<i>Articuler soin et social</i>	196
<i>Articuler prise en charge individuelle et santé publique</i>	197
<i>Ne pas attendre la demande</i>	197
<i>Comprendre le grand écart</i>	199
<i>Vers d'autres repères</i>	200
ALORS ?	205
Une nouvelle distribution des champs ?	205
Anthropopsychiatrie	209
Lien social ; de quoi s'agit-il ?	211
Cacher l'institutionnel	215
Psychiatrie d'intégration, psychiatrie d'exclusion	218
Appel à cohérence	220
<i>Madame a ses pauvres</i>	221
<i>Le pré-accompagnement</i>	221
Un avenir pour le secteur	225
OUVERTURES	233
BIBLIOGRAPHIE	237

*Au personnel infirmier travaillant en psychiatrie et en particulier à
Huguette M., Marie-France R., Jacqueline C., Sabine L., Sylvie V., Zaïa T.,
Martine C., Béatrice E..., et tous ceux et celles dont l'engagement au quotidien
montre que le travail en psychiatrie est bien plus que du travail de psychiatrie.*

*À ma femme Matilde et mes enfants, Nathalie, Mathieu, Laurent, Cécile,
si importants pour le maintien de ma propre santé mentale.*

Psychiatrie et folie sociale

Les soins psychiques se situent au croisement de deux utopies :

- que celui qui est reconnu comme patient puisse, dans un avenir plus ou moins proche, se passer de nous ;
- que la société accueille et « digère » tant celui qui souffre psychologiquement, que celui qui est différent ou se sent différent.

Dans les deux cas, la psychiatrie bute sur un social qui est à la fois sa matrice, sa référence, son champ d'expérience, sa raison d'être et son donneur d'ordre.

Le but est, dans tous les cas, que le malade puisse vivre en bonne intelligence avec ce social. Si tel était le cas, il n'y aurait peut-être pas besoin de psychiatrie. Le but de la psy serait donc sa propre disparition or il semble que ses files actives ne cessent de croître et qu'il en aille de même de toute assistance, ce qui pose aussi question.

Mais le social est peut-être lui-même passablement pathogène, les soigneurs ne se trompent-ils alors pas de cible ?

Par ailleurs, ce social secrète aussi des traitements qui lui sont propres et peuvent constituer pour la psychiatrie une organisation potentiellement concurrentielle ayant une culture, ses armes et bagages, ses professionnels et institutions... De plus, en tant qu'être organisé, il défend sa survie fût-elle folle. Dans d'autres cas ces deux domaines, loin de jouer au déni de compétences, savent aussi, le cas échéant, pactiser.

C'est pour toutes ces raisons et un certain nombre d'autres que nous avons choisi ce terme de folie sociale à laquelle contribuent tous les acteurs, les psys comme les autres qui participent à la fois à sa mise en place et à ses tentatives d'éradication.

La santé mentale serait cet équilibre entre l'homme et son environnement. Ces deux protagonistes n'étant pas figés dans des situations d'immobilité, il est donc légitime que les définitions de la bonne santé mentale évoluent avec les cultures c'est-à-dire avec le temps, les lieux et les représentations. Les définitions de la mauvaise santé mentale évolueront parallèlement. À une époque récente, cette mauvaise santé mentale était à peu près circonscrite par une organisation cohérente intitulée psychiatrie.

Ce sont, paradoxalement, les progrès de cet art, pour ne pas dire de cette science, qui ont permis de redonner à certains malades une bonne santé mentale, sans que, pour autant leur maladie soit guérie. L'attention, la mise en place d'un environnement suffisamment bon, des stratégies soignantes efficaces permettant que le degré de souffrance personnelle soit, dans ce cas, considérablement diminué.

Mais parallèlement, des publics, en augmentation constante, se plaignent de souffrance personnelle importante alors que leur observation et leur description ne permettent plus de les définir avec les critères habituels de la psychiatrie.

Bouleversement des professionnels alors que l'évolution des données, des points de vue et des pratiques ne devrait pas vraiment étonner ceux qui pourraient être aussi des cliniciens du social. N'oublions pas, comme le dit Binswanger, que c'est de notre affaire que les malades mentaux sont porteurs. En ce sens, il est normal que les demandes qui nous sont adressées, et le spectre des états qu'elles représentent soient historiquement marqués et donc totalement en rapport avec le social particulier qui les porte et les circonscrit.

Nous essayerons dans ce livre de montrer que c'est pour partie l'évolution rapide d'un social, à la recherche d'un nouveau modèle capable de remplacer celui de la société industrielle auquel nous étions habitués, qui redistribue les champs, missions et publics de la psychiatrie et de la santé mentale. La révolution post-industrielle s'accompagnera donc nécessairement de nouvelles pratiques des professionnels du soin. Il faut s'y préparer, sans œillères et sans idolâtrie afin de pouvoir comprendre un minimum ce qui est en train de se passer, rester fidèles à certaines « valeurs », moins conjoncturelles, auxquelles nous tenons, et surtout prendre toute notre place dans l'orientation des pratiques de demain. En effet, si l'idéologie est certainement nécessaire, il est fondamental qu'elle s'attache davantage à ces valeurs qu'aux pratiques elles-mêmes dont la vocation est d'évoluer ou à des champs qui se transforment en fonction des attentes du social. Ce que nous appelons psychiatrie aujourd'hui constitue-t-il encore un modèle de référence pertinent ?

Entre repli frileux, obéissance passive aux injonctions de l'environnement, pure fonctionnalité et incantations stériles, il y a certainement place pour une réflexion et une pratique à la fois soucieuse de l'humain et adaptée à notre temps. Ces quelques réflexions, replaçant le soin psychologique dans son contexte historique et son environnement sociologique actuel, essayeront d'en convaincre le lecteur.

Ma fille et ton gendre

Bien que ses formes évoluent, la folie est une constante quelles que soient les époques ou les cultures. Chez nous les représentations liées à la folie sont marquées par l'ambivalence : elle nous protège et on la condamne. La réponse psychiatrique qui lui est apportée depuis un siècle et demi a varié logiquement en fonction de la demande sociale bien qu'elle tente ou professe de s'en affranchir et les populations prises en charge changent selon les représentations de la normalité sociale. En conséquence, il semblerait bien aléatoire de définir la psychiatrie par une spécificité qui serait constante et inaccessible aux événements sociaux, historiques ou économiques. Deux logiques cependant s'affrontent sur le rôle et l'action des professionnels. La première viserait à définir le noyau dur des réponses psychiatriques possibles, en jouant sur la spécificité, mais cela sera nécessairement réducteur car ciblé et donc technique mais facilement évaluable. La seconde, se basant sur l'intrication permanente de l'état du sujet avec l'état du social, considérant que toute médecine, pour ne pas rester mystérieuse, doit s'ouvrir à des champs connexes, se dirigera vers une inscription communautaire mais au risque de s'y perdre. Cette démarche-ci prendra en compte les évolutions des demandes du corps social et donc des individus, celle-là, plus technique ne s'attachera qu'aux besoins de santé tels que définis scientifiquement. L'enjeu est d'importance et grand le risque de fracture. Devons-nous aller vers une démarche de psychiatrie, médicale, aux résultats efficaces, ou vers une démarche de santé mentale quitte à ne traiter que la maltraitance sociale ?

À L'INTERSECTION DE L'INDIVIDUEL ET DU COLLECTIF

La psychiatrie se pose d'emblée dans une zone marquée du double sceau de l'individuel et du collectif c'est pour cela que le titre de ce chapitre fait référence à la famille dans ses dimensions d'ambivalence et de projection, de protection et de lieu privilégié de conflits. Entre psychiatrie et corps social, cela a toujours été une question d'amour vache : je t'aime, j'ai besoin de toi, ou plutôt de certaines parties de toi mais j'aime aussi stigmatiser en toi le mauvais que j'ai en moi.

Entre le soin à la personne et la gestion communautaire d'un fléau social toute l'histoire de la psychiatrie balance, penchant tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, selon les époques, les besoins de certaines démonstrations ou les courants d'idées. Reconnaître ce double mouvement est de première nécessité avant d'entreprendre ce type d'étude. L'individu est à la fois 100 % social et 100 % psychologique ce qui complique naturellement les choses mais, en même temps permet de ne pas tomber dans le piège du choix, totalement marqué de subjectivité. Depuis E. Durkheim (1897), on sait que le suicide a, à la fois des causes sociales et des déterminismes psychologiques individuels, que la sociologie a quelque chose à en dire et que cela vaut aussi, sans doute, pour l'alcoolisme, l'exclusion ou d'autres fléaux sociaux, voire pour la maladie mentale, encore officiellement considérée comme telle. On sait bien aussi que, si les malades mentaux, en même temps que les brigands, prostituées, prodigues et autres scrofuleux divers ont été placés à l'hôpital général à partir de la moitié du XVII^e siècle, c'est avant tout parce qu'ils faisaient tâche dans le paysage en menaçant l'ordre et la sécurité publics. Comme cela a été analysé par M. Foucault, puis R. Castel ou G. Swain, l'internement était, avant tout une réponse sociale à un questionnement social et toujours, « pour le bien de celui qui était enfermé » : on l'isolait du milieu normal afin, disait-on, qu'il puisse s'amender dans un lieu fait pour lui ; ce n'est que plus tard que la justification médicale est venue s'imposer. Quand le malade a pu « bénéficier » de cette reconnaissance de malade, les aliénistes ont alors, dans un mouvement de renversement, isolé le malade pour l'éloigner du milieu extérieur, à commencer par sa famille, considérée maintenant comme pathogène pour l'individu ; on met à l'écart le déviant comme le malade, les justifications changent (protéger la société du déviant, protéger le malade de la société), l'isolement, lui, reste et se définit comme nécessité incontournable. Ce n'est que beaucoup plus tard que ce milieu, taillé sur mesure, a pu être considéré comme iatrogène et que les malades ont dû être externés pour être plus réellement soignés. D'ici peu, on risque d'ailleurs de regretter d'avoir démantelé les asiles, lieux d'accueil dont le rôle thérapeutique positif sera alors mis en avant pour la raison que, décidément, c'est beaucoup demander aux patients que de leur imposer de vivre dehors... Il est étonnant de remarquer à ce sujet que ce mouvement de balancier commence à se faire jour puisqu'en région parisienne, les hôpitaux qui ferment, psychiatriques ou généraux, sont transformés en asiles d'un nouveau genre, gérés, cette fois-ci par des associations caritatives.

Ce survol historique montre simplement que la folie existe toujours, où qu'on veuille la balader et que les représentations sociales conditionnent les modèles de prise en charge. Comme le dit G. Lanteri-Laura : « Lorsque la psychiatrie se formule spécifiquement, elle se constitue comme cette discipline qui vient fournir une identification et une explication médicale à un ensemble de phénomènes qui relèvent de ce que la culture ambiante tient pour la folie ¹. » Il montre enfin que les justifications soignantes tentent bien souvent de cacher d'autres raisons, évidemment moins glorieuses pour l'ensemble de la communauté des hommes.

Ainsi, toute politique de santé mentale dépend toujours de donneurs d'ordre dont les priorités varient en fonction du temps et de l'évolution des priorités de la demande sociale. Le maintien de l'ordre public a été une priorité au début de la psychiatrie, relayé plus tard par le soin d'inspiration médicale. Aujourd'hui un nouveau personnage est en première ligne, le gestionnaire. Ce qui n'empêche pas que toute évolution a toujours mis en avant prioritairement l'amélioration du sort de l'individu ou du collectif pour faire passer ses réformes. Les ordonnances du 24 avril 1996 ² en sont un bon exemple. Elles annoncent, en effet, que « le triple souci de la responsabilisation, de la qualité des soins et de la meilleure insertion de l'hôpital dans son environnement constitue le fil directeur de cette réforme ». Elles s'annoncent d'abord au service du malade (amélioration des filières de soins, de leur proximité, du partenariat entre institutions...), alors que l'on peut aussi y voir comme souci principal, et également légitime, une diminution substantielle du déficit de la Sécurité sociale. À ce titre, la nouvelle religion de l'« évaluation » qui y est prônée mérite d'être citée. Celle-ci, en effet, cherchera non pas tant à améliorer les structures déficientes, qu'à les supprimer tout simplement au profit d'autres jugées meilleures. Sous couvert d'amélioration qualitative, c'est, en réalité, la diminution quantitative qui est recherchée.

Est-ce à dire pour autant que la maladie mentale (en tant qu'anormalité absolue, qui s'opposerait à une anormalité relative mesurée par rapport à la personnalité de base, telle que la définit Linton ³), n'existe pas ?

Certainement pas. Toutefois, même si on peut penser qu'en face d'un malade nous sommes loin de ces considérations, il faut bien constater que la maladie émerge toujours dans un climat social induisant des représentations particulières qui elles-mêmes, produisent toujours des réponses spécifiques. Tout soignant est donc, d'une certaine façon, prisonnier et participant de la dynamique sociale qui l'entoure dans la mesure où la pathologie de type psychiatrique a immédiatement des répercussions sociales qui induisent des

1. G. Lanteri-Laura, « Évolution des représentations de la folie dans la société contemporaine », *Revue pratique de psychologie, de la vie sociale et d'hygiène mentale*, 1, 1990, 21-30.

2. Ordonnances n° 96-344, 96-345, 96-346 du 24 avril 1996, *Journal officiel de la République française* du 25 avril 1996, 6298-6336.

3. R. Linton, *Le fondement culturel de la personnalité*, Paris, Dunod, 1967.

réponses de la société, pour lesquelles nous, représentants de la psychiatrie publique en particulier, sommes missionnés. Comme l'a souligné avec force H. Collomb, en effet, toute psychiatrie est produite par une culture et pratiquée dans cette culture.

La progressive transformation de la folie en maladies mentales diversifiées a, de son côté, permis, à la fois que se spécifient les prises en compte des individus mais aussi que la médecine mentale participe à la gestion de populations unifiées pour lesquelles vont être définies des stratégies thérapeutiques : au XIX^e siècle, tous les malades restent à l'asile, mais ils sont répartis en quartiers selon une classification qui mêle des critères de partition hétérogènes tantôt nosographiques, tantôt socio-comportementaux : les quartiers des épileptiques, des idiots et imbéciles, des intempérants, mais aussi des entrants, des agités ou des travailleurs. Il y a donc toujours ce classement, qui, sous couvert de critériser des populations sous label médical si ce n'est de façon scientifique, va leur coller sur le dos une étiquette globalisante. On pourra alors plus « légitimement » parler de prendre en charge les alcooliques, les entrants ou les psychotiques quand il ne s'agit pas de l'alcoolisme, de la crise aiguë ou de la psychose, ce qui ne veut pas dire grand-chose. Nous y reviendrons plus tard mais le souci actuel, y compris pour des équipes de santé mentale, de vouloir prendre en charge les exclus, ou les pervers sexuels, voire l'exclusion ou la pédophilie procède sans doute du même type de démarche.

Définir un groupe (fût-il celui des inclassables) serait donc la démarche préliminaire à toute approche thérapeutique, permettant la justification d'« experts » par rapport à une mission et un savoir. Il est évident, en effet, que le classement est, généralement, ce dans quoi on risque de s'enfermer quand à la fois on ne sait pas et on se refuse de juger.

Or, aujourd'hui, la psychiatrie ne souhaite plus catégoriser les malades dont elle s'occupe, l'extériorisation de ceux-ci hors de l'hôpital a fait voler en éclats les classements fondés sur la nosographie traditionnelle : le secteur public n'hospitalise plus les névrosés et la psychopathie n'existe plus ; par contre, les catégorisations à symptomatologie sociale se multiplient, objets de la demande de la communauté : population en état de précarité sociale, personnes âgées, RMIstes et autres abuseurs sexuels, ce qui montre bien que l'histoire de la psychiatrie n'est que recommencement et que la demande sociale a toujours été à la base de la constitution de sa clientèle ; or, actuellement, la demande est forte : presque 2 % de la population, en effet, consulte en un an dans le dispositif de la psychiatrie publique ⁴. Comme le dit R. Bastide, « c'est le consensus social qui délimite les zones, fluctuantes de la raison et de la déraison ⁵ », alors même que Bourguignon va plus loin. Pour lui, « la psychiatrie sert à donner un statut officiel à tous ceux qui, par leur comportement, violent un certain contrat social ou s'éloignent

4. « Une typologie des secteurs de psychiatrie générale en 1999 », *Études et résultats*, 163, 2002.

5. R. Bastide, *Sociologie des maladies mentales*, Paris, Flammarion, 1965.

de critères de normalité de plus en plus stricts ⁶ ». À la limite, on pourrait même se demander si, le jour où l'expression de la maladie mentale sera parfaitement tolérée dans la population, la psychiatrie aura encore à voir avec elle, ou si elle aura, peut-être sous une autre dénomination, à s'occuper alors d'autres demandes que celles constituées par la pathologie mentale dans la mesure, naturellement où elles gêneront les représentations sociales normatives, troubleront l'ordre public ou se heurteront à l'intolérance de l'environnement.

LES PROFESSIONNELS À LA RECHERCHE DE LEUR CHAMP

La constitution du champ obéit également à une autre loi : le choix, par le corps des professionnels désignés, de la population adéquate à son étude et ce choix obéit généralement à des critères difficiles à cerner où les préoccupations économiques se mêlent généralement à des critères d'évolution des idées ou des représentations. Ainsi en va-t-il des difficultés scolaires de l'enfant, des troubles du comportement, de l'alcoolisme, des toxicomanies, des perversions sexuelles, de l'arriération intellectuelle etc., qui, au décours des années ont émergé, ou non, dans le champ de la psychiatrie selon un modèle d'attraction-répulsion, voire d'inclusion-exclusion finalement peu en rapport avec l'efficacité réelle des possibilités de prise en charge médicale.

L'histoire de la psychiatrie montre ce souci de spécification progressive des pratiques en ce qui concerne ce champ. En fait, il a toujours été question d'affirmer une spécificité du soin ou de la psychiatrie par rapport, justement, à cette demande sociale et pour tenter de s'en départir. Ainsi, la création de l'Hôtel-Dieu correspondait-elle à une tentative d'isoler le soin de la pure gestion sociale de la déviance telle que pratiquée à l'hôpital général. Idem en 1802 avec la création des asiles modernes sur le modèle de Charenton pour s'occuper spécifiquement de la folie ⁷, même démarche encore dans les années 1890 avec la création des colonies agricoles, séparées des asiles, destinées aux patients incurables pour qui la simple assistance allait remplacer les soins. Qui dit choix dit aussi exclusion et cette démarche en entonnoir (sans jeu de mot) allait en profiter pour tenter d'éradiquer aussi la chronicité, symbole d'échec de la thérapeutique, et cheval de bataille des aliénistes puis des psychiatres. La mise à distance, géographique ou scientifique a toujours été le lot de ces malades chroniques définis alors, par leur résistance à la thérapeutique. « La durée des maladies varie extrêmement ; on les a divisées, à ce point de vue, en maladies aiguës et maladies chroniques, selon qu'elles ne dépassaient pas ou excédaient la

6. A. Bourguignon, « Réflexions sur les limites de la psychiatrie », *Un autre regard*, Bulletin de l'UNAFAM, 3, 1985, 3-6.

7. Pour une étude détaillée, voir M. Gauchet, G. Swain, *La pratique de l'esprit humain. L'institution asilaire et la révolution démocratique*, Paris, Gallimard, 1980.

durée de quarante jours ⁸. » Même mouvement comparable encore avec Édouard Toulouse dans les années 1920 militant pour la distinction entre malades d'asiles et psychopathes, ces derniers pouvant, à l'inverse des autres, bénéficier de soins en étant hospitalisés et non internés. On peut encore citer dans la même veine, la loi d'orientation de juin 1975, introduisant, à travers la partition entre malades et handicapés, une nouvelle alternative dans les orientations entre le sanitaire et le médico-social. Le dernier avatar, dans la foulée du rapport Massé ⁹, préconisant un modèle de soin promouvant le modèle médical de la crise et le soin à l'hôpital général opposé à la prise en charge médico-sociale.

Il est amusant de constater que ce mouvement général qui avait pour but initial de préciser et d'affiner, par exclusions successives de son champ, ce qu'il en était de la spécificité de la maladie mentale et sa prise en charge, risque d'aboutir à une dilution de la pathologie mentale dans le champ général et le modèle de la médecine. Autrement dit, la séparation d'avec l'assistance semble être payée, pour la psychiatrie, du prix de sa digestion par la médecine. C'est, en particulier le sens du dernier en date des rapports sur la psychiatrie ¹⁰, qui propose une définition des bonnes pratiques psychiatriques publiques, c'est-à-dire prises en charge par l'assurance maladie, par exclusions successives de son champ : de la souffrance psychique, qui n'est pas spécialisée, des demandes de soins car « le système de soin doit répondre exclusivement au besoin de soins », des handicaps qui ne sont que des conséquences des troubles, voire même, la question est posée, des troubles les moins accessibles aux traitements et des actions de santé mentale « qui sont de fait en dehors du domaine sanitaire ».

Pour des raisons extrêmement diverses, au cours des mêmes époques, des partisans de l'unité de la psychiatrie se sont aussi élevés. Aussi bien Parchappe au milieu du XIX^e siècle, militant pour instaurer dans les asiles un modèle spécifiquement français, partisan du mélange des pathologies pour des raisons à la fois d'efficacité et d'économie, que le corps des aliénistes faisant voter une motion de défiance à l'encontre des distinctions entre psychopathes et malades d'asile proposées par le docteur Toulouse dans les années 1930 pour des raisons ici plus corporatistes de défense du pouvoir de leur corps professionnel ¹¹. Ce sont des raisons plus militantes et politiques qui pousseront L. Bonnafé et les promoteurs de la politique de secteur à affirmer que la vocation du dit secteur est de s'occuper de tous les malades aigus et chroniques. Certains sont guérissables, d'autres non, disait Bonnafé, mais aucun n'est incurable, tous peuvent

8. A. Dechambre, « Chronique », *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. 17, Paris, Asselin et Masson, 1876, 173-174.

9. G. Masse, *La psychiatrie ouverte. Une dynamique nouvelle en santé mentale*, Rennes, ENSP, 1992.

10. P. Clery-Melin, V. Kovess, J.-C. Pascal, *Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale*, Rapport remis au ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, dactyl., 2003.

11. J.B. Wojciechowski, *Hygiène mentale et hygiène sociale : contribution à l'histoire de l'eugénisme*, Paris, L'Harmattan, 1997.

bénéficier des soins de l'équipe pluridisciplinaire ¹². Le livre blanc de la psychiatrie, version 1994 va également dans le même sens ¹³.

Ces passes d'armes montrent, en tous cas, que la psychiatrie n'a sans doute pas fini de se pencher sur les contours de son propre champ car elle se situe, d'emblée à l'intersection du soin individuel et de la gestion collective de problématiques sociales et on ne peut alors s'étonner que des collègues s'accusent mutuellement de vouloir psychiatriser le social ou ignorer consciemment les détresses psychosociales.

INSCRIPTIONS HISTORIQUES ET CULTURELLES DES MANIFESTATIONS CONSIDÉRÉES COMME PATHOLOGIQUES

Par ailleurs, l'expression de la pathologie mentale prend toujours une forme sociale et culturelle. On ne délire pas de la même façon à Paris, à Bombay ou à Rio, et si Feurbach nous dit qu'on pense différemment dans un palais et dans une chaumière, on peut imaginer qu'il en va de même du délire et la symptomatologie devra toujours être mise en corrélation avec la « personnalité de base » considérée comme norme dans une société ou un milieu donné ; à ce titre l'irruption de la maladie mentale peut être analysée comme symptôme de faillite, de crise d'un système, celui que la personne considérée forme avec son environnement, qu'il soit familial, professionnel ou social. Pensons aux symptomatologies à expression sociale qui varient selon les pays : syndrome d'hyperactivité décrit aux États-Unis mais états de retrait ¹⁴ à la une de la psychopathologie nipponne actuelle.

On a beaucoup dit sur le fait que le même délire pouvait avoir rôle intégrateur ou rôle d'exclusion selon la civilisation qui l'accueillait, ceci dit, il y a des personnes considérées comme schizophrènes sous toutes les latitudes c'est dire que tous les types de sociétés renferment en leur sein (et nous ne disons pas : secrètent) des proportions assez comparables et stables d'individus que nous considérons comme psychotiques.

Ce qui nous intéressera ici sera d'une part le moment de l'accès dans la trajectoire personnelle et sociale du patient, les liens entre l'expression symptomatique et la culture ambiante, et d'autre part le degré de tolérance et d'acceptation par le socius de ces manifestations souvent explosives.

12. L. Le Guillant, L. Bonnafé, H. Mignot, « Problèmes posés par la chronicité sur le plan des institutions psychiatriques », *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*, Paris, Masson, 1965, 1334-1736.

13. C. Barthelemy et coll., *De la psychiatrie...* Nantes, Les bulletins d'information spécialisés, 1994.

14. H. Wada, « L'état de retrait », « Une inhibition particulière à la jeunesse au Japon », *L'information psychiatrique*, 75, 9, 1999, 919-924.