



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

***« Spatialités, temporalités et discipline psychiatrique :
Historique des lieux d'accueil, une psychiatrie qui déménage, l'histoire
qui reste à écrire... »***

Présentée et soutenue publiquement le 16 Mars 2015 à 18 heures
au Pôle Recherche

Par Lucie BAILLEUL

JURY

Président :

Monsieur le Professeur P. DELION

Assesseurs :

Monsieur le Professeur P. THOMAS

Monsieur le Professeur R. JARDRI

Madame le Docteur M. LEFEBVRE

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur P. SASTRE-GARAU

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

***« Spatialités, temporalités et discipline psychiatrique :
Historique des lieux d'accueil, une psychiatrie qui déménage, l'histoire qui
reste à écrire... »***

Table des matières

-	RESUME.....	1
-	INTRODUCTION.....	2
-	PARTIE I : HISTORIQUE	
	Evolution des lieux d'accueil de la folie et de ses représentations dans différentes sociétés occidentales, au cours de l'histoire	6
I)	Les différents lieux d'accueil et les représentations de la folie au cours de l'histoire en occident.....	7
	1) L'Antiquité.....	7
	2) Le Moyen-Age chrétien (du Ve siècle au XVe siècle).....	14
	3) La Renaissance (du XVe siècle au début du XVIIe siècle).....	21
	4) La folie au XVIIème siècle et au XVIIIème siècle.....	27
	a) Les Hôpitaux Généraux et Hôtels Dieu.....	27
	b) Les maisons de forces et dépôts de mendicité.....	34
	5) La Révolution française : naissance de la clinique et acquisition des prémices pour la création de l'asile.....	41
II)	La naissance de l'asile : caractéristiques architecturales et évolutions des lieux de soins.....	46
	1) L'asile : contexte de sa création.....	46
	2) Caractéristiques architecturales	49
	3) Evolution de l'asile	56
III)	Ce que l'histoire nous apprend sur nos lieux de soin actuels: histoire de la psychothérapie institutionnelle et de la psychiatrie de secteur	61
	1) La Seconde Guerre mondiale et la vision nouvelle pour la discipline	61
	2) La psychothérapie institutionnelle	64
	3) La création de la psychiatrie de secteur	67
	4) Un petit zoom sur l'histoire de la pédopsychiatrie	72
-	PARTIE II : HISTOIRE D'UN DEMENAGEMENT	
	Une psychiatrie qui déménage, la place de l'architecture dans les soins en psychiatrie.....	81
I)	Présentation du projet : ce qui a motivé le déménagement	81
	1) Contexte géographique et historique	81
	2) Concepts architecturaux : comment a été pensé le projet ?.....	83
II)	Regards sur l'expérience d'un déménagement : l'institution qui déménage avant/pendant/après	91
	1) Travail de mémoire lors d'un déménagement d'un établissement psychiatrique, par l'intermédiaire d'un atelier culturel	93
	2) Travail de désappropriation et d'appropriation des lieux, lors d'un déménagement.....	103
	a) Du côté des patients.	103

b) Du côté des soignants	112
3) Des regards extérieurs sur les lieux, quittés et nouvellement habités.....	118
a) Regard d'une étudiante en architecture.....	119
b) Regard d'une artiste-plasticienne.....	122
- PARTIE III : L'HISTOIRE QUI RESTE A ECRIRE	
Tentative afin de dégager des fondamentaux du soin, réflexions sur les enjeux actuels et les perspectives futures.....	128
I) Les invariants fondamentaux de la pratique psychiatrique.....	129
1) Avoir des modèles	131
2) La singularité de chaque prise en charge	133
3) De la place pour l'autre en soi.....	135
4) Ambitions et humilité dans le soin	139
5) Considérer les composantes spatiales et temporelles dans les soins.....	141
II) Enjeux actuels et perspectives futures de la pratique psychiatrique.....	146
1) Des changements spatiaux et temporels profitables à la discipline.....	148
A) Dialectique éloignement versus rapprochement des lieux d'accueil	149
B) Dialectiques grande taille versus petite taille des structures.....	150
C) Dialectique fermé et ouvert.....	150
D) Zoom sur la région Nord-Pas-de-Calais.....	151
a) Nécessité de rapprocher les lieux de soin du domicile du patient.....	152
b) Amélioration des conditions d'accueil et d'hébergement.....	155
c) Diversification et multiplication des lieux d'intervention de la discipline.....	156
a. Les Centre Médico-Psychologiques (CMP) jouent un rôle pivot au sein des secteurs.....	157
b. Le développement d'alternatives à l'hospitalisation à temps partiel ou à temps complet : un élément important à considérer.....	159
c. L'importance de proposer de nouvelles orientations aux personnes chroniques ou « inadéquates ».....	160
d. De nouveaux lieux d'exercice de la psychiatrie	162
i. Participation des équipes de psychiatrie aux urgences.....	162
ii. Développement des actions de psychiatrie de liaison.....	163
iii. La prise en considération de la souffrance psychique des personnes âgées.....	163
iv. Amélioration des rapports entre médecine de ville et équipes de secteur.....	164
2) Des limites à prendre en considération face à ces changements.....	165
A) Réduction du nombre de lits et questionnement sur la place des « inadéquats »	166
B) Diminution des durées moyenne de séjour.....	170
C) Présence de services fermés au détriment de la libre circulation.....	171
D) La chronicité, l'hospitalophilie, le syndrome de la porte tournante.....	173
E) Spécialisation des lieux, spécialisation au sein de la discipline.....	176

- CONCLUSION.....	179
- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	184

RESUME

Contexte : Au sein de la discipline psychiatrique, des lieux distincts, au cours de son histoire, ont été proposés afin d'accueillir les personnes souffrant d'un trouble psychiatrique. Actuellement, de nouvelles constructions architecturales et une nouvelle organisation des soins voient progressivement le jour. De nombreux déménagements se réalisent. Des spécificités et des invariants constituent certainement la discipline psychiatrique.

Méthode : Ce travail propose de retranscrire l'évolution des lieux accueillant, ce que l'on a appelé folie, aliénation mentale, maladie mentale ou encore trouble psychique, au cours des différentes époques de l'histoire, de la période Antique à nos jours. C'est au regard d'une institution qui déménage, explicité par un atelier culturel « Des Racines et des Ar[ts]bres », utilisant comme médiation la photographie, que nous nous proposons de développer l'importance des coordonnées spatiales et temporelles dans la démarche de soin. Dans l'écriture de l'avenir de la discipline, des fondamentaux du soin, et certains des enjeux actuels, tenteront d'être décrits.

Résultats : De nombreux allers-retours constituent l'histoire des lieux d'accueil des personnes souffrants de troubles psychiatriques, s'adaptant constamment à certains impératifs sociétaux. Actuellement, des changements spatiaux, tels des déménagements ou des rénovations de services psychiatriques, se réalisent et nécessitent une préparation s'inscrivant dans une temporalité, afin de préparer au mieux patients et soignants dans l'appropriation d'un nouvel espace. Ainsi, la discipline se modifie en permanence, sans avoir changé foncièrement ses paradigmes établis au milieu du XXe siècle. Des aspects bénéfiques pour la discipline, sont certainement à contraster avec d'autres pouvant être plus réducteurs. Ces derniers sont alors à repérer pour tenter de les déjouer. Associés et accompagnant ses changements, des fondamentaux du soin perdurent. Ne pas les négliger reste essentiel, afin de poursuivre une pratique, où le patient et son histoire singulière sont au centre de l'espace thérapeutique.

INTRODUCTION

Avoir un lieu pour se protéger des dangers, pour s'abriter, pour habiter en groupe, a sans doute été déterminant dans le processus d'hominisation.

Dans nos sociétés contemporaines, chacun a besoin de repères spatiaux pour s'orienter mais aussi pour se trouver une identité en tant que citoyen.

« Le lieu » est donc un élément important, pour la place de chacun au sein de la société dans laquelle il se développe. Que ce soit par sa nationalité, sa région, son département, son domicile, son travail, son club sportif, avoir un lieu adapté à ses attentes est une nécessité, car en plus de participer à l'identité, cela permet de s'inscrire dans la vie sociale et de s'épanouir en tant qu'individu.

La temporalité s'inscrit également dans l'évolution de l'identité d'un individu. Certains sociologues, comme Daniel Mercure, suggèrent qu'au-delà du temps abstrait, il y a le temps vécu (1). Ce qui signifie que le temps est vécu avant de devenir une mesure de la durée et un objet de réflexion. Daniel Mercure affirme que le temps, dimension du rapport de l'homme au monde, est avant tout une expérience subjective, se rapportant au vécu individuel. Il rajoute que la temporalité se présente aussi comme un vécu social, car la société, en plus de façonner le rythme des activités, possède ses rythmes spécifiques (1,2). Nous sommes finalement confrontés à ne jamais devoir croiser le temps mais plutôt à constater dans « l'après coup » ses conséquences.

Ainsi la spatialité et la temporalité sont deux coordonnées essentielles chez l'homme et vont traverser et structurer ce travail.

Pour les disciplines médicales, avoir un lieu de soin adapté, a souvent été primordial afin de pouvoir apporter aux patients les meilleurs soins possibles. C'est ainsi que, dans cette nouvelle ère d'innovations médicales, chaque discipline adapte ses lieux de soins pour s'inscrire au mieux dans les attentes de la société dans laquelle elle se développe.

C'est donc par exemple, l'apparition dans notre paysage du XXI^e siècle de nouveaux hôpitaux répondant aux exigences des normes sanitaires et sécuritaires hospitalières.

La discipline psychiatrique ne déroge pas à la règle. Effectivement, nous voyons également se construire de nouveaux lieux d'accueil pour les soins, en intra-hospitalier mais aussi pour les soins extra-hospitaliers, en direction des patients atteints de troubles psychiatriques. Ces lieux s'inscrivent donc dans les attentes nouvelles, de et pour la discipline.

Le but de ce travail est de tenter de retracer au mieux l'importance qu'a le « lieu » dans la discipline psychiatrique, à la fois dans l'accueil, mais également dans la prise en charge de ses patients, tout en étant rythmé par des temporalités.

Jeune interne en psychiatrie, je me suis rapidement posée la question de ce que sera ma pratique en tant que future psychiatre. J'ai donc, à travers de nombreuses lectures, posé mon regard sur les lieux d'accueil de la folie, sur l'histoire de la discipline, mais également sur ce qui a pu et va peut-être en marquer son évolution.

Dans une première partie historique, il sera donc question de l'évolution des lieux d'accueil, au cours du temps, en lien avec les représentations de la folie qu'ont pu avoir différentes sociétés occidentales.

Nous soulignerons l'influence, que le regard sociétal a eu sur les lieux, ainsi que sur la place accordée aux personnes souffrant de troubles psychiques.

Par une description chronologique, au cours de l'histoire, un parcours temporel tentera d'être réalisé sur les lieux d'accueil ou d'hospitalisation ou encore de relégation, des personnes en souffrance psychique.

Un point sera consacré, plus spécifiquement, à la naissance de l'asile avec notamment ses caractéristiques architecturales ainsi que l'évolution de ces constructions et de leurs développements dans l'histoire.

La chronologie des lieux dédiés à l'accueil de la souffrance mentale permet de comprendre

l'origine des lieux actuels et nous permettra de nous arrêter sur la psychothérapie institutionnelle et la psychiatrie de secteur.

Dans une deuxième partie, il sera question de retranscrire les particularités des lieux de soins actuels dans la discipline psychiatrique. Cette présentation se fera à travers une observation clinique d'une institution, qui s'est déroulée sur une année complète.

Ce travail d'observation prospective, a pu se faire grâce à l'opportunité saisie de rester deux semestres au sein d'un service de psychiatrie adulte, de la région Nord-Pas-de-Calais.

En 2012, j'ai ainsi pu vivre avec des patients et des soignants « *l'avant / le pendant / l'après* » déménagement de deux secteurs de psychiatrie adulte.

Ces observations permettront d'avoir un regard attentif, grâce à ce déménagement, sur l'importance qu'ont les murs et les lieux dans la prise en charge en psychiatrie.

L'ensemble de cette description sera réalisée à travers des illustrations photographiques mais aussi des témoignages qui ont pu être recueillis, grâce à la création d'un atelier culturel, intitulé « Des racines et des ar[ts]bres ». Ce dernier a permis, via la photographie et les arts plastiques, l'expression de mouvements psychiques engendrés par le fait de devoir quitter un lieu pour aller en habiter un autre.

Ainsi, grâce à un médiateur culturel, un travail institutionnel a pu être effectué sur la mémoire des lieux à travers un récit historique s'inscrivant dans la temporalité.

Enfin, une dernière partie tentera d'apporter une réflexion sur ce qui peut être considéré comme fondamental dans la pratique psychiatrique, quel que soit le paysage nouveau qui est en train de se construire pour cette dernière.

Nous essayerons d'apporter un regard sur les enjeux actuels et les perspectives futures, en prenant en compte les évolutions et les changements de regard, que connaît la discipline.

Ce sera donc l'occasion de souligner le fait que la psychiatrie s'attache à prendre en considération les spécificités de chaque individu.

Nous tenterons de décrire ce qui peut être considéré comme des invariants nécessaires et précieux pour le soin. Notamment, par le fait que pour soigner, il paraît essentiel de se référer à des modèles forts mais également de savoir s'en dégager.

Il est aussi important d'apporter des soins singularisés pour chaque patient. Il semble encore indispensable de tenter de faire de la place pour l'autre, le patient, dans son espace psychique afin de garantir des qualités humaines dans l'engagement du soin.

Dans les soins, il est souhaitable de composer entre ambition et humilité. Les soins, dans la discipline, s'organisent également et nécessairement autour de deux paramètres sans cesse remis en jeu : la spatialité et la temporalité.

Nous essayerons enfin d'apporter quelques éléments permettant d'explicitier les changements que la discipline est en train de vivre. Notre regard s'arrêtera plus particulièrement sur la région Nord-Pas-de-Calais.

Un questionnement sur la place de certains facteurs, comme le facteur économique, tentera d'être décrit, ce qui permettra de mettre en avant les éléments profitables pour la psychiatrie et les limites de ces changements, qu'il est nécessaire de prendre en considération.

Partie I : Historique

Evolution des lieux d'accueil de la folie et de ses représentations dans les différentes sociétés occidentales, au cours de l'histoire.

« On juge du degré de civilisation d'une société à la manière dont elle traite ses marges, ses fous et ses déviants ». (Lucien Bonnafé).

Cette première partie va tenter d'apporter une lecture sur l'histoire de la folie sous l'angle de vue des conditions d'accueil, au cours des différentes époques, des fous, des insensés, des aliénés ou encore des malades mentaux, ainsi nommés en fonction des périodes de l'histoire. Cette partie va tenter d'esquisser un parallèle, entre l'espace architectural des lieux qui ont été consacrés à l'accueil de la folie, et à la représentation de cette dernière dans l'espace sociétal. Comme le souligne Lucien Bonnafé, les lieux consacrés à la folie ont été, et sont toujours témoins, de la place que la société accorde aux « déviants ». En France, la psychiatrie, c'est-à-dire la reconnaissance de la « folie » en tant que maladie mentale, est apparue au XIXème siècle. C'est à partir de ce changement de pensée que l'asile voit le jour.

Mais avant cela, « les déviants » subissent, dans des lieux plus ou moins différents, des prises en charge diverses.

Ainsi, nous allons décrire, dans un premier temps, les différents lieux d'accueil et les représentations de la folie au cours de l'histoire, dans des sociétés occidentales.

Nous verrons donc les lieux qui ont été dédiés aux personnes souffrant de troubles psychiques. Nous balayerons les époques entre les civilisations anciennes et l'Antiquité jusqu'à la Révolution Française avec les prémices des idées asilaires.

Dans un second temps, nous développerons la naissance de l'asile en explicitant son contexte de création, ses caractéristiques architecturales, ainsi que son évolution et les observations faites sur ce dernier.

Nous tenterons par la suite, de décrire ce que nous apprend l'histoire sur nos lieux architecturaux actuels. Nous développerons alors les conséquences de l'après Seconde Guerre mondiale, la genèse de la psychothérapie institutionnelle et de la psychiatrie de secteur.

Enfin, nous essayerons de porter un certain regard observateur sur l'ensemble des différents mouvements, qu'a dû subir la « folie » tout au long de son histoire, en utilisant comme témoin les lieux qu'elle a occupé au cours du temps.

I) Les différents lieux d'accueil et les représentations de la folie au cours de l'histoire, en occident.

1) L'Antiquité

A cette époque de l'histoire, nous ne retrouvons aucun lieu dédié spécifiquement aux soins, puisque ces derniers sont avant tout des lieux de culte. Des écrits égyptiens et grecs permettent de nous rendre compte de la présence de temples dédiés aux dieux guérisseurs ayant pour mission d'aider les malades (3) (4).

Les « fous » sont présents dans ces civilisations anciennes. Ils se trouvent donc, dans des temples à vocation médicale, pris en charge par des « prêtres-médecins ».

C'est le cas dans la civilisation babylonienne et de l'Egypte Ancienne, comme par exemple le temple de Memphis, qui est à la fois une école de médecine et un « hôpital » (4).

Dans ces temples très anciens, le traitement « magico-religieux » est le seul utilisé devant le fait que la folie n'a pas d'étiologie retrouvée et donc de thérapeutique spécifique (4).

La Grèce archaïque subit l'influence de la médecine égyptienne, et fonctionne ainsi sur le modèle « magico-religieux ». C'est la Grèce classique, sous l'influence des civilisations plus anciennes, qui, la première, a longuement réfléchi sur la folie, sur « la maladie de l'âme »(4).

Nous retrouvons dans l'Antiquité, un haut lieu de la médecine, à Epidaure, en un sanctuaire dédié à Asclépios, qui est un dieu guérisseur grec. Il est repris par les Romains sous le nom

Pour permettre de maintenir une bonne réputation du temple, il est possible de croire, que ceux dont le cas semblait sans espoir, n'étaient pas autorisés à y entrer (4).

Dans la mythologie et les poèmes de la Grèce ancienne, la folie y est présente et elle est le plus souvent explicitée par le fait d'un châtiment envoyé aux hommes en proie à la démesure (4).

Les lieux de soins ne sont pas spécifiques, et, à cette époque, le malade n'est pas enfermé dans une structure, coupé du monde et de ses activités habituelles. Il peut ainsi poursuivre et participer à des activités sportives et culturelles. C'est donc une période qui n'a pas d'hôpitaux, et, qui de plus, favorise la participation dans les soins d'autres activités, qui sont perçues comme bénéfiques et complémentaires (3) (4).

Il n'y a pas de distinction entre maladie du corps et maladie de l'esprit, ainsi chaque malade bénéficie d'une prise en charge identique. Les lieux pour les soins de la folie sont les mêmes que pour les autres maladies ; il n'y a pas de spécialisation d'un lieu de soin pour la folie.

Une autre période de l'Antiquité doit être décrite, qui est marquée par l'apparition d'une approche philosophique et plus scientifique : l'Antiquité Classique.

En Grèce, en effet, parallèlement au modèle «magico-religieux » qui continue de cheminer, la philosophie apparaît. Les philosophes voyagent, apprennent, et ainsi spéculent sur l'origine de l'univers (cosmologie), sur l'origine de l'Homme. Ils étudient la nature, l'organisation du corps et l'origine des maladies. La maladie de l'âme est au carrefour de deux prises de conscience : philosophique mais aussi médicale (4).

C'est Hippocrate (né environ en 460 avant Jésus-Christ, mort vers 377 avant JC) qui donne à la médecine ses lettres de noblesse, bien que l'on ait pratiqué avant lui cette discipline. Il a notamment écrit 76 traités médicaux rassemblant le savoir médical de l'Ecole de Cos. Il met l'accent sur le traitement et le pronostic de la maladie, en insistant sur l'étude de l'étiologie de cette dernière.

Dans la philosophie Hippocratique, la santé et la vie reposent sur l'équilibre des quatre humeurs qui sont le sang, la phlegme (pituite), la bile jaune et la bile noire (atrabile), respectivement situés dans le cœur, le cerveau, le foie et la rate. Ils correspondent également à quatre tempéraments : sanguin, lymphatique, colérique et atrabilaire. Ils sont rattachés aux quatre qualités : humide, froid, sec et chaud (4,6).

Ainsi, la maladie s'exprime par un déséquilibre de ces humeurs.

Les troubles mentaux intègrent le corpus hippocratique, on y retrouve la phrénitis ou frénésie (délire aigu fébrile), l'épilepsie, la manie (agitation sans fièvre), la mélancolie (trouble chronique sans agitation ni fièvre).

A cette époque, on se refuse à voir dans la folie des manifestations surnaturelles ou religieuses. Les maladies de l'âme ne sont pas séparées des maladies du corps ; toutes les maladies sont explicables par la physiologie et ont, comme traitement, des méthodes physiques (4). Pour Hippocrate, les maladies de l'âme sont liées au dysfonctionnement du cerveau : « *C'est par là que nous pensons, comprenons, voyons, entendons, que nous connaissons le laid et le beau, le mal et le bien [...]. C'est encore par-là que nous sommes fous, que nous délirons.* » (4).

Hippocrate remarque aussi l'importance de la relation médecin-malade, l'impact thérapeutique de la suggestion, et la nécessité de respecter une déontologie médicale. Partisan de l'organogénèse, Hippocrate pense que pour soigner la folie, il faut retrouver l'équilibre des humeurs, grâce à des saignées, des purgations, des bains, des régimes alimentaires, un respect de l'hygiène et l'usage de quelques plantes (Ellébore, séné, mandragore, jusquiame...) En conséquence, des médications du corps et de l'âme voient le jour (4).

Hippocrate a permis, que la folie devienne une maladie, mais a permis également de montrer, que l'âme, comme le corps, sont capables de souffrir. Cette reconnaissance engage la conscience médicale, puisqu'on y voit une atteinte organique, mais engage également la conscience philosophique, dans la mesure où l'âme est aussi concernée (4).

De plus, une considération sur le cadre dans lequel évolue le malade est également pris en compte dans les soins. Les facteurs environnementaux, comme le sol, l'eau, le climat, ainsi que le mode de vie, sont observés et vont être pris en compte dans le soin.

Sur un plan encore plus général, l'originalité de la pensée hippocratique repose sur un raisonnement qui amène à établir un lien nouveau dans l'histoire de la médecine : c'est la relation de cause à effet de l'environnement sur la santé. Hippocrate décrit très clairement les facteurs environnementaux dont il faut tenir compte : les vents, chauds ou froids, les nombreuses sortes d'eaux potables ou non, les climats des saisons, la région (3,7).

Platon, Socrate et Aristote, contemporains d'Hippocrate, reprennent ses théories et orientent leur réflexion vers une meilleure connaissance de l'homme. Inévitablement, la folie apparaît très vite comme l'expression d'un malaise entre l'individu et son milieu social. Il s'en suit des considérations sociologiques et politiques, portant sur l'organisation de la vie en société et sur la nécessaire prise en charge de la folie (4).

La folie a donc une dimension sociale, et la notion de soin qui s'en dégage implique la responsabilité de toute la communauté. Aristote défend l'idée que « *l'homme exclu, retiré de la cité, est un être dégradé qui ne peut être que malheureux* » (4).

Chez les Romains, la pratique de l'art médical et l'approche de la psychologie héritée des Grecs doivent s'accorder avec le christianisme naissant (4).

Nous assistons forcément au retour des explications mystiques et religieuses de la folie.

Celse, médecin et philosophe sous l'empereur Auguste et auteur du traité « *De Medica* », renoue avec la démonologie, le charlatanisme et développe des méthodes de traitement plus anti-maléfiques que curatives. Il recommande donc les jeûnes, les privations, les réprimandes, l'usage des chaînes, le fouet et l'isolement... (4).

Le groupe social, ne réagit pas devant un fou, surtout si ce dernier se montre désobligeant, agressif ou dangereux. La société voit alors, comme une nécessité pratique, l'utilisation des

liens, des chaînes, de l'isolement. Le sort est bien sûr différent, si le fou est entouré d'une famille ou au contraire s'il est esclave ou indigent. Dans ce dernier cas, le fou est chassé de la communauté et condamné à errer. Celse aura donc l'appui de la communauté (4).

Caelius, méthodiste comme Celse, n'est cependant pas du même avis que ce dernier. Il critique sévèrement la pratique d'assoiffer les fous, mais aussi le jeûne, les liens qui blessent, l'obscurité, les chaînes, ainsi que le sommeil prolongé ou les saignées, qu'il assimile, par certains points, à l'imitation du dressage de bêtes sauvages (4). Caelius recommande un traitement du corps par le balancement, ainsi que des voyages réputés pour changer les idées. Ce dernier évoque la nécessité de lieux spécifiques pour la prise en charge de certains troubles. Pour les maniaques par exemple, il préconise l'importance d'avoir un endroit tranquille, dont les murs ne sont pas ornés de peintures, et par sécurité, doivent être accueillis au rez-de-chaussée. Il propose, lorsque l'accès maniaque décline, de s'adonner à des promenades, des lectures simples et des conversations sans fatigue (4).

Le médecin Asclépiade, qui exerce à Rome, fonde une École qui s'oppose aux doctrines organiques d'Hippocrate. Il est persuadé que les maladies mentales ont souvent des causes affectives. Il prescrit des bains, des massages, du vin, de la musique, des chambres confortables et des traitements humains aux malades (4).

Nous pouvons donc évoquer que dans l'Antiquité, trois causes principales vont être retenues et se disputeront au cours des siècles, afin de fournir une explication à l'émergence de la folie. Premièrement, des causes *suraturelles, magiques ou religieuses* : avec les « prêtres-médecins » héritage des traditions culturelles, les idées de superstition, de possession, de maléfice hantent l'histoire de la folie et déterminent sa condamnation par l'Eglise. Deuxièmement, des causes *organiques* : avec les médecins qui démontrent qu'un déséquilibre des humeurs ou une maladie physique, peuvent entraîner la folie. C'est le point de départ des théories Hippocratique ou Galiénique.

Troisièmement, des causes *psychologiques* : avec les philosophes qui perçoivent la folie comme l'expression d'un conflit intérieur, créant un antagonisme entre l'âme et le corps mais aussi entre l'individu et la société (4).

Ainsi, la reconnaissance médicale de la folie, durant l'Antiquité, passe par la primauté des causes organiques. La folie est, pour presque tous les auteurs de cette période, une maladie comme les autres. Il n'y a pas lieu d'isoler la folie, qui a les mêmes causes que les maladies somatiques.

Mais comme nous l'avons souligné plus haut, peu à peu, se font jour d'autres explications qui, s'écartant du rationalisme, laissent la place à la psychologie et à d'autres méthodes de traitement que ce qui ressemble à de la torture. Pourtant, cette vision plus réaliste de la folie va très vite se teinter d'obscurantisme au cours du Moyen Âge, où on assiste au retour en force des explications surnaturelles (4).

Claude Quétel, rapporte donc que l'Antiquité a toujours soigné ses fous même lorsque, dans les temps archaïques, il ne s'agissait que de les mener dans un temple. Cependant, il nous dit que « la réponse médicale à la folie ne nous éclaire guère sur la réponse sociale » et les lieux qui accueillaient les fous (4).

En effet, il n'y avait pas de lieu d'hospitalisation spécifique pour apporter les soins nécessaires, « pas d'hôpitaux ni d'asile » (4). L'isolement d'un malade ne se faisait qu'à titre privé, au sein d'une famille, le plus souvent aisée. Pour les cas difficiles, pauvres troublant l'ordre public et pouvant être considérés comme dangereux, ils étaient enfermés, non pas pour les punir, mais pour les empêcher de nuire et en essayant d'envisager, tout de même, de les soigner. Ils n'étaient pas considérés comme des criminels. Et c'était donc dans les temples avec ces « prêtres-médecins » qu'étaient pris en charge « les fous » (4).

2) Le Moyen Âge chrétien (du Vème siècle au XVème siècle)

Cette période est marquée par le retour d'une idéologie du caractère magique de la maladie. En effet, la maladie est causée par un pêché et la guérison est possible grâce à la foi et non à la science. Une seconde idéologie marque cette période de l'histoire, qui est la nécessaire Charité et l'assistance (3,8).

Ainsi, au cours des cinq premiers siècles du Moyen Âge, la folie est considérée comme une possession diabolique, mais est tout de même acceptée par la communauté. Les fous ne sont pas enfermés, ni exclus. La notion de lien collectif reste présente et on s'occupe d'eux par charité chrétienne (4).

En effet, comme nous le rappelle Claude Quétel, la charité (caritas), qui signifie désirer, faire le bien d'autrui et l'assistance (infirmatas), dont l'étymologie du mot signifie « les faibles en général », sont deux valeurs centrales de la chrétienté médiévale (4).

Saint Thomas d'Aquin (1227-1274), qui fait intervenir la folie dans la construction au monde, écrit que « *la charité nous unie à Dieu par l'affectum, tandis que la miséricorde, suivie de l'assistance nous rend semblable à lui* » (4). La règle de Saint Benoît, vers 540 rappelle également qu'« *il faut avant tout se préoccuper de l'assistance aux infirmes, de manière à les servir exactement comme on servirait le Christ en personne.* » (4).

Le fou se retrouve dans la classe des « pauvres du Christ », parmi qui lesquels se trouvent également les pauvres, les mendiants, et sont ainsi considérés comme des « innocents », auquel le Christ a promis le Royaume des Cieux.

Le fou et les « innocents » sont en quelques sortes indispensables à la communauté car, grâce à eux, chacun peut faire œuvre de charité. Car en effet, prendre soin des « pauvres du Christ » signifie, prendre soin de toute la société. Les individus, qui exercent la Charité, se préparent à leur jugement personnel par leurs actes, notamment par le don de leur temps ou de leurs biens, et le groupe des pauvres accepte favorablement la charité du groupe social, qui prend soin d'eux.

De ce fait, les fous ne sont pas chassés hors de la cité, contrairement aux lépreux, qui en sont exclus. A cette époque, on les retrouve sur les parvis des églises avec les autres « innocents ». Ils n'ont pas le droit d'y rentrer mais peuvent recevoir les sacrements (4).

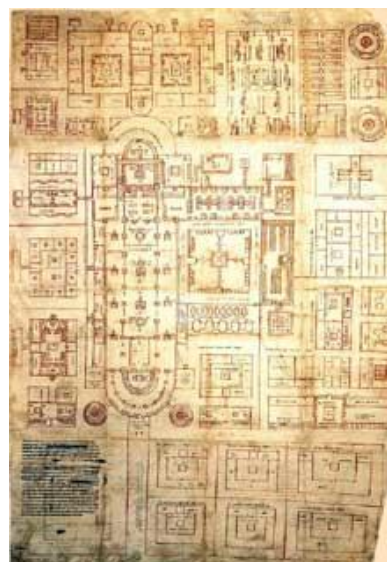
Dans cet esprit évangélique, prend naissance « l'hôpital », de son étymologie « hospitalis », maison où l'on reçoit des hôtes (4).

Le premier hôpital décrit est celui fondé en 374 par l'évêque Saint Basile, à Césarée en Cappadoce « *Quelle belle chose que la philanthropie, le dévouement, le soutien aux pauvres, et le secours à la faiblesse humaine ! Sors de la ville. Juste en dehors des murs, tu pourras admirer la ville nouvelle [...] où la maladie est subie avec la sérénité qui vient de la sagesse. Là-bas, le malheur est considéré comme une béatitude et la miséricorde est recherchée, mise à l'épreuve.* » (4,9).

C'est ainsi qu'au fil des siècles, ces hôpitaux vont se multiplier en même temps que les villes se développent.

L'hôpital du Moyen Âge est universel et indifférencié (3). En effet, la distinction entre malade, pauvre, pèlerin, n'est pas inscrite dans cette société et les malades se mêlent aux valides. Il n'y a donc pas de lieux spécifiques de soins. Ces lieux accueillent des indigents de toutes sortes, souvent errants et mendiants, or parmi eux se trouvent des fous. Les « hospitalia » s'édifient sous l'impulsion des évêques et se placent dans le périmètre urbain de l'évêché. Dans les suites du déclin des villes, ils vont se retrouver dans les paroisses extra-urbaines, le long des routes de pèlerinages, auprès des monastères et des sanctuaires importants (3).

Vers l'an mille, une distinction s'établit entre malades et non malades, et nous pouvons voir apparaître une certaine architecture plus spécifique « plus médicale », comme l'abbaye de Ourscamps, en Picardie ou encore de l'abbaye de Saint Gall, en Suisse, qui se composent d'une infirmerie, avec des dortoirs et une chambre pour les malades les plus graves avec la chambre du médecin avoisinante, une pharmacie, des salles de bains, le jardin botanique (3).



- (1) Abbaye de Notre-Dame, d'Ourscamps, Picardie- infirmerie façade antérieure, photo : Pierre-Louis Laget)
(2) Abbaye de Saint Gall, Suisse : plan de l'abbaye St Gallen, Stifts-Bibliothek, Ms. 1092

Un surpeuplement de ces lieux va marquer très rapidement l'histoire de ces hôpitaux. Et ainsi, une distinction va prendre naissance entre curables et incurables. En effet, les incurables y sont alors interdits d'accès, comme les infirmes, les paralytiques, les aveugles, les lépreux et les fous agités. Certains insensés peuvent y être, cependant, hospitalisés et nous trouvons dans les registres, des écrits mentionnant un certain nombre de dépenses réservées aux insensés (4).

Une spécialisation des locaux, pour l'accueil des insensés, s'esquisse à partir du début du XIV^e siècle. « *S'il y a des fous dans la ville, vous les accueillerez et rechercherez l'origine de leur folie pour y porter remède. Vous les mettrez seuls, de peur qu'ils fassent mal les uns aux autres* » (4,10).

Nous pouvons donc constater des amorces de lieux spécifiques pour la folie, qui prennent naissance, devant quelques particularités repérées des fous.

Dans la littérature, des textes expliquent qu' « *une maison pour les individus privés de raison* » est construite en Franconie en 1471 ; « *les fous seront gardés à l'abri jusqu'à ce qu'ils aient retrouvé la raison* », c'est ce que l'on retrouve dans les archives de l'hôpital Holy Trinity en Angleterre. Il est important, également, de souligner que le médecin n'a pas sa place dans l'hôpital à cette époque, puisque ce lieu n'est pas encore dévolu à apporter du soin (4).

Dans la société médiévale, dans un milieu majoritairement rural, une relative tolérance se manifeste pour les idiots, crétins et donc les insensés. Elle s'appuie sur l'Évangile mais aussi sur le fait que ces derniers peuvent accomplir des travaux saisonniers.

Ainsi, le fou doit être surveillé par sa famille, ou le cas échéant, par la communauté d'habitants où il vit. S'il est agité, la famille l'enferme temporairement ou continuellement dans un recoin de l'écurie, dans une loge sommairement aménagée sous l'escalier d'une grange ou dans une cabane (4). Lorsque la famille a un peu d'argent, elle le place dans une communauté religieuse : c'est ainsi que les abbayes cisterciennes s'en sont fait une spécialité (4).

Parfois, dans le cas des fous les plus dangereux, ceux-ci sont incarcérés dans les cachots de châteaux ou des prisons, ce qui reste exceptionnel et surtout pratiqué sur les derniers siècles du Moyen Âge (4).

Ainsi, on voit apparaître dans les grandes villes des « tours aux fous ». Claude Quétel, cite en France, la tour de Chatimoine à Caen, la porte Saint-Pierre à Lille, les tours du Rosendal et Lysel à Saint-Omer et le Châtelet de Melun. C. Quétel évoque qu'« A Armentières, à Lille, à Toulouse, les furieux sont confinés dans des cachots souterrains. A Lyon, c'est dans l'épaisseur des anciennes fondations d'un palais romain [...] qu'on a creusé des cellules. A Saumur, le fou devient troglodyte, cachots et salles communes sont taillés dans le roc, avec pour ornement une grosse pièce de bois transversale supportant les chaînes qui maintiennent les furieux à l'aide de ceinture de fer.» (11).

Des traitements cruels peuvent leur être infligés comme la contention, l'enfermement, le fouet. Nous retrouvons dans certaines descriptions que « Chaque jour on étend l'aliéné sur un banc, pieds et poings liés et on le fustige sur la chair nue à coup de fouet ; on le relève ensuite et on l'enferme tout sanglant dans une loge isolée, pour recommencer le lendemain. » (12).

Cependant, la folie, qui conserve son droit de cité, n'appelle pas un soin médical ; sa guérison passe par des exorcismes ou est abandonnée à l'intercession des Saints guérisseurs. Seul un Saint peut guérir le corps de ces innocents. On retrouve alors des traitements utilisés dans

l'Antiquité (4).

Les pèlerinages à visée thérapeutique, qui existe dans l'Antiquité, se multiplient considérablement, dans un contexte de profonde foi chrétienne au Moyen Âge. Les maux possèdent tous un Saint guérisseur. Beaucoup de saints sont reconnus pour guérir la folie. Ces pèlerinages sont peu coûteux et se font à l'échelle locale, régionale voire même internationale, où l'on vient prier des quatre coins de l'Europe (4).

Claude Quétel, cite le pèlerinage de Geel, dans la province d'Anvers en Belgique, qui « est consacré à la Sainte Dymphne, princesse irlandaise, du VIIe siècle, venue s'y réfugier, en essayant de fuir les assiduités de son propre père, [mais qui malheureusement] la retrouva et la fit décapiter. Des anges, ayant replacé sa tête avant la mise au tombeau, [firent de ce tombeau] un objet de vénération et de pèlerinage pour ceux ayant « perdu la tête » »(4). Le nombre de pèlerins ne cessant de croître, une vaste église s'est construite au XIIIe siècle et un corps de logis accolé, destiné à héberger les fous pèlerins. Ils sont si nombreux, qu'ils sont même logés chez l'habitant. Ainsi, Geel devient « la première colonie d'aliénés de l'Occident » (4).

Autour des lieux de pèlerinage se construisent des sanctuaires, pour abriter ou plutôt enfermer les fous, dans des « chambres des malades », qui sont des loges garnies de paille dans des bâtiments adossés aux églises. On retrouve également des représentations peintes par Bruegel, notamment « *Le pèlerinage à Molenbeek* », ville de Belgique. Les fous ne venaient pas seuls mais solidement accompagnés, ils étaient parfois portés sur des litières, des brancards. On menaçait les plus récalcitrants au fouet.



- (1) « Le pèlerinage et l'épileptique, à Molenbeek Saint-Jean », gravure d' Hondius, d'après dessin de Bruguel, palais Albertina Vienne. Bibliothèque royale Albert I^{er} à Bruxelles.
 (2) «The dance at Molenbeek», par Bruegel le jeune

Des guérisons pouvaient avoir lieu grâce à ces pèlerinages, la folie arrivant en troisième position derrière les affections neurologiques et la cécité (10).

La folie occupe l'espace social et n'en est pas exclue ; Claude Quétel décrit « des fêtes des fous », qui sont organisées, où les rôles sont inversés, et où est nommé dans la foule un « évêque des fous » et ainsi le fou y trouve sa place. « Ces rites d'inversions, dont le rituel est assez différent d'une province à l'autre, permettent un défolement collectif autorisant les plus grands débordements entre le 17 et 23 décembre. Le désordre de quelques jours garantit l'ordre le reste de l'année et la transgression reste cérémonielle et institutionnelle » (4).

Il décrit également « des fous à gages » (appelés au XVI^e siècle des bouffons) attachés aux cours royales (4). Il explicite en évoquant le fait que très tôt les princes s'entourent d'animaux familiers et d'êtres disgraciés comme les nains, les bossus mais aussi de fous, qui ont pour mission d'amuser le maître de céans et ses invités autour des longues tablées. Dans les premiers siècles du Moyen Âge, ils sont polyvalents (jongleur, pantomime, montreur d'animaux savants...), mais au XIII^e siècle cela devient une spécialité à part entière. Ainsi, ces postes de

« fou de cour » sont enviés, puisqu'ils donnent accès à certains privilèges (4).

Le phénomène d'exclusion des fous s'amorce à la fin du Moyen Âge, vers le XIIIe siècle. En effet, les « fous errants » et « sans aveu » (non reconnu par qui que ce soit), se joignent aux mendiants et ils sont bannis des villes par la communauté. La tendance est alors « à la tolérance zéro », les municipalités ne voulant pas s'encombrer de fous inconnus (4).

Il est alors tenté d'expliquer ces changements de vision sociétal, par le contexte historique. En effet, à cette époque la France mène une longue guerre avec l'Angleterre, ce qui appauvrit le pays. La famine, des intempéries importantes amènent l'éclosion d'épidémies. Cette période de crise entraîne un sentiment d'insécurité et donc des réactions de peur. L'Eglise et les seigneurs craignant pour leur pouvoir, s'unissent pour se défendre ; ne trouvant pas de solutions aux maux de leur société, ils cherchent des coupables (4).

C'est donc une toute autre ambiance, en ce qui concerne la vision de la folie. Effectivement, lors de ces siècles, la folie est bannie, elle est même condamnée, stigmatisée et rangée définitivement du côté du péché, de la faute, de la sorcellerie et du démon.

Les sorcières et les possédés sont alors identifiés. La chasse aux hérétiques et à certaines femmes hystériques va débiter. Ces dernières vont tenir le rôle de « possédés par le diable » et sont jugées par des tribunaux qui s'appuient sur un manuel « le manteau des maléfices », écrit en 1486 en Allemagne, par Heinrich Kramer et Jacob Spencer. Ce manuel évoque le fait que toute maladie inconnue est attribuée à la lubricité du démon : « *Quand on ne peut trouver aucun remède à une maladie, c'est que cette maladie est causée par le diable* ». C'est l'arrivée de la condamnation au bûcher (4).

Nous percevons que la folie, à la fin du Moyen Âge, est fortement pétrie de connotations négatives en relation avec la religion et les forces démoniaques. Le terme de « possédé » est

équivoque, il est synonyme à cette époque d'insensé. Des scènes édifiantes, où un possédé, chargé de chaînes et débraillé, expulse son démon par la bouche, sont présentes dans les iconographies de l'époque. Satan reprend place dans les croyances collectives et ainsi, partout en Europe des bûchers s'allument (13).



Maître d'Horres-Plampinet, Guérison d'un possédé, 1530 ca. Bardonecchia (Horres), Sant'Andrea.

Ainsi, le Moyen Âge est l'ère de la naissance et la diffusion des premiers hôpitaux pour les soins de maladies. Les lieux de pèlerinages vers des dieux pour la guérison de la folie sont le témoin que ces troubles peuvent bénéficier d'une prise en charge comme les autres maladies. Des hôpitaux vont progressivement se construire et sont rattachés à un lieu de culte. C'est également, l'apparition de lieux d'enfermement plus stricts pour les fous furieux.

3) La Renaissance (du XVème siècle début du XVIIème siècle)

La Renaissance est une période qui amorce le déclin du pouvoir de l'Eglise et qui voit l'émergence d'une certaine bourgeoisie, dans un contexte d'essor économique. Le déclin de la féodalité et du clergé font de la Renaissance une période de remise en question.

Ainsi, à cette période, c'est une nouvelle vision du monde qui voit le jour, avec l'apparition grandissante des idées philosophiques (4).

A la Renaissance, des humanistes comme Erasme, Montaigne, Rabelais, vont remettre en

question des doctrines rigides et ainsi mettre de la distance sur les idées de superstition et de possession du Moyen Âge. C'est donc l'apparition d'un courant humaniste.

Erasme dit, dans l'éloge de la folie (1511) que « *la folie fait partie de l'humanité* » mais aussi que « *plus l'homme a des coins de folie, plus il est heureux.* » (14).

Pascal va dans le même sens dans ses Pensées : « *Les hommes sont si nécessairement fous que ce serait être fou par un autre tour de folie de n'être pas fous* » (4).

Juan-Luis Vives (1492-1540) et Jean Wier (1515- 1588) s'insurgent contre la pratique du bâcher appliquée aux fous, qui fait son apogée à la Renaissance.

Vivès, dans « *De subventionem pauperum* » (1526), contribue à promouvoir les conceptions qui ont présidé à l'adoption de mesures d'assistance. En effet, il prône une organisation des secours gérée par les autorités urbaines. Il estime que la charité encourage les pauvres à ne pas chercher de travail. Il propose alors de limiter l'aide publique financière uniquement aux malades et aux handicapés, et de mettre au travail les inactifs en bonne santé, ou de les expulser de la cité (4,15).

Wier distingue « les « vrais » sorciers, qui pactisent volontairement avec le diable, et les mélancoliques, qui pactisent involontairement avec le diable : « *car le diable se mêle très volontiers avec l'humeur mélancolique, comme la trouvant apte et fort commode pour exécuter ses impostures [...]* » (4). Pour lui, démon et folie font deux et ne peuvent pas être confondus. (4). C'est alors que prend naissance un nouveau courant de pensée remettant l'homme au centre de sa propre vie.

La Littérature et les Arts sont ainsi marqués, à cette époque, par l'imaginaire, les rêveries, les songes, les délires. Shakespeare évoque le « Roi Lear à la folie douce et douloureuse » et Cervantès écrit « Don Quichotte », qui est un homme qui se bat contre les moulins à vent (4).



Le Roi Lear et le Fou dans la tempête (1851), William Dyce, rédigée entre 1603 et 1606 par William Shakespeare. Le Roi Lear et son Fou pris dans la Tempête », acte III, scène II : selon Yves Bonnefoy.

Cependant cette période, malgré cet esprit propice à la remise en question, n'arrive pas à chasser complètement les explications démoniaques de la folie.

C'est ainsi, à la Renaissance que la chasse aux sorcières et la mise sur le bûcher ont connu leur apogée. De plus, l'urbanisation tend à s'accélérer, le fou est de plus en plus exclu : c'est l'origine de leur vagabondage et de leur marginalisation, comme les mendiants et les auteurs de délits et de crimes. C'est donc l'image de « *la Nef des fous* » (4).

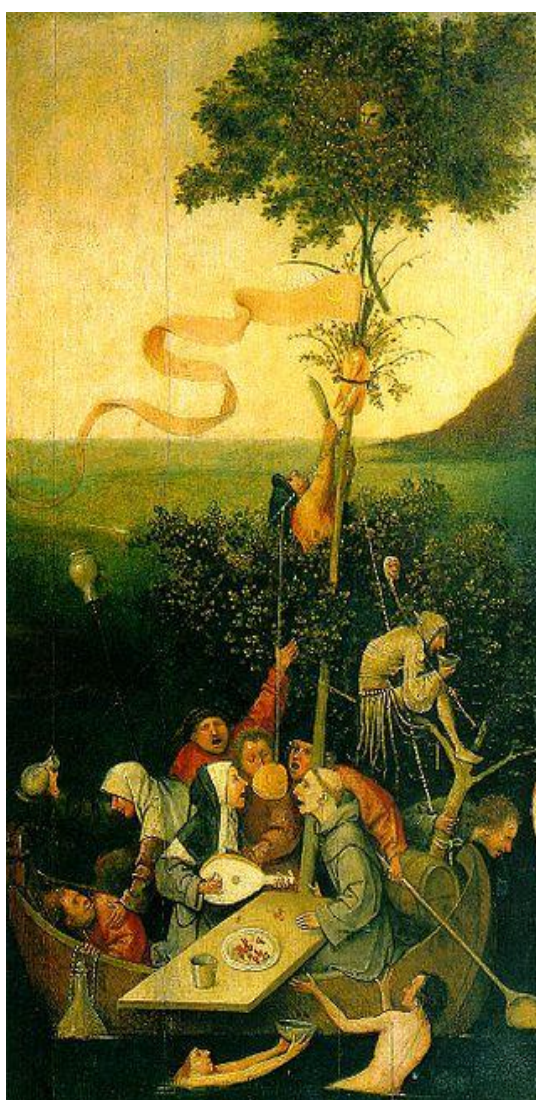
L'histoire des Nefs des fous, est racontée par Sébastien Brant qui a écrit cent douze chapitres en vers allemands, dans « *Le jour du carnaval de Bâle* » en 1494, en décrivant toutes les variétés de folie et déviances (4). Brant constate que les Saintes écritures ne corrigent plus les humains de leurs vices, il entreprend alors de dresser un catalogue satirique de ces dernières. « *Le monde est fou et court à sa perte* » (16,17).

Les Nefs des fous, décrites par Brant ont été représentées par le peintre Jérôme Bosch dans de nombreux tableaux. Ces nefes se remplissent, à chaque ville, de mendiants, d'alcooliques et de fous, dont les échevins se débarrassent moyennant échanges. Tous les thèmes sont évoqués : vanité des sciences, présence de Satan, perversion du monde, errance aveugle dans la vie ; ces thèmes dépassent de beaucoup la simple description des vices humains.

Les nefes ne sont pas que des objets imaginaires sortis de l'esprit d'artistes inspirés. Elles ont

réellement existé et de vrais bateliers sont priés d'emmener les fous sur les canaux, surtout au nord de la France, en Allemagne et en Flandres (4,17).

Cela permet aux cités d'éloigner hors des villes les plus fous et surtout les fous étrangers ; mais on y voit aussi une sorte de thérapeutique : les insensés en partance sur leurs embarcations fragiles vont souvent dans des villes de pèlerinage (Gheel, Besançon...). L'exil n'est pas définitif, les bateaux vont et viennent et donc reviennent à leur point de départ. Et les miracles des pèlerinages ou la vie sur les nef s'opèrent parfois des guérisons...



« La nef des fous » Jérôme Bosch vers 1550, Huile sur panneau Musée du Louvre, Paris

Pour les médecins de l'époque, les maux des insensés ont toujours le corps comme origine à travers le déséquilibre des humeurs et le « vice du cerveau » : c'est le cas de la léthargie, de la frénésie, de la manie ou de la mélancolie (4).

Le modèle hospitalier qui commence à se mettre en place, est celui qui conçoit une salle de malade au côté d'une chapelle. Nous retrouvons également un changement en ce qui concerne l'emplacement et la localisation des hôpitaux (3).

En effet, auparavant leur emplacement se situait le long des routes et chemins de pèlerinage. Dorénavant, les lieux d'accueil vont se situer au sein des villes. De plus, il va être réfléchi à la composante environnementale, puisqu'ils vont être situés proches d'un cours d'eau pour des raisons d'évacuation des déchets et de salubrité. Ces préceptes environnementaux sont précurseurs de l'hygiène. Les sujets accueillis seront également différents, ce ne seront plus les passants et les pèlerins, mais plutôt les personnes réduites à la mendicité et les travailleurs blessés (3).



- (1) Paris, Hôtel Dieux, livre de la vie active, accueil d'un patient (1482-1483) Jehan HENRY
- (2) Paris, Hôtel Dieux, livre de vie active, salle des malades (1482-1483) Jehan HENRY ; Les malades et les religieuses. Ce document avait pour missions d'édifier les jeunes religieuses sur les vertus cardinales qu'elles devaient pratiquer : prudence, tempérance, force et justice.

C'est le cas des Hospices de Beaune construit en 1443, par le Chancelier du Duc Nicolas Rolin. Beaune est choisie pour son important taux de passage et de par son absence de grande fondation religieuse.

Le 1er janvier 1452, ce « palais pour les pôvres malades » accueille ses premiers patients : vieillards, infirmes, orphelins, malades, parturientes, indigents, fréquentant l'institution gratuitement. En 1459, Nicolas Rolin obtient la création de l'ordre des Sœurs Hospitalières de Beaune dont la règle associe vie monastique et soins aux pauvres et aux malades. L'organisation est composée d'une grande salle des pauvres rectangulaire et attenante à la chapelle pour combiner soins et offices (3) (18).



Hôtel-Dieu de Beaune - Hospices de Beaune – cour d'honneur Stefano Neis, SCVIEW & Sons Antique Images, SOUTH CAROLINA, US

Il est important de souligner que quelques hospices s'orientent vers une prise en charge de la folie. Ainsi, celui de Bethleem, à Londres, en Angleterre, qui devient Bedlam en 1547, est fondé comme établissement réservé aux insensés (4). L'ordre de Saint Jean-de-Dieu (1495-1550) mérite d'être cité pour son œuvre hospitalière, et donne ainsi naissance aux hospices de la Charité à Charenton, Senlis, Lyon, Marquette-lez-Lille...il est considéré comme le saint-patron des hôpitaux psychiatriques (4).

La Renaissance est donc plutôt une période de réexamen de la folie. Elle suscite beaucoup de choses, puisqu'on parle d'elle, on écrit sur elle, on en fait des peinture pour tenter de la représenter, en lui reconnaissant même une part créatrice dans l'art.

Cette période n'est cependant pas simple pour les fous, car, effectivement, c'est l'époque de l'apogée des punitions par le bûcher, de ces derniers. Elle n'est, cependant, pas

systématiquement signe de transgression, et elle est parfois même considérée comme faisant partie de l'être humain. C'est une période qui apporte une nouvelle représentation de la folie. Des lieux et des prises en charge spécifiques commencent à être réfléchis.

4) La folie au XVIIème siècle et au XVIIIème siècle

Cette période fait suite au Moyen Âge qui a condamné la folie à n'être que la représentation des pêchés du monde, ainsi que la Renaissance, qui malgré les premières pensées humanistes, a conservé une pensée médicale empreinte d'un lourd héritage du passé.

Cette époque est marquée par une mutation du regard de la société, qui va enfermer toutes les personnes qui portent atteinte à l'image idéale de la ville.

Ainsi, comme les mendiants, les vagabonds, les infirmes, les fous sont enfermés dans des établissements clos, parfois loin des centres villes, dans les mêmes bâtiments qui avaient abrité quelques siècles plus tôt les lépreux. En effet, l'ensemble de ces sous-populations sont soupçonnées de contaminer, de répandre le mal. La folie est alors perçue comme contagieuse. Cette période est décrite par Michel Foucault dans « l'histoire de la folie à l'Âge Classique », et qu'il nomme « Le grand renfermement » (4,16).

a) Les Hôpitaux Généraux et Hôtels Dieu

C'est en effet, sur l'initiative de Louis XIV et par l'édiction du décret royal de 1656, que des Hôpitaux Généraux sont créés pour y enfermer toutes les personnes présentant des comportements socialement dérangeants, de toutes origines confondues. Cette politique est avant tout l'expression d'une volonté d'ordre public et de redressement moral, sans réelle considération médicale (19).

Pour pallier cette crainte, ceux qui enferment vont peu à peu se tourner vers les médecins. Ainsi, l'église catholique, qui connaît un grand renouveau au XVIIe siècle, va progressivement demander à la médecine de déclarer folles, ces personnes qu'elle aurait autrefois condamnées au bûcher.

L'église perd donc un pouvoir en admettant que le médecin est plus compétent dans la folie que le prêtre. La folie fait désormais partie de l'ordre médical.

La charité est perçue comme moins nécessaire au Salut. L'assistance va se laïciser et le pouvoir religieux va suivre les vues royales et bourgeoises, en contrôlant la pauvreté par le recensement et l'internement (4). Le pauvre ne renvoie plus à l'image du Christ souffrant mais celle d'un mauvais sujet préférant la mendicité et le non travail (3).

Le rôle du médecin s'affirme de plus en plus, notamment dans la législation. Le décret du 27 mars 1790 stipule que celui-ci est le seul juge de la folie (4).

L'ordre judiciaire introduit une différenciation qui s'opère entre délinquants et insensés. Les deux amènent une réponse d'enfermement mais se fera dans des lieux différents ; pour les premiers en prison et pour les deuxièmes en Hôpital Général (4).

Cette distinction de lieux n'est pas si simple en pratique, car les erreurs de jugement sont fréquentes. Cela démontre cependant l'envie de renforcer l'identité propre de la folie en lui dédiant un lieu spécifique (4).

C'est donc en ce contexte, au milieu du XVIII^e siècle, que prend naissance l'Hôpital Général, ancêtre à la fois de l'hospice et de l'asile d'aliénés. Ce n'est ni un lieu de soin, ni une prison au sens où nous l'entendons aujourd'hui. La transgression morale est le seul point commun des sujets qui sont enfermés. Ce lieu sert d'accueil, de contrôle et de maintien de force des errants et des mendiants. En effet, le statut social des errants, mendiants change. De plus, les pèlerinages ne sont plus autorisés. L'opinion publique est satisfaite par cette démarche pouvant être qualifiée de « *sécuritaire* ». Cet enfermement permet à ceux qui gouvernent d'éviter les rebellions, et de remettre au travail une population oisive (4).

On peut donc percevoir, comme le souligne Claude Quétel, qu'une dualité entre charité et répression prend forme. C'est dans la catégorie des errants, que les insensés et les épileptiques vont figurer, et ils vont ainsi comme les chômeurs, les prêcheurs, aveugles,

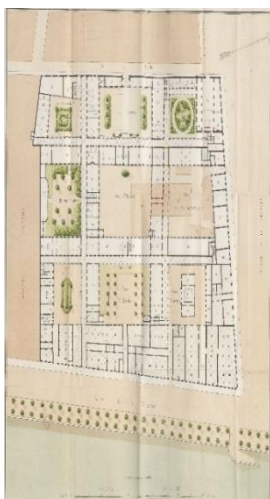
galeux, immigrants figurer parmi ceux à enfermer (4).

La seule issue pour ces personnes stigmatisées, est d'être soignée par leurs familles. En effet, on reproche aux errants et mendiants, entre autres, d'apporter la peste ou la syphilis, de commettre des délits, de participer aux révoltes mais surtout de vivre sans religion et d'être des inutiles, des fainéants. Une nouvelle image de ces pauvres prend naissance à cette période, dans la société. Une négativation de la figure du pauvre s'installe progressivement, ce qui s'oppose à la pratique de l'aumône autorisée auparavant (4).

C'est ainsi qu'à travers toute l'Europe s'organise une prise en charge des indigents par les autorités publiques. Une organisation nouvelle de type hospitalière va se mettre en place, notamment devant la multiplication des édits royaux ou municipaux interdisant la mendicité. C'est donc, dans cette dynamique que les villes les plus importantes se dotent d'un Hôpital Général dans la première moitié du XVII^e siècle (4).

C'est à Lyon, en 1614, que se construit le premier Hôpital Général, sous le nom de « Charité », où l'enfermement est bien réel, avec la présence d'un travail obligatoire (dévidage de soie) et régime strict (punitions corporelles et cachot) (4).

C'est donc des maisons destinées à enfermer mendiants et vagabonds.



- (1) Plan de l'hôpital Général, la charité à Lyon Augustin-Pierre-Isidore de Polinière (1790-1856) — Bibliothèque nationale de France
(2) Cour d'entrée de l'hôpital de la Charité à Lyon- inconnu carte postale ancienne.

Puis, ce sont d'autres grandes villes de province qui vont s'inspirer de l'exemple lyonnais : Orléans en 1642, Marseille en 1643, Toulouse en 1647, Angoulême 1650, Tours en 1656,

Blois en 1657, Riom en 1658, Limoges en 1660.

Pour la capitale, l'Hôpital Général est institué par l'édit d'avril 1656, avec l'hôpital distinct pour les hommes (Bicêtre), les femmes et filles (La Salpêtrière) et les garçons (La Pitié) (15).

Cet édit de 1656 souligne le fait que l'Hôpital Général n'est pas un lieu de soins.

Ainsi, les pensionnaires ayant besoin de soins sont transférés à l'Hôtel Dieu, le temps de leur prise en charge médicale et de leur traitement. Les insensés ne sont pas mentionnés dans cet édit royal car ils sont considérés comme des malades et, que, comme souligné précédemment, l'Hôpital Général n'est pas un lieu de soins (4).

Ils ne sont pas, de ce fait, visés directement par l'enfermement. Cependant, comme au Moyen Âge, ils n'ont pas de réelle place dans la société et peu de villes ont su apporter une solution pour accueillir ces malades différents des autres. Ils se retrouvent donc dans ces lieux d'exclusion (4).

Le pouvoir royal décide ensuite d'étendre l'institution à toutes les villes du royaume par la déclaration du 14 juin 1662 (15).

Rapidement, il est envisagé d'isoler les insensés des autres pensionnaires ; cependant, ce n'est pas pour leur apporter des soins, ni de meilleures conditions d'accueil, mais surtout pour améliorer les cohabitations, puisqu'effectivement l'adaptation pour eux n'était pas simple. C'est donc par son comportement asocial, que l'insensé a pu être identifié parmi les pauvres et les délinquants (4).

Ainsi, en 1660, un arrêt du parlement de Paris décide de créer des quartiers réservés aux insensés à l'intérieur des lieux d'internement. Des initiatives de création de lieux spécifiques voient le jour, comme à Saint-Omer, en 1611, où ont été créés, indépendamment de l'Hôtel Dieu, quelques locaux, « *pour loger et accommoder les débiles d'entendement.* » (4).

Nous pouvons également noter, à Paris, l'hôpital de Saint-Germain, désigné par le nom de Petites-Maisons, qui dès le début du XVII^e siècle, accueille des fous. Cela est d'ailleurs mentionné dans le journal de Jean Héroard en avril 1610 (4). Il peut être rapporté qu'à la

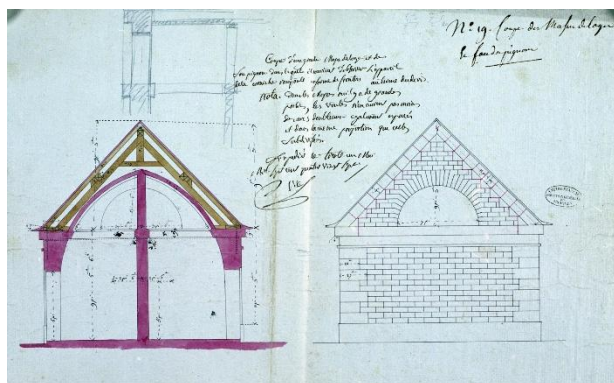
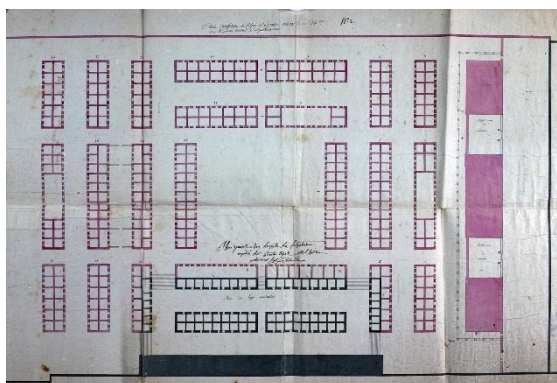
différence de l'Hôpital Général, une dimension médicale existe dans cet établissement de Saint-Germain auquel sont rattachés un médecin et un chirurgien. Les fous sont alors logés séparément : « *On renferme les fous dans de petites chambres à rez-de-chaussée. Ceux qui sont dociles ont la liberté des cours.* » Les insensés ne représentent que 10% de la population de cet établissement. Cependant les Petites-Maisons deviennent rapidement synonymes d'asile de fous, sous l'ancien Régime (4).

A la Salpêtrière, lieu d'accueil des femmes et des enfants en bas âge, nous pouvons lire dans une notice de 1676, que nous rapporte C.Quétel, que c'est une véritable :

« *addition de ratons laveurs [...] de quelques âges qu'elles soient, et quelques infirmités qu'elles aient, comme insensées, paralytiques, épileptiques, aveugles, estropiées, caduques, et en âge décrépit, écrouellées ; et toutes les autres affligées de maladies incurables.* » (4,20).

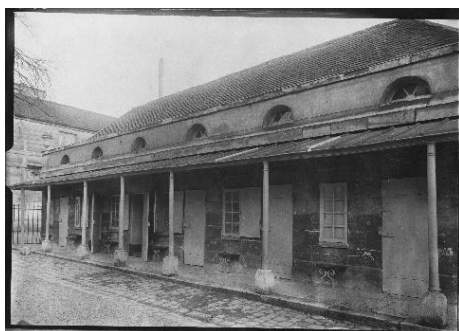
Ainsi, les insensés appartiennent à une catégorie d'infirmités comme les autres, qui dès l'ouverture de la Salpêtrière, a fait partie des résidentes, isolées dans un local, séparée des autres catégories. Un vrai « *quartier des folles* » existe à la fin du XVIIIe siècle, qui a vu s'agrandir le nombre d'accueil de ces folles. En 1769, on compte à la Salpêtrière, 700 folles sur 7 800 femmes et enfants, c'est à cette époque le plus haut niveau de population de cet établissement. Dès 1760, sont édifiées en rez-de-chaussée, les premières loges individuelles, où sont enfermées les agitées, tandis que les « imbéciles » et les épileptiques restent dans les anciens dortoirs (4).

Le médical est absent de la Salpêtrière. Même si la folie est considérée comme une maladie, nul ne songeait cependant à soigner une maladie considérée comme incurable, si elle n'avait pas été traitée à son commencement.



- (1) Paris, Hospice Salpêtrière, loges des insensés ; projet d'extension, 1787 (Viel-Colombier)
- (2) Paris, hospice de la Salpêtrière, loges des insensés

A Bicêtre, qui n'accueille alors que les hommes, les conditions de vie à cette même époque, sont très pénibles. Devant la dangerosité plus grande des hommes, des pratiques brutales de gardiennage sont exercées. Les fous résident dans des loges d'à peine 2 mètres carrés, souvent en sous-sol, sans chauffage et sans air, entravés de cordes voire de chaînes, au moindre signe de fureur, couchés dans des auges de pierre scellées dans le mur et garnies de paille de seigle rarement renouvelée et plus rarement encore complétée de couvertures. Pour les insensés déchirants souvent leurs habits, il ne leur est distribué que des vêtements déjà usés par les prisonniers. Rares sont ceux qui peuvent se promener dans les cours, et nombreux sont ceux qui partagent leur loge à deux. La couverture médicale est précaire et pas plus qu'à la Salpêtrière, les fous n'ont pas de traitement spécifique (21).



- (1) Hospice de la Salpêtrière, loges des folles, aux archives de l'assistance Paris
- (2) Kremlin-Bicêtre, hospice, quartier d'aliénés (image Laget, Pierre Louis)

En province, les Hôpitaux Généraux ne suivent pas le même rythme que celui de Paris, ainsi l'internement des insensés est loin d'être une évidence. Les administrateurs refusent souvent de les accueillir en faisant valoir les différents édits d'enfermement, ne les mentionnant pas.

A Lisieux, par exemple, ils vont être mis en prison pour les obliger par la suite à quitter cette ville. Quant à Bayeux, les insensés restent en liberté tout en recevant un pain par jour de l'Hôpital Général. A Clermont-Ferrand, qui possède des locaux suffisants, la gestion des fous est confiée à un « geôlier », qui ne les enferme normalement que la nuit, et assure la propreté des cours et des loges, en renouvelant notamment la paille des couches, leur apporte les repas et les traite « *autant qu'il sera possible en douceur et humanité* ». Les folles quant à elles, sont confiées à une sœur (4).

D'autres bâtiments, autres que les Hôpitaux Généraux, voient le jour, et vont progressivement devenir des lieux d'accueil des insensés comme par exemple certains Hôtels Dieux. En effet, aucun lieu spécifique ne leur est dédié (22).

Ainsi, à Lyon, une articulation entre Hôtel Dieu et Hôpital Général est mise en place. Les insensés sont, en première intention, dirigés vers l'Hôtel-Dieu, afin de les soigner pour un temps relativement court, comme toute autre pathologie (4).

Les chambres d'insensés de l'Hôtel-Dieu de Lyon, sont « des chambres basses », le long du Rhône. Une quarantaine de chambres sont affectées à leur usage au XVIII^e siècle. Cependant, les insensés incurables se voient refuser tout séjour à l'Hôtel-Dieu car, comme nous l'avons souligné plus haut, il s'agit d'un lieu de soins. C'est donc à l'Hôpital Général que les incurables sont admis. Les furieux sont dans une annexe de l'Hôpital Général de Lyon, prénommé « Le Bicêtre. » (4).

L'Hôtel-Dieu de Paris réserve au début du XVIII^e siècle deux salles, une pour chaque sexe, où sont pratiqués des traitements médicaux fort réputés, mais dont la capacité reste assez modeste : une trentaine de places pour les hommes, une centaine pour les femmes, pour une région très étendue.

Des maisons religieuses spécialisées accueillent également les insensés, comme la maison de la Charité de Charenton qui accueille des insensés à partir de 1670, sous l'impulsion des frères de Saint-Jean de Dieu. Des maisons de santé privées prennent naissance également à

la fin du XVIII^e siècle (22).

Vers 1780, il n'y a que six établissements publics spécialisés ou ayant des salles pour le traitement des insensés (Hôtel-Dieu de Paris et de Lyon, l'Hôpital Général de Rouen, l'hôpital de la Trinité d'Aix, la maison de la Miséricorde d'Avignon, Mareville en Lorraine et la Maison de Saint-Lazare à Marseille) (22,23).

Les soins sont quasiment inexistantes à l'exception de certaines méthodes énergiques comme des douches froides, des saignées, des purges, des bains. Ces traitements, même s'ils peuvent parfois être mis en œuvre à domicile, notamment dans les milieux aisés, nécessitent souvent l'admission dans un établissement (4).

b) Les maisons de force et dépôts de mendicité

A ces lieux, qui finalement n'accueillent qu'un pourcentage faible d'insensés (entre 5% et 10% maximum à Paris), il faut trouver des alternatives à l'enfermement. Des maisons de force font leur apparition dans « le secteur privé ». Dans le « secteur public » ce sont des dépôts de mendicité qui voient le jour. Ce sont donc plutôt dans ces deux lieux que l'on trouve, tout au long de l'Ancien de Régime, les insensés (4).

Les maisons de forces, aussi appelées maisons de correction, sont, à l'origine, dédiées aux fonctions correctionnaires et non à la folie. Par défaut de lieux spécialisés, des demandes de placement pour les insensés vont se faire. Des conjonctions de locaux vont voir le jour, entre correctionnaires et fous. C'est par exemple, le cas en 1777, à la prison de Pau, où trois loges ont été construites [trois cachots au fond du jardin] « *pour contenir les fols* » (4).

Au cours du XVIII^e siècle, le royaume, qui ne possède qu'une quarantaine de prisons d'Etat, va progressivement imposer la conversion d'établissements de communautés religieuses en maison de force, devant l'échec de l'Hôpital Général et la multiplication des demandes de lettres de cachet (4).

C'est ce que nous retrouvons expliciter ainsi : « Il n'y eut, jusqu'à la seconde moitié du XVIIIe siècle, de maisons de force que les prisons d'État : ces forteresses militaires assuraient la défense de la nation (sur les frontières) ou de la ville (la Bastille et Vincennes à Paris) contre l'ennemi extérieur, mais aussi contre l'ennemi intérieur (espions, traîtres, prisonniers politiques et prisonniers d'opinion) qui y était enfermé par lettre de cachet. À partir du règne de Louis XIV, les maisons de force se multiplièrent, beaucoup d'entre elles étant gérées par un ordre religieux. Elles accueillaient, moyennant un prix de pension versé par la famille ou l'État, les délinquants objets d'une lettre de cachet ou d'une mesure de correction paternelle, mais aussi les fous, les défigurés, et bien d'autres catégories de misère. » (24).

Ainsi, la fin du XVIIIe siècle, le royaume compte près de 500 maisons de force, dont plus de deux tiers sont des communautés religieuses. C'est donc tout un réseau qui se constitue, avec ces lieux désignés, où règnent la charité et la moralité. Bien qu'ils soient payants, un grand accueil est offert aux insensés (4).

Les frères de la Charité, de la congrégation Saint-Jean-de-Dieu, vont progressivement se spécialiser dans l'accueil des insensés et possèdent une dizaine de maisons de force, accueillant 40% des insensés du royaume. D'autres lieux comme des fermes, des communautés non religieuses et l'Hôpital Général accueillent les insensés (4).

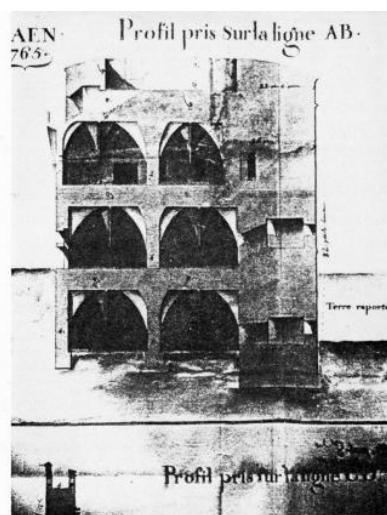
La tour de Chatimoine, à Caen, est un autre exemple de lieu, où se trouvent les fous. Cette tour fait partie des anciennes fortifications de Caen, construites au XVe siècle. Elle est haute de 30 mètres, avec trois niveaux et des murs de 7 mètres d'épaisseur, les chambres sont trapézoïdales pour loger les pièces d'artillerie nouvelle. La tour qui à l'origine servait pour un usage militaire, sert progressivement à l'enfermement et l'emprisonnement. Au XVIe siècle, elle enferme les prisonniers de guerre, tandis que l'Hôtel-Dieu loge les fous dans une tour voisine, la tour Machart (25).

Au XVIIe siècle, cette tour acquiert le monopole de l'accueil des insensés, que l'Hôtel-Dieu ne veut pas. Au XVIIIe siècle, elle se nomme « *la tour aux fous* » et voit les internements se multiplier. En 1720, un concierge est nommé. Les pensions que les familles vont verser pour l'accueil d'un de leur proche, sont très basses, devant une insalubrité et un « confort » plus

que minime. Progressivement, les familles vont se plaindre des conditions d'internement, accusant le concierge de laisser les insensés « manquer de tout »(4). Des rapports officiels, établis en 1785 par l'inspecteur général des hôpitaux, nous permet de connaître les conditions d'enfermement :

« Dans les étages, les fous sont enfermés dans une espèce de cage, que les rapports comparent « aux cabanes roulantes des bergers qui gardent la nuit les moutons en pleine campagne, n'ayant pour tout, pour l'entretien de leur vie, qu'une ouverture semblable à celle pratiquée dans les cachots souterrains » (26).

« Où l'on descend à vingt-cinq ou trente pieds de profondeur ; là on trouve une cave voûtée qui ne reçoit le jour et l'air que par trois ou quatre lucarnes infiniment étroites, de manière qu'en plein jour on ne peut y voir sans flambeau. Ce lieu est tellement humide que plusieurs fois dans l'année il est inondé, au point que l'on est obligé d'y pomper l'eau, et qu'une pauvre femme déposée à la Tour pour dix jours, en attendant son entrée au Couvent, et qu'on y oublie pendant deux mois, y languit les jambes à l'eau avec les reptiles les plus immondes. Dans l'épaisseur des murs de cette cave sont creusées quatre ou cinq cavités, dans lesquelles on place des prisonniers qui sont véritablement scellés dans le mur, puisque, une fois établis dans ces lieux, la porte par laquelle ils y sont entrés ne s'ouvre plus, et qu'elle est assurée dans le mur au moyen de fers qui y sont scellés. Quand on voulut en faire sortir un malheureux qui y était détenu depuis vingt ans, la porte n'avait été ouverte depuis si longtemps, nous dit-on qu'il a fallu abattre la serrure et les barres. Au milieu de cette porte est une ouverture carrée, d'environ un pied, par laquelle le prisonnier respire, reçoit ses aliments et rejette ses excréments. Genre de cachot inouï et le plus barbare qu'on puisse concevoir! » (26).



PLAN n° 3. — Coupe de la Tour Chatimoinne à la fin du XVIII^e siècle

Image Claude Quétel, « Un archétype de l'horreur carcérale : La Tour Chatimoinne », *Hors-série des Annales de Normandie*, 1982, vol. 1, n° 2,

Le mode d'entrée dans ces maisons de force, est bien différent, à l'Hôpital Général, puisque se sont les familles qui doivent faire une demande circonstanciée de placement, assortie d'un engagement à payer une pension (4). L'instrument légal de placement dans ces maisons de force est la lettre de cachet (25).

Les lettres de cachet sont d'abord réservées aux seules initiatives du roi, de plus en plus utilisées sous le règne de Louis XIV. Elles vont connaître un essor d'utilisation tout au long du XVIII^e siècle, puisque les initiatives de demandes vont s'élargir. Ainsi, le lieutenant général de police, les intendants des provinces, vont pouvoir solliciter Versailles, qui reste seul à donner l'accord. Il faut noter que derrière ces pouvoirs, c'est la famille qui est demandeuse d'enfermement dans 90% des cas (4).

Ce sont des insensés non indigents et non errants, qui sont majoritaires, et qui vont se trouver dans ces maisons de force. Nous retrouvons alors des insensés connus et stabilisés de longue date qui soudainement se voient en rupture de lien avec l'extérieur et qui intègrent ces lieux. Il y a aussi les fous violents, ainsi que ceux que l'on juge potentiellement violents et les fous agités et perturbateurs de l'ordre public (4).

La vie quotidienne varie en fonction de l'apport financier de la famille. Les calmes peuvent bénéficier en liberté des préaux, des cours, et rejoignent leur chambre au moment des repas et du coucher. Les agités, quant à eux, sont isolés et subissent la contention, quasiment de

manière permanente. D'autres moyens de punition peuvent être parfois utilisés. La poursuite de l'internement est souvent débattue lorsque cette dernière n'est plus justifiée ; la sortie de ce lieu est alors possible, avec un travail élaboré en concertation avec la famille. Des évasions sont également à noter, mais beaucoup moindre que chez les correctionnaires. Des transferts peuvent également être faits entre établissements (4).

Les dépôts de mendicité apparaissent à la fin du règne de Louis XV, dans une société qui opère encore plus l'exclusion que celle du XVIIIe siècle. Les errants, vagabonds, mendiants sont très mal vus. La notion de charité s'estompe. Une nouvelle ségrégation voit le jour : des lieux distincts doivent se construire pour l'enfermement des errants et les mendiants. Ainsi, la volonté est de pouvoir enfermer les mendiants valides afin de les « rééduquer » et les faire sortir de leur vagabondage (4).

Ceci est exprimé dans l'arrêt du Conseil d'Etat du roi, d'octobre 1767, prenant acte que « *dans la plupart des provinces, les hôpitaux [Généraux], ne sont pas suffisamment rentés et qu'ils n'ont pas de lieux de force assez sûrs* ». Cela nécessite de créer, « *des maisons suffisamment fermées pour y retenir les vagabonds et gens sans aveu, condamnés à être renfermés* » (4).

Une nouvelle fois, les insensés ne sont pas mentionnés, mais il existe une envie de retrouver dans chaque province « *un Hôpital Général qui sera en même temps maison de force, lequel sera destiné à recevoir les pauvres invalides qui n'auront aucun autre asile, les Insensés et ceux qui auront été condamnés par jugement à être renfermés.* »(4).



- (1) *Château François 1er de Villers-Cotterêts, transformé en dépôt de mendicité pour le département de la Seine.* (fonds iconographique Y des Archives de la Préfecture de Police de Paris, carton V.) Par Jacky Tronel
- (2) *L'un des dortoirs du dépôt de mendicité de Villers-Cotterêts.* (fonds iconographique Y des Archives de la Préfecture de Police de Paris, carton V.) Par Jacky Tronel

Ainsi tout le royaume doit s'exécuter et voit les dépôts de mendicité constituer un nouveau maillon essentiel dans la chaîne de l'enfermement : ce sont des maisons de force « civiles » [et non privées] et « bas de gamme » dans les mains de l'administration royale, pour enfermer surtout les mendiants valides. C'est alors la période « des captures » pour l'entrée dans un dépôt de mendicité. Des insensés y sont donc amenés malgré tout. Dès le départ, ils sont isolés dans des quartiers spécifiques (4).

A Caen, le dépôt de mendicité, le Beaulieu, naît en mars 1768, sur l'emplacement de l'ancienne maladrerie. Une chapelle ruinée subsiste, qui par sa nef fournit le gros œuvre de deux salles superposées. Le chœur est conservé pour la messe, que les futurs enfermés pourront « entendre sans sortir de leur chambre » (4).

Ce lieu a deux missions, la première de servir de prison pour les mendiants et les vagabonds et le second, « *de contenir les fous, les libertins, les mauvais sujets que les familles ont intérêt à enfermer pour ne pas être déshonorées* ». Les loges des insensés ont été aménagées dans « *une aile éloignée, sur deux niveaux, de part et d'autres d'un corridor central. Chacune, de six pieds quarrés* », dispose d'une demi-fenêtre en hauteur et d'une forte porte munie d'un guichet « *pour donner la portion aux malades* »(4).

Très rapidement, les mendiants valides sont libérés, et il ne reste à nouveau que les invalides, les infirmes, les vénériens, les galeux... Le personnel est réduit au minimum, avec un concierge et les « autres employés » qui sont recrutés parmi les enfermés, y compris ceux qui

s'occupent des insensés. Les locaux sont vétustes, insalubres et surpeuplés, ce qui ruine tout espoir de rééducation des mendiants valides. Après quinze ans d'existence, les dépôts de mendicité s'avèrent être un échec par rapport à leur mission première. Dans les suites de ces constatations, le seul point sur lequel chacun s'accorde, c'est que les insensés n'ont leur place ni dans les Hôpitaux Généraux, ni dans les dépôts de mendicité. Ainsi, naît l'ébauche d'une idée de construction d'hospices qui leurs seraient réservés (4,27).

A la fin de l'Ancien Régime, en France, les insensés sont enfermés un peu partout, dans l'attente d'un statut et d'un lieu d'internement spécifique. Cette époque traduit donc une ambivalence dans la représentation et la considération de l'insensé. A la fois, elle montre une meilleure compréhension de la folie, en la considérant presque comme une maladie naturelle, une pathologie propre à la condition humaine. Mais paradoxalement, l'insensé est enfermé et traité comme un prisonnier dans des conditions parfois très maltraitantes (4).

Des lieux d'enferment vont être créés en réponse aux idées de la société sur la mendicité et le vagabondage, où les insensés se trouvent confondus avec les marginaux. C'est donc à la fin de cette période que nous pouvons voir apparaître une nouvelle conception sur la place que doit occuper la folie, ainsi que sur le mode de sa prise en charge.

Une distinction entre curables et incurables y est fort prégnante lors de la période de l'Age Classique. Le statut médical porté au Moyen Âge s'appauvrit puisque le fou va de nouveau se retrouver sans distinction auprès des autres internés du grand renfermement.

Cette période est fortement influencée par des mesures de contrôle, avec la création de l'Hôpital Général, dont le but n'est pas de soigner mais d'établir un contrôle sur les nuisibles. Nous percevons donc une réponse sociétale aux problèmes de l'époque, qui amène une mutation des lieux et des espaces d'accueil.

Ainsi, une réponse sociétale est donnée aux difficultés qu'elle rencontre en modifiant sa perception des lieux des soins et en les transformant au niveau architectural.

5) **La Révolution française : naissance de la clinique et acquisition des prémices pour la création de l'asile**

Autour de la Révolution, lors des années 1780-1802, il existe un réel tournant dans la vision de la folie et dans l'organisation des établissements destinés aux insensés.

Un courant de réforme voit le jour, découlant de la transformation du regard dans un sens philanthropique.(4,28) Il se caractérise, par un sentiment de pitié pour autrui, qui s'accompagne de la notion de bienfaisance, différente de la charité d'autrefois. Rousseau définit cette notion par « *une répugnance innée à voir souffrir son semblable* » (4,29).

A partir de là, une doctrine d'assistance émerge.

L'idée est, alors, de construire des lieux, qui soient à l'opposé de ces grandes structures concentrationnaires, avec notamment la construction de petits centres de soins, qui se spécialisent dans la prise en charge de la folie. L'idée est même de développer des soins à domicile.

En effet, des médecins voient dans l'hôpital un instrument de soins et souhaitent en modifier leur conception. C'est dans ce courant de pensée que les philanthropes vont découvrir le sort qui est réservé aux insensés avec les cachots et les chaînes (4).

C'est dans cette dynamique que la tour de Chatimoine, (citée plus haut) à Caen, est détruite en 1785, devant l'horreur qu'elle renvoie. En cette même année 1785, est éditée une brochure intitulée « *l'Instruction sur la manière de gouverner les Insensés et de travailler à leur guérison dans les Asyles qui leur ont été destinés* », par Colombier et Doublet (30).

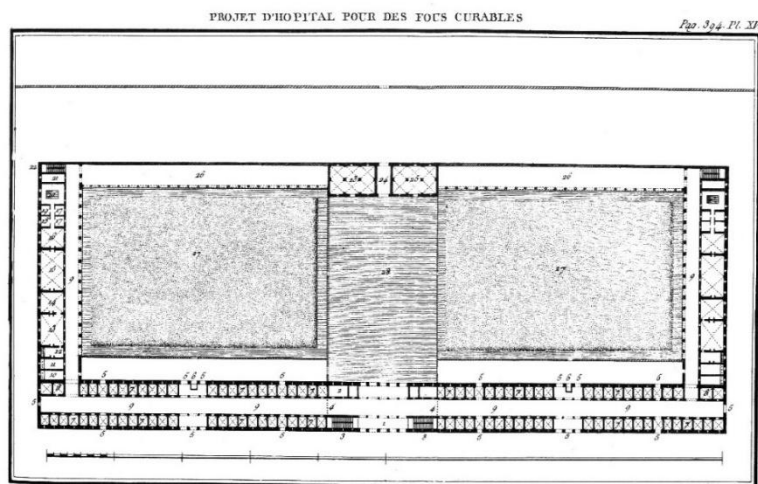
Les recommandations émises dans cet écrit vont donner naissance à la prise en charge spécifique de la folie par les pouvoirs publics et vont permettre d'entamer une réflexion sur un lieu spécifique pour ces derniers (30,31).

Jean Colombier, inspecteur des hôpitaux du royaume, décrit dans cette brochure, la manière de placer, garder et diriger les insensés. Il distingue les riches des pauvres et décrit la nécessité d'envisager la potentielle guérison de chacun. Il souligne l'importance de l'espace,

de la qualité de l'air et de l'eau, de la salubrité des bâtiments, des promenades, d'un bon régime alimentaire, et des horaires ordonnés. Il est le premier à publier sur la question et préconise l'organisation *en corps de logis en rez-de-chaussée disposé en carré autour d'une cour à galeries, hébergement des insensés en loges individuelles, regroupement de ces derniers par analogie de leurs manifestations morbides* (31).

Peu après, Jacques-René Tenon, par son mémoire sur les hôpitaux de Paris, consacre un projet idéal d'hôpital pour fous curables, afin de remplacer l'Hôtel-Dieu. Ce dernier va ajouter une nouvelle fonction à l'hôpital pour fous (32).

Il écrit : « *A la différence des bâtiments d'hôpitaux, qui ne sont pour les autres malades que des « moyens auxiliaires », les hôpitaux pour les fous » font eux-mêmes fonction de remède [...] Il faut que le fou, durant le traitement, ne soit pas contrarié ; qu'il puisse dans les moments où il est surveillé, sortir de sa loge, parcourir sa galerie, se rendre au promenoir, faire un exercice qui le dissipe et que la nature lui commande.* » (31,32).



Projet d'hôpital pour 200 fous curables, plan de distribution du rez-de-chaussée. TENON, Jacques-René. Mémoires sur les hôpitaux de Paris. Paris : Royez, 1788, pl. XV

C'est à cette même époque que sont contestées les lettres de cachet « *nom bizarre de lettre de cachet, une maladie particulière à ce royaume, comme la peste à l'Egypte* » dit Linguet en 1783 (33). Et c'est en mars 1790, qu'elles sont abolies par décret de l'Assemblée nationale constituante (4,25).

Nous pouvons lire, à cette même période, des descriptions de l'état des lieux des bâtiments accueillant les insensés, comme cet extrait décrivant l'asile d'aliénés à Auxerre avant la nomination du Docteur Henri Girard (27).

« Le sol des cours, gras et humide, avait le grave inconvénient de refroidir les extrémités inférieures, et par conséquent de favoriser les congestions cérébrales ; des trous creusés en terre pour enfouir les immondices, entretenaient, par l'échappement des exhalaisons méphitiques, un foyer permanent infection ; très peu arbres dans les cours et aucune disposition pour flatter l'œil des malades ; la cour des loges entourée de murailles de trois mètres de haut, et où par conséquent les aliénés n'avaient aucun point de vue, enfin, aspect intérieur bien plus propre à inspirer l'épouvante et la folie qu'à agir favorablement sur l'état moral ; des terrains complantés de vignes, tandis qu'ils auraient dû être cultivés en jardins pour que le médecin eût la facilité d'occuper un plus grand nombre de malades.

Les loges humides, mal construites, mal éclairées et presque sans mobilier, étaient au nombre de cinquante-six ; encore trouvait-on qu'il n'y en avait pas assez puisque l'on se préparait à en construire vingt-deux, et qu'on disposait le terrain de manière à pouvoir plus tard en bâtir vingt-deux autres. Quant aux cinquante-six de ces loges existantes en 1839, époque où hospice ne comptait pas plus de cinquante insensés, elles étaient toutes occupées pendant la nuit et la plupart même pendant le jour.

Trois baignoires seulement, taillées dans la pierre, scellées dans la muraille, et dont l'une placée dans une loge obscure, avec l'appareil à douche, était un véritable objet d'effroi pour les malheureux on conduisait [...]

Des dortoirs insuffisants fort mal disposés et toujours ouverts ; entière disette d'eau pendant l'été au moins, alors obligation d'aller la chercher à la rivière, et absence de lavoir dans la maison, point de séchoir (...)

Tel était état des choses sous le rapport matériel. » (27).

Puis c'est en 1793, que Philippe Pinel est nommé comme Médecin-Chef, à l'hospice de Bicêtre, c'est le début de sa collaboration avec Jean-Baptiste Pussin, ancien malade, devenu surveillant. Ainsi, c'est à Bicêtre, que tous deux conçoivent le projet d'abolition des chaînes des fous. En 1795, à l'hôpital de la Salpêtrière à Paris, les fous sont libérés de leurs chaînes ce qui leur redonne le statut d'individu (4,27,31).



Pinel délivrant les aliénés à la Salpêtrière en 1795, hôpital de la Salpêtrière, Paris. Tony Robert-Fleury

Suite à cet acte symbolique, qui constitue un tournant dans l'histoire de la folie, les mentalités commencent à changer et la folie va être désormais perçue différemment, tant en France qu'en Europe.

Pinel récuse le mot « insensé » pour le terme « aliéné ». Il fait de même pour l'emploi du mot « folie » et utilise le terme « d'aliénation mentale », ce qui permet d'aborder ces troubles du côté d'une médecine scientifique. Pinel révolutionne l'approche de la maladie mentale en élaborant un traitement qualifié de « moral », pour le différencier des moyens physiques pratiqués jusqu'alors (bain prolongé, douche surprise, ...) (31,34).

Ce traitement moral repose sur l'idée que peuvent coexister dans la même personne la conscience et la folie, ce qui permet au médecin d'exercer une action thérapeutique sur le malade, principalement au moyen de la parole. Il fonde également la clinique dans son « Traité médico-philosophique des maladies mentales » de 1801. La folie est reconnue comme une maladie. La psychiatrie naît alors, comme médecine traitant « l'aliénation mentale ». L'enfermement se poursuit, mais en prenant une valeur thérapeutique. Il est une « liberté en cage » selon Jacques René Tenon (34,35).

Les médecins éprouvent la nécessité de créer une institution qui permet de soigner l'aliénation. Les hôpitaux deviennent des lieux de contrôle moral, dans ces institutions spécialisées. Une autorité ferme, un encadrement contraignant et une discipline stricte remplacent les chaînes. Le médecin est le pilier central de l'institution. C'est Jean Georges Cabanis qui propose la

création des asiles, comme des lieux voués au soin des aliénés. Si Cabanis est le penseur, Pinel et son disciple Esquirol en sont les créateurs (4,28).

Cette période voit la fermeture définitive des salles de fous et de folles de l'Hôtel-Dieu de Paris (précisément en 1802). Leur accueil se fait désormais à la Maison de Charenton pour les hommes et à la Salpêtrière pour les femmes.(36) C'est à cette date que prend naissance en France l'Asile : du grec « asulon » qui veut dire, refuge inviolable, qui est alors préféré au mot hôpital (22).

C'est ainsi, qu'un nouvel élan est pris dans l'histoire des lieux qui sont dédiés aux personnes souffrant d'un trouble psychique. Des nouveaux lieux et des nouvelles prises en charge sont élaborés avec un abord du soin qui est plus marqué. C'est donc à cette période que vont naître les lieux spécifiques pour les aliénés, et ils ne seront donc plus admis au sein des Hôpitaux Généraux.

II) La naissance de l'asile : caractéristiques architecturales et évolutions des lieux de soins.

C'est donc au XIXe siècle que nous pouvons dire que la psychiatrie est née, dans le sens où la folie devient une discipline médicale, qui est analysée, décryptée et enfermée dans l'espace du savoir aliéniste, et de manière plus concrète dans l'enceinte des Asiles, qui sont alors fondés. Les travaux de Philippe Pinel essayent de prouver que l'aliéné doit être confié aux médecins dans son traité médico-psychologique (4,34).

C'est donc avec toutes ces promesses, que les hommes du XIXe siècle ont voulu croire au meilleur traitement des aliénés avec une meilleure compréhension de leurs maux.

1) L'asile : contexte de sa création

"Une maison d'aliénés est un instrument de guérison ; entre les mains d'un médecin habile, c'est l'agent thérapeutique le plus puissant contre les maladies mentales". (Esquirol, 1838) (37).

« Il existe dans la plupart des maisons où sont reçus les aliénés des dénominations humiliantes [...] je voudrai qu'on donnât à ces établissements un nom spécifique qui n'offrit à l'esprit aucune idée pénible, je voudrais qu'on les nommât asile »(Esquirol) (38).

Etienne Esquirol, élève de Pinel, outré des conditions d'hébergement des insensés auxquels seuls huit établissements étaient consacrés, alerte les autorités en présentant en 1818, au Ministre de l'Intérieur un rapport publié en 1819, d'où découle la circulaire du ministère de l'Intérieur du 16 juillet 1819 relative à l'amélioration du sort des aliénés (31).

Ce rapport intitulé « *Des établissements des aliénés en France et les moyens d'améliorer le sort de ces infortunés* » apporte diverses descriptions des lieux (38):

« Partout, à cette époque, les insensés, nus ou couverts de haillons, n'avaient que la paille pour se garantir de la froide humidité du pavé sur lequel ils étaient étendus. On les a vus, grossièrement nourris, privés d'air pour respirer, d'eau pour étancher leur soif et croupissant dans l'ordure, livrés à de véritables geôliers, dans des réduits étroits, sales, infects, enchaînés dans des antres, où l'on craindrait de renfermer des bêtes féroces... ». Cette description, souvent citée est extraite du dictionnaire des Sciences médicales de Panckoucke (21).

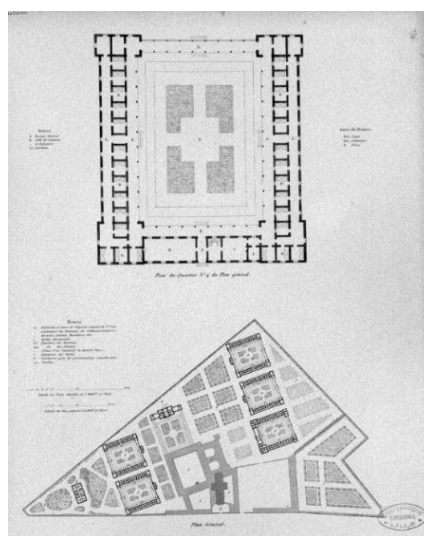
Cette publication ouvre la voie à la fondation de lieux spécifiques destinés à isoler les aliénés, qui prendront le nom quelques années plus tard d'asile.

L'isolement des fous qui se trouve dans la théorie de Pinel et qui est reprise par Esquirol, est considéré comme une nécessité en raison des effets négatifs attribués aux relations sociales et familiales de tels malades.

Au-delà des bénéfices de l'enfermement de ces derniers, c'est l'idée que les dispositions architecturales de ces asiles sont elles-mêmes conçues comme un moyen d'action thérapeutique efficace sur leur esprit dérangé (28).

Esquirol est partisan d'un regroupement selon l'individualisation des maladies, c'est-à-dire selon la nosographie, dans des unités architecturales constituées chacune de corps de bâtiments disposés sur les trois côtés d'une cours, bordée de préaux et ces unités appelées « quartiers » ou encore « sections » seraient indépendantes les unes des autres, et élevées seulement au rez-de-chaussée (28,39).

C'est l'asile de Saint-Yon à Rouen, construit entre 1821 et 1827 selon les plans de Jean-Baptiste Jouannin, qui reflète le mieux l'agencement de ces quartiers et les conceptions d'Esquirol (31).



Rouen, asile d'aliénés de Saint-Yon, plan de distribution générale du rez-de-chaussée et détail d'un quartier de malades. Gourlier Charles, Biet Léon, Grillon Edme, Tardieu Eugène. *Choix d'édifices publics projetés et construits en France depuis le commencement du XIXe siècle*. Paris : Louis Colas, 1825-850, t.I. Phot. Inv. P ; Thibaut.

En 1818, l'architecte Hippolyte Lebas dessine les plans d'un asile psychiatrique, selon les recommandations d'Esquirol. La primauté du médecin sur l'architecte fait l'unanimité dans la profession et cette primauté se trouve sans cesse réaffirmée au long des publications. Ce dernier précise :

« Le plan d'un hospice d'aliénés n'est point une chose indifférente et que l'on doit abandonner aux seuls architectes [...]. Un hôpital d'aliénés est un instrument de guérison » (38).

M. Parchappe, médecin aliéniste puis inspecteur général des asiles d'aliénés et du service sanitaire des prisons entre 1848 et 1866, s'exprime, sur la nécessaire fusion entre l'aliéniste et l'architecte :

« L'asile d'aliénés, architecturalement conçu comme un système d'instruments d'actions déterminées, est devenu en quelque sorte un organisme dont le médecin est l'âme. »(40).

C'est avec la loi du 30 juin 1838, rédigée par Jean-Etienne Esquirol, que celui-ci voit ses efforts consacrés, la loi enjoignant de créer un asile d'aliénés par département. Une clause précise que : *« Chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés, ou de traiter, à cet effet, avec un établissement public ou privé, soit de ce département, soit d'un autre département » (Al. 1^{er}) (38).*

Son article 5 énonce dans la même idée : *« les établissements privés consacrés au traitement d'autres maladies ne pourront recevoir les personnes atteintes d'aliénation mentale, à moins qu'elles ne soient placées dans un local entièrement séparé » (Al. 2) (38).*

Il est également stipulé dans cette loi, que l'accueil d'un malade dans l'établissement de soins, ne peut se faire que lorsqu'il est remis une demande d'admission et un certificat d'un médecin certifiant l'état mental du malade à placer. L'article 13 paraît faire référence à une certaine *« guérison »* puisqu'il évoque que *« toute personne placée dans un établissement d'aliénés cessera d'y être retenue aussitôt que les médecins de l'établissement auront déclaré, sur le registre énoncé en l'article précédent, que la guérison est obtenue. » (38,39).*

Une impulsion décisive était ainsi donnée, afin d'offrir les meilleures conditions de soins aux

malades. La construction des asiles peut se mettre en œuvre.

Le projet séduit et ainsi des financements sont alloués pour la réalisation de ces établissements. La population asilaire augmente chaque année, et les budgets croissent de manière vertigineuse.

Moins de vingt ans après la mise en place de la législation de 1838, la population asilaire française a ainsi doublé ; dix ans après, elle a triplé ; une croissance que rien ne semble pouvoir arrêter, bien peu de patients sortant « guéris » des établissements.

Au final, en l'espace d'un siècle, le nombre d'aliénés fut même multiplié par onze, passant d'environ 10 000 individus en 1838 à plus de 110 000 en 1939, époque où les asiles étaient huit fois plus peuplés que les prisons de droit commun (21,28).

Ainsi, l'aliénation mentale devient « la maladie du siècle », c'est ce que déclare Léon Gambetta, en 1870 (41). Cette croissance n'est pas remise en question, puisqu'il y a une méthode scientifique et médicale qui l'a théorisée.

A la fin du XIXe siècle, on assiste au développement de nombreuses théories pour décrire l'aliénation mentale, avec notamment la naissance de la psychanalyse tandis que la psychiatrie devient une spécialité médicale.

2) Caractéristiques architecturales

Les programmes architecturaux des asiles sont définis par les aliénistes, comme une succession de réponses spatiales à des questions thérapeutiques, morales ou sociales. Ainsi, l'asile « idéal » doit avoir :

- Un emplacement particulier par rapport au reste de la société : *implantation en périphérie des villes* (28).

Au début du siècle, l'asile est un lieu hermétiquement clos et replié sur lui-même. Les aliénés sont isolés du monde, dans un double but :

Premièrement, assurer leur tranquillité avec vue sur un paysage permettant l'éveil des sens et ainsi rendre possible leur guérison par le traitement moral, mais aussi les éloigner de la

nocivité de la ville. Deuxièmement, c'est aussi protéger la population de ces malades, en les mettant à distance.

Il fallait que cette implantation de l'asile réponde à plusieurs critères (27,28) :

- *Géographiques* : à l'écart des grandes agglomérations, dans un cadre agreste.
- *Topographiques* : sur une déclivité tournée vers le midi, avec une vue étendue sur la campagne.
- *Géologiques* : terrain perméable, présence d'eau courante en abondance.
- *Environnementaux* : abords immédiats constitués d'un paysage riant et surtout accent mis sur la pureté de l'air. L'exposition des bâtiments par rapport au soleil est rarement laissée de côté.

Ainsi, dans des descriptions de l'époque, nous pouvons lire ce que le Dr Girard de Cailleux, médecin directeur de l'asile d'Auxerre, pense de l'emplacement d'un tel lieu :

« 1° Une localité convenablement choisie où se trouve réunie la triple condition de l'eau, de l'air et du site. 2° Des bâtiments élevés d'après certaines règles. 3° Un ameublement particulier. 4° Un régime alimentaire spécial. 5° Des vêtements indiqués par hygiène. » Ce dernier accorde donc ses préférences à *« un vaste terrain un peu élevé, sec, en dehors des villes, à l'abri des exhalaisons insalubres, du bruit et du froid, abondant en eau. »* (27,40).

A la fin du siècle, c'est l'asile-village qui a la préférence des aliénistes : isoler les aliénés du monde réel tout en recréant un monde qui se rapproche du réel. Il n'y a pas de mur, ni de clôture, sauf pour certains malades qui restent enfermés dans les pavillons et les cours indépendantes (42).

- Un ordre hiérarchique. (27,28)

Les théories avancées alors postulent que la folie se traduit par un désordre à la fois physique et moral. Elle nécessite une réponse thérapeutique claire, constante et la plus uniforme possible, afin de permettre le rétablissement (27).

Le Docteur Girard de Cailleux, fort de ces considérations met en place des règles pour son

asile à Auxerre : « *Les exercices physiques et moraux seront réglés, ainsi que le lever, le coucher et les repas : l'ordre hiérarchique des pouvoirs sera scrupuleusement observé.* » (27).

- Une stricte séparation des sexes.(28)
- Une symétrie.(27,28)

La symétrie de l'ensemble est une condition essentielle de « *perfection d'un monument public* », écrit Parchappe.

Elle se fait de part et d'autre d'un axe central déterminé par les bâtiments de l'administration, la chapelle et les services généraux. La plus grande symétrie est recherchée, même lorsqu'elle est inutile, par exemple dans l'asile-village, ou absurde.

C'est ainsi que dans les asiles mixtes, le nombre de lits est identique pour les deux sexes, alors que l'on sait qu'il y a proportionnellement plus de femmes que d'hommes. Ces asiles sont des monuments, qui ont « un cachet de grandeur et de sévérité en harmonie avec le but de l'institution », affirme Brierre de Boismont (40).

Dans cette symétrie, certains évoquent tout de même la nécessité d'une certaine « variété ». C'est ainsi que pour Bousquet, « *une des conditions à retrouver dans un asile d'aliénés : c'est la variété* » (43). Et en effet, « *quelque étendu que soit un établissement, quelques vastes que soient ses cours et ses jardins, si le sol est plat et uni, en d'autres termes, s'il est en plaine, l'œil embrassant tout l'espace à la fois, se fait bientôt à ce qu'il voit, et le retour des mêmes impressions abouti à la monotonie...* » (43).

- Le quartier de classement, caractère distinctif de l'asile.(27,28)

Ce quartier constitue une unité architecturale et thérapeutique singulière au sein de l'ensemble des autres constructions de l'époque.

L'asile se distingue, d'une part, des prisons et des dépôts de mendicité, et de l'autre, des hôpitaux ordinaires. Ainsi, les aliénés ne sont plus mêlés sans distinction, mais ils sont classés selon un ordre méthodique (39).

Une distinction ne tarde pas à être faite en fonction de leur comportement et non de la nosographie comme le voulait Esquirol. En effet, cette idée est abandonnée car un tel regroupement peut être préjudiciable à certains patients. Cette répartition ne se rapporte donc pas à l'examen médical des aliénés mais repose, tout d'abord, sur le caractère dangereux ou non, puis sur le comportement.

Cette idée de répartition des malades à l'intérieur de l'asile est clairement exposée par Henri Falret (44), au milieu du XIXe siècle, dans sa thèse de doctorat, au encore Parchappe de Vinay, qui rédige une classification en huit catégories de malades mentaux devant être placés dans des unités architecturales distinctes (4).

Nous retrouvons ce que le Dr Girard recommande :

« Indépendamment de la séparation des sexes, les aliénés sont divisés en quatre catégories : 1° idiots gâteux et déments, 2° épileptiques maniaques, 3° maniaques agités, 4° maniaques paisibles et convalescents » (45).

Déjà Colombier le concevait comme une juxtaposition de cours carrées, dont chaque cour constitue un quartier dévolu à un type d'aliénés, à l'intérieur duquel existent des cellules individuelles.

Esquirol, en gardant le principe de cours carrées et cellules individuelles, en change radicalement l'aspect et l'atmosphère puisqu'il l'ouvre sur l'un de ses côtés, donnant aux aliénés une perspective sur leur environnement.

- Une vie en commun. (27)

Le but de l'asile est, pour les aliénistes de l'époque, d'empêcher que naisse un sentiment d'isolement chez les malades *« devant éloigner de l'esprit du malade toute idée de réclusion »*.

La vie en commun se retrouve : *« dans toutes les habitudes du régime intérieur de cet établissement, aux ateliers de travail, aux différents exercices, à la musique, à la lecture, à la promenade, [...] les aliénés mangent ensemble, ils sont autant que possible réunis dans les dortoirs au lieu de coucher seuls dans les loges » (45).*

- Une hiérarchisation des bâtiments au sein de l'ensemble.(28)

Chaque quartier de classement s'articule au sein de l'ensemble, de façon logique : l'administration centralisée, les pensionnaires sur l'avant, les tranquilles au milieu, les agités/épileptiques/gâteux au fond. Les quartiers de traitement dans l'asile correspondent grossièrement à la gravité de la maladie (28).

Nous avons retrouvé la description que faisait Flandin, qui date de 1860, de l'asile d'aliénés d'Auxerre, qui allait servir d'exemple pour les Asiles de la Seine, auquel le Docteur Girard de Cailleux a travaillé :

« Au centre est le bâtiment administration où sont installés les services généraux : les bureaux, les cuisines, la lingerie, la pharmacie etc... Latéralement sont disposés symétriquement les bâtiments occupés par les aliénés : d'un côté le quartier des hommes ; de l'autre, le quartier des femmes. Puis, dans ces groupes de bâtiments, des subdivisions pour les paisibles, les semi-paisibles, les agités. Au fond, et parallèlement au bâtiment d'administration, sont les bâtiments destinés aux pensionnaires : un pour les hommes, un autre pour les femmes. Sur le devant, et de chaque côté de la porte entrée, deux pavillons, dont l'un est occupé par la concierge, et l'autre par le jardinier.

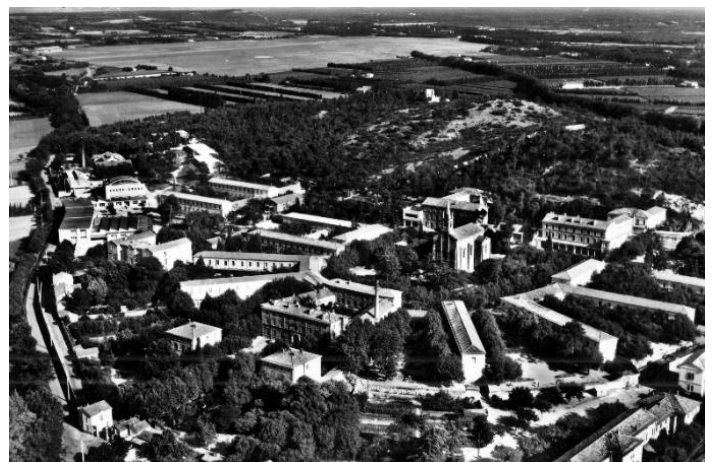
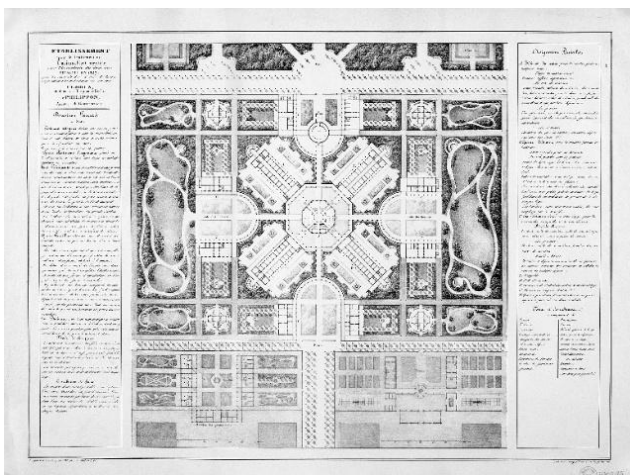
Dans le même plan, les infirmières, la chapelle et l'habitation du médecin- directeur (l'aumônier a son logement en ville). En avant des bâtiments destinés aux malades, le réservoir d'eau, le lavoir, la buanderie, les bains et d'autres constructions accessoires inutiles d'énumérer. Du reste, point de murs d'enceintes, qui feraient ressembler l'Asile à une maison claustrale ou une prison. De simples sauts-de-loup pour empêcher les évasions, et qui, laissant l'œil la vue sur la campagne, calment les imaginations (...)

Tout cet ensemble de constructions est placé au milieu d'un vaste terrain, planté de vignes, dont une partie été arrachée pour en faire un jardin potager. Le potager, la vigne sont cultivés par les aliénés eux-mêmes, « un moyen de médication et une distraction » » G.Cailleux (27).

Nous retrouvons cependant, des évolutions d'idéologie sur le plan architectural, qui s'affirment tout au long de l'histoire de ces lieux. Encore de son vivant, les plans Esquiroliens sont abandonnés pour se référer, dès 1828, aux prescriptions de l'Académie royale des sciences. Ainsi, s'impose l'idée d'instaurer un double alignement de pavillons distribué par des galeries de service. C'est ce qui est réalisé pour l'hôpital Saint-André de Bordeaux, sur les plans de

l'architecte Jean Burguet. D'autres, sont partisans de réaliser des bâtiments présentant un seul niveau ; ainsi les défenestrations se feront sans danger et il ne sera pas nécessaire de fixer des grilles aux fenêtres ; en outre il sera plus facile d'entretenir un air pur dans tout l'établissement (46).

Ferrus, quant à lui, pense l'asile selon le système panoptique. Ce qui, cependant, ne rencontre pas un franc succès auprès de ses collègues. En effet ces derniers l'assimilent au plan de prisons (47).



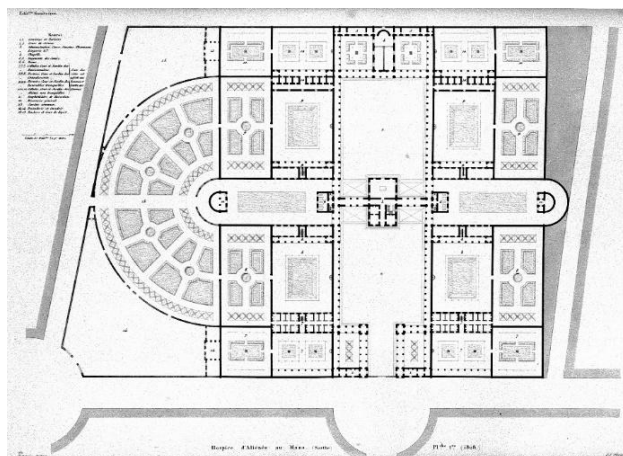
- (1) Etablissement pour le traitement de l'aliénation mentale par Ferrus et Phillipon, 1827, plan de distribution générale. Phot. Inv .P. Thibaut ; Système en panoptique.
- (2) Asile de Montdevergues, à Mont Favet, près d'Avignon dans le Vaucluse, avec un plan rayonnant (et non panoptique), l'unique construction en France.

Nous pouvons constater certaines particularités, qui permettent de définir « un système français » des asiles, par opposition au système britannique et germanique.

C'est Maximien Parchappe, inspecteur des asiles d'aliénés auprès du Ministère de l'Intérieur, qui analyse parfaitement ces caractéristiques (48). Selon lui, « *un asile d'aliénés doit satisfaire aux règles essentielles de l'art architectural [...], il ne doit pas plus ressembler à un palais qu'à une prison, mais il ne doit pas non plus rappeler l'idée d'un monastère ou d'une fabrique.* »(48).

Ainsi, le système français se caractérise par l'existence de deux alignements symétriques de bâtiments ou quartiers répartis de part et d'autre d'un espace médian où se succèdent à partir de l'entrée principale, dans un ordre variable : la chapelle, le bâtiment d'administration et ceux des services généraux (cuisine, buanderie, lingerie) (49).

Des galeries à claire-voie longitudinales et transversales relient entre eux tous les bâtiments. C'est ce que l'on peut observer à l'asile de Bracquerville près de Toulouse et à l'asile du Mans. Ce double alignement permet d'opérer une séparation rigoureuse entre les divisions des hommes et celles des femmes (31).



Le Mans, asile d'aliénés, plan de distribution générale du rez-de chaussée. Gourlier Charles... Choix édifices publics projetés et construits en France depuis le commencement du XIXe siècle. Paris : Louis Colas, 1825-1850, t. I. Phot. Inv. P. Thibaut.

L'isolement reste reconnu comme un bienfait pour les aliénés. Cependant face à l'ennui qu'il peut engendrer, l'idée de promouvoir le travail va émerger progressivement. A la fois pour ses bienfaits occupationnels mais aussi pour son action thérapeutique propre. Progressivement des ateliers et des fermes voient le jour dans ses bâtiments. Les patients valides, par le fruit de leur labeur, approvisionnent cuisine et boulangerie, ce qui permet potentiellement de vivre en quasi autarcie (27).

Les impératifs économiques sont sous-jacents dans le contexte de la révolution industrielle, et on peut ainsi constater que la construction des asiles n'est pas la priorité.

Les programmes de « sécurité publique » (prisons, dépôts de mendicité), les infrastructures de transport (routes, canaux, chemins de fer), les édifices publics (mairies, préfectures, palais de justice, églises) sont prioritaires sur les besoins d'assistance, au sein desquels la construction des asiles est le dernier élément passant bien après la construction de l'hospice et l'hôpital (28).

3) Evolution de l'asile

Les asiles sont donc conçus, en premier lieu, comme des « instruments » pour les médecins, leur assurant une emprise morale sur les aliénés, par la simple organisation physique et matérielle, dans laquelle ils les immergent. Mais c'est en réalité, le passage du traitement individuel au traitement collectif, le glissement de la relation personnelle avec le médecin vers un ordre communautaire qui se produit avec l'invention de l'asile. L'idée, qui fait loi, est que l'Asile est un outil de soin qui peut amener la guérison (27,28).

Un point important dans l'histoire de la discipline est que la création des asiles va engendrer la distinction forte entre prise en charge somatique et prise en charge de la souffrance psychique. Effectivement, c'est à cette période que la distinction et la spécificité des troubles psychiatriques vont devenir très prégnantes.

De plus, devant des résultats médiocres en termes de guérison, avec plutôt une tendance à la pérennisation des troubles mentaux, à leur passage à la chronicité, voire à l'incurabilité, engendrant un encombrement progressif des établissements, une remise en question des bien-fondés de l'isolement se fait percevoir (28,31).

C'est le mouvement « non-restraint » en Angleterre, qui donne naissance à une nouvelle formule asilaire, qui exclue tous dispositifs sécuritaires (sauts-de-loup, barreaux aux fenêtres, verrous, grilles et murs de clôtures...). En France, cela mène au modèle « d'open-door », qui prend le nom « d'asile-village », qui est le prolongement des modèles asilaires antérieurs mais n'a été utilisé que bien des années après la Grande-Bretagne et l'Allemagne (3) (31,50).

Ces établissements se développent loin des villes. C'est en 1913, près d'Orléans, à Fleury-Les-Aubrais, que le premier asile-village ouvre ses portes, en France. Le médecin directeur, James Rayneau obtient même le soutien des élus du département du Loiret, qui l'autorisent, à substituer au nom d'asile, celui « d'établissement psychothérapique. » Cependant, il fut le

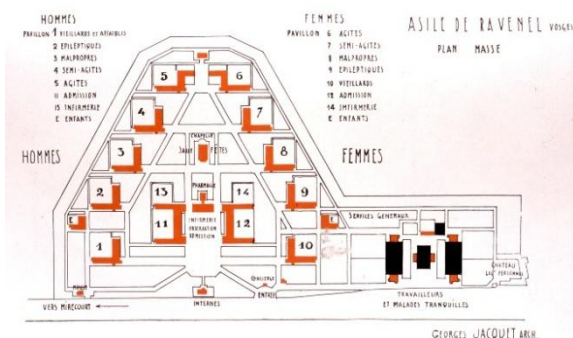
seul, pendant une longue période, dans le paysage asilaire français. Il faut noter que la provenance étrangère de ce modèle, reste pendant longtemps, une source de réticence à son utilisation (31).



Fleury-les-Aubrais, établissement psychothérapique, actuellement Hôpital Georges-Daumézon, vue cavalière. Raynier Julien, Lauier Jean. La construction et l'aménagement de l'hôpital psychiatrique et des asiles d'aliénés... Paris : Edition de l'Aliéniste français, 1935, p. 203.

Les asiles d'aliénés sont peu nombreux à voir le jour, même après le vote de la loi de 1838. Ils sont encore moins nombreux à répondre aux vœux des aliénistes. En effet, après le premier conflit mondial de 1914-1918, le programme de construction d'asiles d'aliénés ou de reconstruction des édifices détruits, défini par les inspecteurs généraux du service, demeure peu innovant. Devant des difficultés économiques et une politique sanitaire axée sur la construction de sanatoriums et de dispensaires, il y a peu de chantiers ouverts (28).

Deux grandes réalisations majeures sont entreprises entre les deux guerres : l'asile de Ravenel, dans les Vosges et celui de Lannemezan, dans les Hautes-Pyrénées. Ils reposent tous deux sur une même conception, à savoir une répartition des bâtiments par pôle fonctionnel, avec : service administratif, services de soins, activités agricoles ou industrielles. Une division dans les services de soins, se fait entre les patients. Certains reçoivent un traitement actif, dans une section nommée « hôpital », alors que les autres se retrouvent dans une autre section nommée « hospice », c'est le cas des patients séniles, déments, retardés mentaux. Cette organisation se fait par groupe fonctionnel et par section, ce qui lui vaut le nom « d'asile par zone » (31).



- (1) Ravenel, asile d'aliénés, plan-masse générale. Raynier (Julien), Lauzier (Jean). La construction et l'aménagement de l'hôpital psychiatrique et des asiles d'aliénés...Paris : Edition de l'Aliéniste français, 1935, p. 239
- (2) Lannemezan, asile d'aliénés, vue aérienne, carte postale.

Ces lieux de soins pour les aliénés vont être le berceau de prises en charge variées. Nous pouvons, notamment, observer une floraison de techniques entre la fin du XIX^{ème} siècle et le début du XX^{ème} siècle, représentant les balbutiements de la psychiatrie contemporaine. A cette période, la psychiatrie s'édifie d'abord comme une discipline médicale en développant la nosologie et la nosographie, restant cousine de la neurologie, s'approchant de la psychologie comme équivalent de la physiologie. Ainsi, des traitements voient le jour, comme l'impaludation, l'insulinothérapie, la cure de Sakel, la psycho-chirurgie, lobotomie, la provocation de convulsions hypoglycémiques par le Cardiazol, ou ensuite les électrochocs (4).

Il est à noter que si en 1937, en France, le terme d'« asile » disparaît de la terminologie officielle pour être remplacé par celui d'« hôpital psychiatrique », (que l'on trouve dans l'Article premier du décret du 5 Avril 1937 relatif au recrutement et statut des médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques), le terme d'« aliéné » en revanche reste en vigueur jusqu'en 1958 (4).

A cette même période, une certaine prise de conscience se fait sentir rapidement sur l'ambiguïté de ces lieux de soins. Effectivement, il est reconnu que l'on peut soigner la folie en rapprochant l'aliéné de la société, alors que dans le même temps, on met ce même aliéné dans l'asile, en le traitant collectivement mais en l'éloignant de la société.

Ainsi l'hôpital village est critiqué et un nouveau modèle va être préféré c'est l'hôpital urbain, qui sera décrit plus précisément par la suite (3).

Georges Lantéri-Laura a écrit sur ce sujet, et nous pouvons retrouver quelques limites à ce

fonctionnement. Il évoque, notamment, la notion « *d'anachronisme* » et il explique que :

« L'isolement des établissements psychiatriques, justifiable dans le premier tiers du XIXème siècle, devenait très négatif dans son dernier tiers, et opérait une ségrégation dont on sait ce qu'elle est devenue par la suite. [...] l'on pourrait presque dire qu'ils constituent l'envers du monde qui se développe autour d'eux. [...] l'idéal de tels établissements est presque de vivre en économie fermée, [...] ce qui rendra de plus en plus difficile pour les gens accoutumés à vivre dans un tel entourage, de s'accommoder au monde réel. » (51).

Les contraintes économiques et le manque d'argent ne permettent cependant pas de mettre en œuvre l'asile tel qu'il devrait l'être ; les malades en sont les premières victimes. Ce même auteur, développe cette idée en disant que :

« Ce contre-monde est d'ailleurs l'opposé de l'idéologie dont il est issu. L'isolement à la campagne ne se justifie plus par des considérations thérapeutiques, mais par des motifs de rentabilité. [...] Dans la même perspective, la détermination de la taille des asiles ne résulte plus des discussions controversées sur la valeur thérapeutique du petit ou du grand nombre de malades, mais sur l'optimum du prix de revient. » (51).

La chronicité, l'encombrement et l'enfermement sont devenus les maux de l'asile. L'augmentation du nombre d'aliénés n'a fait que croître tout au long du XIXème siècle et début du XXème siècle. C'est ce que développe Borsa et Michel :

« La population s'est accrue ces dernières années de cent cinquante aliénés environ ; les lits ont été rapprochés, les salles sont encombrées, les chauffoirs sont transformés en dortoirs ; il n'existe plus un seul point dans l'intérieur des quartiers qui ne soit habité ; il n'existe plus une seule place disponible pour les besoins à venir. Cet entassement est nuisible à la santé physique de nos aliénés. » (52).

Georges Lantéri-Laura précise que :

« Ces établissements psychiatriques ont une fonction sociale complexe. Il s'agit incontestablement d'entreprises dont le but théorique était bien à une prise en charge des maladies mentales, mais dont le fonctionnement réel dépendait surtout de son économie, [...] destinées à vivre le plus possible en économie fermée, avec le minimum d'échange vers l'extérieur. [...] d'autre part, ce sont des entreprises agricoles, anachronisme dans la société en voie de développement industriel, qui ne peuvent subsister que dans la mesure où, grâce

aux malades au compte du département, elles sont une main-d'œuvre très abondante et fort peu coûteuse. [...] Or, une telle entreprise ne peut fonctionner que si la main-d'œuvre ne devient jamais rare, donc si les malades restent assez longtemps ; [...] cette longueur se trouvait d'ailleurs garantie pour les malades indigents, au compte du département, et dont le séjour ne dépendait que du médecin-directeur. [...] leur caractère de résurgence médiévale, dans un univers qui commençait à passer du capitalisme de marché au capitalisme d'oligopole, rendait pratiquement irréalisable la réinsertion hors de l'asile du malade indigent qui s'était amélioré dans de pareilles structures...d'autant plus que le monde extra hospitalier devenait de plus en plus exigeant et perdait toute tolérance. Nous commençons peut-être à comprendre dans quel contexte la chronicité est devenue une dimension fondamentale de la psychiatrie. » (51).

Falret a également beaucoup réfléchi autour de cette question de chronicité, d'encombrement des lieux et la prise en charge commune des aliénés. Il avait pu conclure que l'aliéniste devait « se rapprocher d'un traitement, sinon tout à fait individuel, du moins, moins général. » Ainsi, Falret pointe la nécessité d'une prise en charge individualisée de chaque malade (44).

Cependant un fait notable montre l'ambivalence de l'époque. En effet, constater et dénoncer ces effets de l'encombrement n'avait eu que peu d'effet, puisqu'à la fin du XIXème siècle et au début du XXème siècle, la multiplication des asiles allait se poursuivre, ils deviennent de plus en plus gigantesques, accueillant plusieurs milliers de malades dans des conditions thérapeutiques, bien sûr, dégradées (50).

Ainsi, des contraintes temporelles et spatiales ont été imposées par ces structures asilaires. Une ritualisation rigide était imposée dans ces lieux avec une immuabilité et chronicisation des aliénés. Les lieux spécifiques par quartiers ont pris naissance pour contre balancer la promiscuité imposée par le surpeuplement des asiles. L'espace proposé n'a pas permis de proposer la thérapeutique attendue et adaptée, ainsi le traitement individuel énoncé au départ n'a pu se rendre possible.

III) Ce que l'histoire nous apprend sur nos lieux de soin actuels: histoire de la psychothérapie institutionnelle et de la psychiatrie de secteur

1) La Seconde Guerre mondiale et la vision nouvelle pour la discipline.

Il est important de pouvoir s'arrêter quelques instants sur la période qui va permettre à la psychiatrie française de prendre un tournant dans son histoire, dans l'après Seconde Guerre mondiale. En effet, une prise de conscience va voir le jour au sortir de ce conflit.

Il faut donc remonter au drame de l'extermination des malades mentaux, en Allemagne, qui débute dès l'entre-deux guerres, et, qui prend son caractère tragique pendant la Seconde Guerre mondiale.

Des enfants comme des adultes sont éliminés. Cette conception, appelée « eugénisme » s'inspire, en la pervertissant, de l'idée de Darwin de la « lutte pour la vie » et conduit à envisager l'élimination des « êtres inférieurs » : alcooliques, épileptiques, psychopathes, infirmes, faibles d'esprit, invalides et incurables. L'opération d'élimination des pensionnaires des hôpitaux et des asiles commence sans tarder en octobre 1939, en Allemagne. Elle se dissimule sous l'appellation de code «T4» (53–55).

En France, les nombreuses restrictions alimentaires imposées par le régime de Vichy, engendrent le décès de plus de 40 000 malades mentaux pendant la guerre 39-45, sur les 80 000 patients hospitalisés sur le territoire français.

C'est dans ce contexte de culpabilité collective, s'appuyant sur les expériences des prisonniers revenants des camps de concentration allemands, que l'on peut comprendre les réactions d'après-guerre, qui ont pu être nommées le « *plus jamais ça* » (53,56).

Des médecins souhaitent que le regard porté sur la psychiatrie change et d'en terminer avec des pratiques concentrationnaires asilaires. Ils souhaitent mettre un terme à l'enfermement, perçu comme une atteinte aux droits et libertés fondamentales ; ils veulent désaliéner les malades mentaux ; ils veulent replacer le malade au cœur de la société, près de sa famille et de son entourage (53,54).

Des constatations faites par *Le Guillant*, à l'hôpital de la Charité sur Loire, vont renforcer ce mouvement, dans l'après-guerre (53).

En effet, lors des bombardements de l'hôpital durant la Seconde Guerre mondiale, de nombreux malades se sont enfuis. Après une enquête, il réalise qu'un tiers des malades se sont réinsérés et ne présentent plus de troubles majeurs du comportement. Ces faits ont permis de mettre en valeur le rôle thérapeutique du milieu social et de l'interaction entre un comportement et un environnement. Il constate donc que des malades mentaux hospitalisés de longues dates ont des capacités pour s'adapter à une vie en société, loin de ce qui ressemble à la vie asilaire.

L'histoire singulière de l'hôpital de Saint Alban, en Lozère, permet également de comprendre les nouvelles idées qui émergent progressivement à cette époque. A la veille de la Seconde Guerre mondiale, l'hôpital de Saint-Alban est un vieil asile, tenu par des religieuses, dans une région reculée et abandonnée du Massif Central, en Lozère.

Ce lieu de soin va être marqué par l'arrivée de François Tosquelles en janvier 1940. François Tosquelles est un psychiatre catalan, qui vient se réfugier en France, à la fin de la guerre civile en Espagne. En effet, après sa victoire, Franco condamne à mort, de nombreux républicains, dont Tosquelles fait partie (53–55).

Ce dernier est donc obligé de quitter l'Espagne, alors qu'il a déjà une riche expérience en tant que psychiatre. Il arrive en France en septembre 1939. Il se retrouve, alors, dans un camp de concentration de réfugiés, du Sud de la France.

Le 6 Janvier 1940, des médecins de l'hôpital de Saint Alban, vont l'aider à s'en sortir et l'accueillir dans leur hôpital. Cette rencontre va être très fructueuse. Ce dernier est persuadé que l'expérience psychiatrique, qui était déjà sienne, pourrait être utile à la lutte antifasciste dans laquelle la guerre de 1939 s'inscrit. Psychanalyste, il dispose de solides connaissances sur Freud grâce à la venue de psychanalystes hongrois qui ont fui le nazisme. Il essaie alors d'imaginer comment cette formation analytique peut servir à concevoir des structures de soins

non-asilaires (53,57).

En 1942, Lucien Bonnafé prend la direction de l'hôpital de Saint-Alban et rejoint donc Tosquelles dans « sa révolution de désaliénation ». Ils constatent tous deux, comme Le Guillant, que les patients qui ont des liens avec le dehors de l'asile, ont tendance à voir leurs troubles diminuer, et peuvent, de ce fait, apporter de la nourriture au sein de l'hôpital (53).

C'est ainsi, qu'à Saint-Alban, le personnel soignant et les malades organisent l'approvisionnement de l'hôpital, avec la complicité de la population.

L'hôpital de Saint Alban devient alors un lieu de résistance et de refuge pour un grand nombre d'exclus politiques, sociaux et intellectuels. Ainsi, se côtoient, dans ce même lieu, des résistants, des malades mentaux ainsi que des intellectuels comme le poète Paul Eluard ou encore le philosophe Georges Canguilhem (53).

Les médecins associent leurs activités de résistance à un travail de remise en cause de l'asile.

Pour eux, les luttes contre l'occupant et contre la sur-aliénation sont indissociables.

Ce chantier est le point de départ de la psychothérapie institutionnelle et la psychiatrie de secteur.

Cela se traduit, au sein de l'hôpital, par une multitude de changements au quotidien : *« on enlève les barreaux aux fenêtres, on ouvre les portes, les patients participent à des réunions décisionnelles, les infirmiers sont formés et ne jouent plus le rôle de gardiens, un réseau d'entraide avec les familles et les paysans du village va également se mettre en place »* (53).

Tosquelles reste quelques temps à St Alban, où Jean Oury, fondateur de la clinique de La Borde, vient également travailler. Ce dernier théorise la psychothérapie institutionnelle comme étant un lieu le moins aliénant possible. Il peut dire : *« N'avons-nous pas le devoir de rendre « habitables » ces lieux désertiques dans lesquels se sont égarés, souvent à jamais, ceux que nous nommons psychotiques ? »* (53).

Ces médecins vont ainsi être les précurseurs d'une innovation au sein de la pratique psychiatrique, qui est le développement simultané de la psychothérapie institutionnelle et la

psychiatrie de secteur. Nous allons tenter d'en expliquer les grands principes.

2) La psychothérapie institutionnelle.

Ce mouvement prend donc naissance dans ce contexte particulier de la Seconde Guerre mondiale, devant la nécessaire critique radicale de l'asile, qui dominait jusque-là. Cette nouvelle façon de percevoir les soins permet la transformation de la psychiatrie, en France(53). Nous devons rappeler l'influence des idées d'*Herman Simon*, psychiatre allemand, qui insiste sur l'importance d'associer l'amélioration de l'état des malades et l'amélioration de leur cadre de vie qu'il décrit dans son livre « *Expérience de Gütersloh, pour une thérapeutique plus active* ». Pour lui « *Pour soigner les malades mentaux, il faut également soigner l'institution* » (57,58). Il faut ainsi lutter contre trois maux menaçant les malades mentaux « *l'inaction, l'ambiance défavorable de l'hôpital et le préjugé d'irresponsabilité du malade lui-même* » (54). C'est dans l'après Seconde Guerre mondiale, que l'histoire des thérapeutiques institutionnelles s'inscrit dans le renouvellement de l'assistance psychiatrique inaugurée par Balvet en 1942, au congrès de Montpellier.

Ce dernier et Tosquelles, dénoncent l'état des malades mentaux et reprennent l'idée d'H. Simon, selon laquelle « *il faut considérer la collectivité elle-même comme malade et déterminer par quel processus les établissements psychiatriques aggravent les malades mentaux* », ce que J. Oury, appellera plus tard *la pathoplastie* (57,58).

La dénomination « Thérapeutiques institutionnelles » apparaît pour la première fois en 1952, dans un article intitulé « La psychothérapie institutionnelle française », publié dans la revue *Anais Portugueses de Psiquiatria*, écrit par deux psychiatres français : Georges Daumezon et Philippe Koechlin (57,58).

Il s'agit du début d'un long processus de théorisation, qui court encore aujourd'hui. Il n'est pas possible de donner une origine à ce qui s'est mis en place, peu à peu, sans concertation, dans différents lieux. Il n'y a pas d'inventeur, pas d'acte de naissance (53).

Ce concept est donc lié aux efforts de transformation d'un certain nombre de services des

hôpitaux psychiatriques français.

Les thérapeutiques institutionnelles démontrent la volonté de préserver le visage humain de la psychiatrie, en insistant sur des pratiques concrètes qui mettent le sujet, bien qu'il soit malade mental, au centre de sa « guérison » (53).

Elles contribuent, par leurs réflexions, notamment autour de la prise en charge du patient et sur la problématique de la chronicité, à organiser les soins de telle manière que le patient puisse compter sur l'institution dans la durée. Cependant, les pratiques institutionnelles ne prétendent pas être capable de le faire à elles seules ; bien au contraire chacun des partenaires avec sa spécificité, et qui s'occupe du patient, travaille en articulation avec cette institution, tout en gardant le patient au centre de la prise en charge. Ce travail de réseau est une des avancées que les thérapeutiques institutionnelles ont théorisées et permises (53).

Si nous définissons les termes qui composent cette locution, nous pouvons rendre compte des intentions de ce mouvement.

Avant tout, il est important de souligner que la psychiatrie est une branche de la médecine dont la spécificité et la fonction sont de traiter les maladies mentales des enfants et des adultes. Mais ce qu'il ne faut pas oublier, c'est l'importance de la prise en considération de la personne, qui porte les symptômes psychiatriques. Cette personne doit être accueillie avec la plus grande attention. La psychiatrie est donc une médecine prenant en compte le facteur humain. Il n'y aura donc pas de travail psychothérapeutique sans accueil de l'humain.

De plus, la psychothérapie est constituée par l'ensemble des méthodes qui permettent de traiter l'appareil psychique en souffrance. Si des approches de cette problématique existent depuis l'antiquité, c'est principalement à partir du siècle des lumières, avec le développement d'une conception philosophique de l'homme, qu'une première forme de psychothérapie naît, celle du « traitement moral » de Pinel (53,55).

Puis un siècle plus tard, c'est la découverte de l'inconscient par Freud, qui donne naissance à la psychanalyse. Il s'avère donc que la démarche psychothérapique a pour but de redonner

du sens aux symptômes entendus comme signes de la souffrance psychique humaine, en les resituant dans l'histoire d'un sujet. Ainsi, tout ce qui concourt à diminuer cette souffrance entre, par son mode d'action, dans le champ de la psychothérapie.

Quant à l'institution, comme le définit Michaud, elle « a pour fonction essentielle d'être un système de médiation permettant l'échange interhumain à plusieurs niveaux », « c'est précisément pour régler cet échange entre la demande du sujet et la réponse que lui apporte le groupe, que va se placer l'institution » (59).

L'institution est le chaînon manquant entre le sujet et les autres, il s'agit d'une co-construction entre le sujet malade (le patient) et les autres, chargés de le soigner (les soignants). C'est un objet transitionnel qui met en relation le sujet et les autres (53).

C'est principalement pour les personnes psychotiques, que des établissements psychiatriques ont d'abord été pensés. Puis progressivement, les équipes soignantes sont devenues la pierre angulaire de leur accueil et de leur traitement, aboutissant à la notion fondamentale *d'institution*.

Cette conception de l'institution est donc corrélative des patients les plus en difficultés psychopathologiques, qui ont besoin, en cas de décompensation, d'un lieu et surtout d'une équipe soignante pour les accueillir et les soigner. Parmi ces patients les plus gravement atteints, les personnes psychotiques sont en proportion les plus nombreux (53,58).

C'est ce qu'Hélène Chaigneau évoque, lorsqu'elle explique la nécessité de créer des institutions, là où il n'y a que des établissements. Elle développe en effet l'idée de former le personnel soignant, de modifier le fonctionnement hiérarchique et de développer une stratégie pour la favorisation d'une prise de décision collective (60).

Pour la psychothérapie institutionnelle, il convient d'accueillir les patients dans des espaces qui ne préjugent ni de leurs pathologies, ni du pronostic qui lui est attaché. C'est pourquoi cette dernière organise un dispositif de soins de façon à ne faire aucune ségrégation, afin de

préserver chez chaque humain présentant des problèmes psychopathologiques, ses capacités de réorganisation ultérieure. Chaque être humain est singulier, et quand bien même des analogies peuvent être trouvées entre plusieurs, la psychiatrie se doit de construire pour chaque patient *une thérapeutique « sur mesure »*.

Il est important, également, de souligner le travail de Georges Daumézon, qui devient le médecin-directeur de Fleury lès Aubrais en 1938. Il rédige sa thèse sur « la situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés. » (53,61).

Il met l'accent sur l'importance d'une étude sociologique du milieu asilaire et sa transformation par la création d'activités diversifiées fournissant aux patients des occasions de rencontres et d'échanges. Pour la réalisation de cet objectif, il montre l'importance de ce personnage en position particulière avec les malades, qu'est l'infirmier ; il met en place avec Germaine Le Guillant, des stages de formation destinés spécifiquement aux infirmiers en psychiatrie. Ils créent en 1949, des stages de formation dans le cadre du CEMEA (Centre d'Entraînement aux Méthodes d'Education Active), qui vont avoir une grande influence dans la diffusion de cette action transformatrice. C'est un lieu de rencontre entre médecins et infirmiers. Il en découle alors, un changement radical de leur attitude professionnelle et le désir de mise en place de structures désaliénantes et thérapeutiques (58).

Les psychothérapies institutionnelles permettent « *de structurer les équipes soignantes de psychiatrie, de telle façon qu'elles soient aptes à la pratique de psychothérapies véritables* » (P.Delion) et ainsi « *faire que les petits rien de la vie quotidienne fassent du lien dans le soin, même si ce travail semble invisible au premier abord.* » (Équipe du secteur de Landerneau)

3) La création de la psychiatrie de secteur

La psychiatrie de secteur se développe de manière concomitante à la psychothérapie institutionnelle. Elle est relative à la circulaire du 15 Mars 1960, qui fait référence au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales (62).

Cette circulaire organise le système de santé en secteurs et crée le concept de structure extrahospitalière.

Le territoire national est alors découpé sur des critères géo-démographiques, en entités appelées secteurs, d'un effectif d'environ 70 000 habitants, où est mis à disposition un service de protection mentale. L'idée est de permettre aux patients de pouvoir quitter l'hôpital, tout en leur garantissant la possibilité d'un suivi, avec pour objectifs, le traitement précoce des troubles et l'apport de soins en postcure afin de prévenir les rechutes et lutter contre la désadaptation iatrogène. Les moyens mis en œuvre sont basés sur une même équipe assurant le travail tant en intra hospitalier qu'en extrahospitalier et gardant à l'esprit qu'une hospitalisation ne représente qu'un temps dans la prise en charge et que le reste doit se construire en lien avec la cité (62).

Mignot ajoute que le secteur doit se créer de telle façon que « la continuité des soins soit la plus satisfaisante », c'est-à-dire qu'un patient puisse être « contenu » par l'ensemble des lieux créés, à tous les moments et étapes de sa vie en suivant la temporalité de ce dernier (53).

François Tosquelles dit à ce sujet « *si le médecin quitte l'hôpital pour quitter la folie, il se goure [...]. Cela ne veut pas dire que tous les hommes sont fous à lier ou à interner, mais que la folie est constitutive de l'homme* » (63).

La mise en place de la psychiatrie de secteur à partir des années 1970 va avoir une influence déterminante dans l'extension des idées et des pratiques de la psychothérapie institutionnelle, dans la mesure où, pour ses fondateurs, l'importance de la désaliénation à accomplir est déterminante pour changer le visage de la psychiatrie. Plusieurs scénarios vont se dérouler(53) :

- soit le service hospitalier est ancien et possède un passé très asilaire en ce qui concerne les pratiques : la mise en place du secteur extra-hospitalier sera pour le moins laborieux.

- soit le service hospitalier n'existe pas et il va s'agir d'une implantation préalable. La question des hospitalisations se posera souvent d'une façon conflictuelle avec les services, qui se chargeaient des hospitalisations à leur place auparavant.
- soit le service hospitalier a depuis longtemps commencé à travailler dans un esprit de secteur et cette réforme va se mettre en place dans de bonnes conditions humaines, tant pour les patients que les soignants.

Le principe fondamental du secteur est *le refus de la ségrégation et l'enfermement du malade mental, et ainsi respecter la dignité de ce dernier*. On ne se contente plus de garder le malade, ou de l'assister ; mais le but est de le soigner pour le ramener dans la communauté sociale. Le deuxième principe est *la continuité des soins*, la responsabilité en continu de la même équipe soignante pour toutes les phases de l'itinéraire thérapeutique d'un patient. Le troisième principe est *de faciliter l'accès aux soins*, ainsi que d'assurer des soins égaux pour tous (53). Les moyens nécessaires pour respecter les principes de la sectorisation sont, tout d'abord, une hospitalisation ne représentant qu'une étape dans la prise en charge. Ensuite, mettre en place des structures extra-hospitalières telles que les dispensaires d'hygiène mentale, les foyers et les ateliers protégés. Enfin, il faut qu'une même équipe assure le travail intra et extra-hospitalier. Mais aussi, nécessité qu'en intra-hospitalier, le travail s'organise avec des unités de taille réduite afin de laisser de l'autonomie aux équipes soignantes.

La psychothérapie institutionnelle a alors deux buts. Premièrement, éviter que l'hôpital soit vécu comme le mauvais objet ; le deuxième élément est de gérer des lieux de rencontre. P. Delion dit :

« *La psychiatrie de secteur est la condition d'exercice de la psychiatrie. C'est la formulation administrative du lieu transférentiel. Tandis que la psychothérapie institutionnelle est la méthode organisatrice.* » (53).

Les questions de la ségrégation se posent avec acuité dans la mesure où, chaque service a accueilli les patients hospitalisés dans différents services antérieurement très cloisonnés, à la

fois sans mixité vraiment réalisée, avec des séparations de pathologies beaucoup trop rigides. Les infirmiers psychiatriques sont très actifs dans cette transformation de la psychiatrie. Ils ont été une des principales forces pour ces changements très profonds.

Ces changements ont du mal à voir le jour, notamment à cause de la rupture entre milieu politique et psychanalyse suite à la libération en 1945.

L'asile reste toujours présent, même si le secteur a été pensé dès 1960. Le secteur sera administratif, loin de l'image sociale que proposaient ses fondateurs. C'est dans les années 1960, que sont fondés de nombreux asiles-villages, ce qui semble être un paradoxe immense au vue de l'idéologie naissante à cette époque (50).

Ainsi dans les suites de l'asile village, une nouvelle organisation des lieux va voir le jour. C'est donc dans l'idée du secteur que prennent naissance les hôpitaux urbains, afin de se trouver au plus près de la population. Le lieu, d'accueil et de soins, est adjacent à un centre social afin d'acquérir un mode de vie « normalisé » pour les patients. De plus, d'un point de vue économique, les coûts sont moindres. L'hôpital est alors perçu comme un support contenant pour les patients nécessitant une hospitalisation. Cependant 20% des chambres construites seront à un lit, et le reste seront majoritairement des dortoirs (3). Il y sera associé des ateliers, une cafeteria et salle de spectacle, cependant rien n'est précisé concernant le confort ; ainsi un petit « asile de secteur » s'est créé (3,64).

Il va s'en suivre une nouvelle idée récente, qui est l'intégration des services de psychiatrie au sein de l'hôpital général. Pourtant, des résistances vont apparaître ; la discipline psychiatrique étant restée longtemps éloignée des services médicaux. Des difficultés de conception doivent être appréhendées comme la question de l'espace, où le service de psychiatrie doit adopter une architecture médicale, en devant renoncer alors à « l'aménagement des relations humaines » (3).

Un service médical est organisé pour faire l'économie des rencontres, qui est bien sûr l'inverse d'un service de psychiatrie (65). Comme le souligne Emilien Morabito, il y a une nécessité à

réintégrer la psychiatrie dans le champ de la médecine, qui sera une aide plus que bénéfique pour les patients. Possibilité de bénéficier de prises en charge multidisciplinaires, une proximité des plateaux techniques permettant une collaboration avec les autres disciplines. Réduction nécessaire du rôle d'assistance des services de psychiatrie et ainsi réduire le nombre d'inadéquats. L'idée étant de remplacer les murs par une équipe coordonnée de professionnels, qui porteront le cadre thérapeutique (3).

Les hôpitaux psychiatriques deviendront dans les suites de la réforme hospitalière de 1972, les Centres Hospitaliers Spécialisés, ayant dans l'idée d'accueillir les personnes souffrant de troubles psychiques mais aussi ceux présentant des déficits mentaux, des addictions, et des personnes âgées qui ne peuvent intégrer des maisons de retraite. La notion d'assistance est donc encore prégnante. C'est en 1991, que ces lieux prendront le nom d'Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM).

En parallèle en Europe, des mouvements antipsychiatriques émergent, notamment en Italie, avec Franco Basaglia qui va se battre pour que les hôpitaux psychiatriques ferment, car pour lui la seule et réelle responsable de la maladie mentale, c'est la société (54,66).

La deuxième partie du XXème siècle représente l'essor de la médicalisation de la psychiatrie avec la généralisation de l'usage de thérapeutiques chimiques, ainsi que le développement d'une vision biologique de cette discipline. Les médicaments vont permettre aux patients de communiquer avec les soignants plus facilement, et donc de sortir plus rapidement de l'hôpital. L'antipsychiatrie en France va connaître un bref élan en mai 68, mais elle n'aura pas beaucoup d'influence, contrairement à l'Italie qui vote la fermeture des hôpitaux psychiatriques. Le secteur est inscrit, en France, dans le code de la santé.

4) Petit zoom sur l'histoire de la pédopsychiatrie

Il est difficile pour les historiens de donner une date de naissance précise pour la discipline pédopsychiatrie. L'enfant et l'adolescent ont préoccupé très tardivement les psychiatres qui, longtemps, ne se sont guère intéressés qu'à des états terminaux chez des malades hospitalisés (67).

Ce n'est qu'au XXe siècle que l'on commence à en parler. Cependant, de tout temps, les enfants présentant un dysfonctionnement psychique ont fait l'objet d'observations ; les attitudes qui en découlaient variant considérablement d'une époque à l'autre, suivant les conceptions du moment. Il faut également noter que pendant très longtemps, l'enfant n'a pas été reconnu dans sa spécificité (68).

La période qui s'étend du Moyen Age au XVIIIe siècle, peut être considérée comme «La préhistoire de la psychiatrie infantile » (68).

Au Moyen Age, le « fol » et l'enfant sont confondus. La réponse de la société de l'époque est la dérision ou le châtiment pour ceux qui l'agresse.

Les « enfants sorciers » sont assimilés comme les possédés, et, la torture est utilisée pour obtenir les aveux. Au XIIIe siècle à Gheel, en Belgique, est créée une institution destinée aux enfants souffrant d'un retard intellectuel et de troubles mentaux (68).

Le XVIe siècle, la période du grand renfermement, se couvre de lieux d'internement destinés aux auteurs de troubles. C'est ainsi que l'on retrouve enfermé, les « enfants abandonnés, les enfants de correction, les enfants irrespectueux, paresseux et enclins à la débauche ».

Lors du début de l'ère industrielle en Europe, il semble que le problème d'éducation des enfants abandonnés soit réglé par la mise au travail : c'est la naissance des « workhousess » en Angleterre (68).

La loi du 24 Juillet 1889 institue la protection des mineurs, en les accueillant puis en les plaçant en apprentissage en milieu agricole ou industriel. Les résultats furent regrettables, car en effet, les enfants affectivement gravement carencés, étaient renvoyés pour indiscipline ou fuyaient.

Des « écoles de réforme » sont créées, qui pour certaines deviennent de véritables « bagnes d'enfants » (68).

En France, tout au long des XVIe et XVIIe siècles, la pédagogie intéresse de plus en plus, et, le petit enfant est regardé comme un petit animal livré à ses seuls instincts.

A la fin du XVIIe siècle, toutefois, on commence à s'intéresser à l'enfant pour lui-même et à ses potentialités. Locke amorce l'idée de J.J Rousseau, qui pense que « *dans chaque enfant, existe un génie naturel dont il faut tenir compte* » (68).

Longtemps les handicapés de toutes sortes furent, s'ils n'étaient pas anéantis, relégués en des isolats qui les excluaient du monde des vivants. Cependant, quelques esprits éclairés s'intéressèrent à leur sort et furent ainsi les promoteurs d'une éducation spécialisée.

C'est par la considération des sourds-muets et aveugles que furent imaginées les premières méthodes d'éducation.

Au cours du XIXe siècle, la psychiatrie est marquée par des hypothèses constitutionnalistes. Cette période inaugure les prémices de la pédopsychiatrie au nom d'un pragmatisme nécessaire et d'un idéal philanthropique post-révolutionnaire (68).

La prise en charge des « enfants idiots » illustre les débuts de la pédopsychiatrie. Il est à noter qu'en dehors de cette catégorie, la maladie mentale est très rarement perçue à cette époque. S'esquisse alors, deux problèmes considérables et qui interpellent la société lors de cette période.

Le premier étant la prise en charge des enfants atteints d'idiotisme, mêlés alors, dans une affreuse promiscuité, aux adultes déments dans les asiles.

Le second problème est la prise en considération des enfants et adolescents marginaux, abandonnés, indigents, vagabonds, délinquants, qui échouent alors à cette époque à l'Hôpital Général (68).

Esquirol, l'inventeur du traitement moral, différencie la démence de l'idiotie, terme qu'il préfère à celui de l'idiotisme.

Au début de ce siècle, en 1800, se situe la « sublime tentative d'Itard », qui se voue pendant quatre années à la rééducation du « fameux sauvage de l'Aveyron » et publie des observations fines qui deviennent un modèle d'analyse psychiatrique d'un enfant. Cet enfant sauvage devait être un enfant autistique avant l'heure (68).

Il s'en suit les observations des aliénistes de Bicêtre et de la Salpêtrière amenés à s'occuper des enfants « idiots » de leur service. C'est le cas notamment de J.E Belhomme qui écrit « un essai sur l'idiotie ». J.P Falret, tente le premier regroupement d'enfants idiots.

Ferrus, choqué par l'état pitoyable des enfants idiots et épileptiques qu'il trouve dans son service de Bicêtre, organise dès 1828 un centre spécifique qui leur est réservé. Ce dernier s'intéresse également au sort des enfants caractériels et délinquants.

Ainsi, une idée émerge qui est d'extraire les enfants délinquants des prisons des adultes, « la prison étant l'école du crime ».

C'est alors qu'en 1832, le Comte d'Argout, décrit la nette différence entre sanction pénale, applicable aux condamnés, et, les mesures éducatives qui conviennent aux enfants acquittés et ayant agi sans discernement. Le comte d'Argout est, en quelque sorte, l'inventeur des « familles d'accueil ». A l'époque ces idées novatrices subissent des réticences (68).

M.Parchappe, Inspecteur Général des asiles d'aliénés, considère, en 1853, comme indispensable la création dans tous les asiles d'un quartier réservé aux enfants jusqu'alors mêlés aux adultes dans une affreuse promiscuité (48,68).

D.M. Bourneville considère d'un côté les pathologies lourdes qui relèvent d'une étiologie somatique grave et extrêmement invalidante, et de l'autre côté, un ensemble très hétérogène de troubles regroupés sous les qualifications d'imbéciles et d'arriérés. Il n'est pas en accord avec l'idée d'incurabilité des idiots et de leur enfermement.

Au XXe siècle, la psychiatrie s'appuie sur l'anatomopathologie, les découvertes biologiques et la psychologie expérimentale dont Alfred Binet est le fondateur.

Dans ce même siècle arrive Freud, dont l'œuvre va jouer un rôle essentiel, en décrivant le

psychisme de manière novatrice et considère le psychisme de l'enfant. C'est alors dans une démarche nosographique, que la pédopsychiatrie se détache de la psychiatrie de l'adulte et ainsi la maladie mentale de l'enfant ne s'assimile plus indûment à la psychiatrie générale. Elle est caractérisée par une approche descriptive des symptômes mais aussi l'étude de chaque cas, où il convient de faire le bilan de la situation familiale et sociale. Ainsi, le psychiatre d'enfants doit alors travailler dans des équipes multidisciplinaires représentées dans les centres de guidance infantile et prendre en considération la dynamique familiale (67).

Aux États-Unis, le premier service de psychiatrie infantile fut créé par Leo Kanner en 1930 dans un hôpital de Baltimore (à l'hôpital Johns Hopkins). C'est ce dernier qui introduit la question de l'autisme infantile en 1943.

La pédopsychiatrie prend son essor, en France, autour de l'école de la Salpêtrière, entre les deux guerres mondiales, sous l'impulsion de Georges Heuyer qui s'émancipe à la fois des modèles psychiatriques centrés sur l'asile et de la pédagogie. Georges Heuyer reçoit en France la première émissaire de Freud, Eugénie Sokolnicka.

La psychanalyse lui apparaît alors comme une voie de compréhension et de traitement. C'est ainsi que l'acte de naissance de la psychiatrie infantile en France, fut officiellement signé en 1925, lorsque fut créée la clinique annexe de neuropsychiatrie confiée par Goerges Heuyer. Ce dernier a un rôle de pionnier et de rassembleur. En 1937, accompagné de Tramer et Kanner, il organise la première Conférence Internationale de psychiatrie de l'enfant. Il est également en 1948, le titulaire de la première chaire de psychiatrie infantile (68).

La pédopsychiatrie, en France, s'est développée essentiellement à partir des années 70. Dès les années 60, elle a sorti les enfants des lieux d'enfermement et leur a permis, dans un premier temps, de trouver une autre voie d'existence puis de se construire en étant intégrés de plus en plus à la société (69).

La pédopsychiatrie a connue, dans les années 1960-1980, l'arrivée des psychanalystes comme Michel Soulé, Roger Misès, Serge Lebovici, René Diatkine, etc. L'élève de Heuyer,

Serge Lebovici, joue un rôle essentiel dans l'introduction de la psychanalyse dans la pratique pédopsychiatrique. Le mouvement psychanalytique contribue au concept de schizophrénie et certains auteurs comme Ajuriaguerra, Lebovici préfèrent la notion d' « états psychotiques », différenciant ainsi la psychose précoce et les troubles plus tardifs.

C'est dans ces mêmes années que se développe la psychiatrie du nourrisson par les pédopsychiatres S. Lebovici, R. Diatkine et M. Soulé. D'autres psychiatres adultes comme Lemperrière vont continuer le travail de Marcé sur la psychiatrie périnatale. C'est dans cette dynamique bipartite que la première unité d'hospitalisation à temps plein s'est ouverte à Créteil en 1979, en psychiatrie de l'enfant, puis que des hospitalisations conjointes dans le service de psychiatrie adulte de l'hôpital Paul Brousse, à Villejuif, ont été possibles à partir de 1980 (70). Le berceau des hospitalisations mère-enfant se situe en effet au Royaume-Uni. Ces expériences ont débuté sous l'impulsion de Douglas, Main et Baker, à l'initiative d'une patiente qui, en 1948, demanda l'autorisation d'emmener son bébé avec elle durant son hospitalisation. Le « climat » était propice à ce type d'expériences, car l'évacuation des enfants en bas âge lors du Blitz avait participé à révéler les effets potentiellement délétères de la séparation d'un enfant et de sa famille, et fortement orienté l'attention des soignants en périnatalité. De plus, les travaux parallèles des psychanalystes comme M. Klein, d'éthologues comme K. Lorenz et H. Harlow, de pédiatres-psychanalystes comme D. Winnicott, associés à l'élaboration de la théorie de l'attachement par J. Bowlby, avaient participé à créer un climat propice à ce type d'expériences. En France, les premières hospitalisations mère-bébé sont attribuées à Racamier en 1961. L'article de cet auteur « La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum » a été novateur en France. En effet, il y prônait l'hospitalisation conjointe des mères psychotiques et de leur enfant dans le post-partum, suggérant de créer des unités d'hospitalisation pour les mères et leurs enfants, et pensait même qu'un accoucheur devait être rattaché aux hôpitaux psychiatriques (70).

La naissance des hôpitaux de jour, dont les professeurs Roger Misès, Serge Lebovici et René

Diatkine ont été les pères fondateurs, a été décisive dans le destin de ces enfants, notamment pour ceux souffrant de ce qui est appelé actuellement troubles envahissants du développement (69).

En 1974, J. de Ajuriaguerra reprend à L.Kanner la description du développement de la psychiatrie de l'enfant dans les quatre premières décennies du XXe siècle : la première décennie est marquée par l'introduction de la psychométrie et la divulgation des travaux psychanalytiques. La deuxième décennie est marquée par l'intérêt pour l'enfance et la jeunesse délinquante ; création d'établissements spécialisés. Au cours de la troisième décennie s'est développé, dans les pays anglo-saxons surtout, le mouvement des centres de guidance infantile. L'intérêt pour le milieu de vie de l'enfant, familial ou scolaire, s'y manifeste avec éclat. La quatrième décennie, quant à elle, est caractérisée par des essais thérapeutiques et la psychothérapie influencée par la psychanalyse (67).

Durant la majeure partie du XX^e siècle, la neurologie et la psychiatrie étaient considérées en France comme une seule spécialité, exercée par les neuropsychiatres. La scission entre les deux disciplines s'est déroulée en 1968.

Actuellement, en France, la psychiatrie publique est organisée autour des secteurs, coïncidant à une zone géographique définie, reposant sur la circulaire de mars 1960. Ainsi, en psychiatrie infanto-juvénile, les services de pédopsychiatrie s'organisent et s'étendent sur trois secteurs de psychiatrie générale, soit environ 120 000 habitants. Ces deux entités sont indépendantes l'une de l'autre.

Dans les années 1990-2010, la discipline connaît l'arrivée de visions centrées sur le trouble, sur l'abord neuro-scientifique et les interactions entre la biologie et l'environnement.

En 2012, le dispositif de soins est constitué de 320 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, 321 Centres Médico -Psycho Pédagogique (CMPP, de statut médico-social), des services de pédopsychiatrie en pédiatrie, quelques structures associatives remplissant les fonctions de CMP, aux côtés des professionnels libéraux, psychiatres et psychologues. 398 000

patients étant pris en charge en 2008 en pédopsychiatrie publique, pour 13 424 764 jeunes de 0 à 16 ans (3%), auquel il faut rajouter les enfants suivis en ambulatoire par les CMPP (52 000 en 2003) (69).

Nous pouvons conclure cette partie, avec quelques réflexions :

De toute époque de l'humanité la folie est présente. C'est ce que C.Quétel dit sous la forme :

« La folie est aussi ancienne que l'humanité et j'imagine qu'elle durera aussi longtemps qu'elle. » (4).

Nous pouvons donc porter notre réflexion sur les différents mouvements que l'histoire de la psychiatrie occidentale a connu, au cours des différentes époques, notamment au niveau de l'organisation spatiale des lieux d'accueil de la « folie ». L'histoire montre, en effet, des directives différentes au cours du temps, sur la place que pouvait occuper les personnes atteintes de troubles mentaux, en réponse notamment au regard sociétal.

Ainsi, chacune de ces sociétés, au cours de l'histoire, tente de donner une place à la folie, en fonction des représentations de l'époque sur cette dernière, en rapport, le plus souvent, avec les facteurs tant religieux, que philosophiques, mais aussi économiques.

L'histoire montre une évolution non linéaire, faite d'allers-retours sur la considération et l'acceptation de la folie, avec une possibilité de mise en parallèle avec les lieux et la place dédiés aux personnes souffrant de ces troubles, au cours des époques.

La pensée autour de la maladie de l'âme, de la folie, de l'aliénation, de la maladie mentale, telle appelée en fonction des périodes historiques, n'est pas homogène.

En effet, même si dans l'Antiquité des théories ont pu être pensées sur l'origine de la folie, avec notamment la prédominance des théories organiques, prenant en considération le fait que l'origine de la folie, soit comme toute autre maladie somatique, il n'y avait pas de lieux spécifiques qui lui étaient dédiés.

De même, nous pouvons comprendre qu'à la Renaissance et jusqu'à la révolution, les fous vont être dans des lieux non spécifiques. Ils se retrouvent ainsi un peu partout et nous

constatons qu'ils ne figurent que très rarement au sein des textes officiels de cette période. Et c'est par leurs comportements atypiques, que quelques spécificités vont s'organiser au sein des structures architecturales existantes.

Il faut ainsi, attendre après la Révolution, à l'aube du XIXe siècle, pour voir apparaître pour la première fois, un lieu spécifique dédié à l'accueil des personnes présentant des troubles mentaux.

C'est par la création de l'asile, que l'individualisation de la folie et l'humanisation des lieux d'accueil sont réfléchies. Pour la première fois, il est possible d'entrevoir l'apport du soin pour ces troubles, en lui dédiant un lieu spécifique à part entière. En effet, ce lieu est conçu comme un vecteur de guérison, grâce à des qualités spatiales, que l'on veut lui donner : l'isolement, la symétrie, la hiérarchisation et l'ambiance ordonnée.

Ainsi en créant l'asile, les aliénistes ont engendré un espace géographique pour le soin de la folie. Cette vision du lieu « soignant » a permis la création d'une dynamique autorisant de penser qu'un lieu puisse être « contenant » en autorisant également, une ouverture vers la guérison.

Cela met en évidence le fait qu'il existe également au niveau psychique, un espace topographique sur lequel, comme le dit Esquirol « entre des mains habiles », le lieu peut apporter une guérison.

Que ce soit dans les civilisations anciennes, l'Antiquité, le Moyen Âge, la Renaissance, la Révolution et même le début du XIXe siècle, des courants bien distincts se sont côtoyés et opposés.

L'emprise des idées religieuses a souvent contraint, la manière dont on s'occupait des fous, à régresser et à faire subir à ceux qui en souffraient les pires châtements. Ces périodes ont également été entrecoupées de progrès, notamment avec des idéologies philosophiques qui ont permis d'avancer sur l'humanisation du traitement des fous.

Nous pouvons donc nous rendre compte, des nombreux allers-retours idéologiques,

responsables du sort des personnes souffrant de troubles psychiques tout au long de l'histoire de la psychiatrie occidentale. Nous constatons effectivement l'importance de la non linéarité des courants de pensée, notablement influencés par des phénomènes religieux, moraux ou philosophiques, au cours des époques.

Nous retrouvons également quelques couples d'opposition au niveau des conceptions architecturales, qui ont oscillé tout au long de l'histoire de la discipline. Cela a marqué l'évolution des lieux, au cours des époques, dédiés à la prise en charge de la folie.

Nous pouvons en répertorier quelques-uns, comme notamment les allers-retours entre « inclusion/exclusion », entre « soin du corps/soin de l'esprit », entre « ouverture/fermeture », entre « grandes structures/petites structures architecturales », entre « humanisation/déshumanisation de la manière dont on traite les fous », « enrichissement/appauvrissement des savoirs de la discipline ».

La suite de ce travail va tenter d'aborder, les dynamiques sociales mises en jeu actuellement. Nous tenterons d'appréhender ces dernières, afin de savoir si elles influencent encore le paysage de la discipline de nos jours.

Notre regard se portera sur les personnes souffrant d'un trouble psychique au sein de la société actuelle, notamment dans le cadre des créations de lieux de soins nouveaux dans le champ de la psychiatrie, avec pour intention d'en décrire les déterminants.

C'est donc dans la deuxième partie de ce travail, que nous allons tenter de découvrir, grâce à une observation clinique récente, comment les lieux sont pensés pour l'accueil des personnes souffrant de troubles psychiatriques au XXI^e siècle et ainsi observer l'importance encore actuelle de la place à donner aux lieux de soin dans la discipline.

PARTIE II : Histoire d'un déménagement

Une psychiatrie qui déménage, la place de l'architecture dans les soins en psychiatrie.

Au cours de mon internat, j'ai eu l'opportunité de vivre un déménagement au sein d'un établissement psychiatrique, regroupant deux secteurs de psychiatrie adulte. Je me suis rendue compte assez vite que pour la plupart des psychiatres, vivre le déménagement d'un service de psychiatrie, au cours de sa carrière professionnelle est une chose rare.

Jeune interne en psychiatrie, c'est au début de mon second semestre d'internat, en Mai 2012, que je me suis interrogée sur les changements que la discipline psychiatrique était en train de vivre, actuellement.

En effet, des questions se sont présentées à moi, lors de mon arrivée sur le secteur de psychiatrie adulte de Carvin, où je devais prendre ma fonction d'interne. Au fur et à mesure que les semaines passaient, je me suis rendue compte que ce secteur allait vivre un changement considérable dans son histoire : un déménagement.

J'ai, ainsi, saisi l'opportunité de vivre cet événement aux côtés des patients et des soignants. J'ai donc passé une année complète auprès d'eux et j'ai essayé de retranscrire l'ensemble des éléments que j'ai pu observer tout au long de ce processus.

I) Présentation du projet : ce qui a motivé le déménagement.

1) Contexte géographique et historique.

Le secteur de Carvin, se compose de soins en ambulatoire grâce à son Centre médico-psychologique (CMP) qui se situe dans le centre-ville de Carvin, ainsi qu'un hôpital de jour se trouvant, quant à lui, sur la ville d'Hénin-Beaumont. En effet, cet hôpital de jour fonctionne en intersectorialité avec le secteur psychiatrique voisin d'Hénin-Beaumont. Il en est de même pour les soins en hospitalisation complète, qui sont dispensés au sein de Centre Hospitalier d'Hénin-

Beaumont (CHHB).

Ainsi ces deux secteurs cohabitent depuis de longue date ensemble, en réalité depuis la création du Centre Hospitalier Henri Sellier. Ce dernier a ouvert ses portes en 1978, dans le cadre de la politique de sectorisation des soins en psychiatrie. Ces deux secteurs ont donc déjà vécu un premier déménagement, dans une optique de rapprocher les patients, pris en charge sur le secteur, de leur domicile.

Il faut cependant noter que chacun des deux secteurs occupait un étage bien distinct du Centre Henri Sellier et il y avait donc des fonctionnements qui pouvaient différer entre les deux.

Avant l'arrivée des deux secteurs sur Hénin Beaumont, l'ensemble des soins étaient réalisés sur le site de l'hôpital Saint Jean de Dieu à Lommelet, un Hôpital psychiatrique se trouvant dans le département du Nord (71).

Un projet de reconstruction d'un nouvel hôpital s'était initié six ans avant mon arrivée, en 2006, devant les limites du Centre Henri Sellier vis-à-vis des soins et de l'accueil proposés par ce dernier. De multiples problématiques avaient été soulevées, ce qui avait motivé le projet de reconstruction d'un nouvel hôpital. Il s'agissait donc pour ces deux secteurs du deuxième déménagement, au sein de leur histoire.

L'ensemble des documents concernant cette reconstruction, avaient été méticuleusement conservé et j'ai eu la possibilité d'y avoir accès. Les propos qui suivent sont le résumé de ces dossiers archivés.

En effet, les locaux étaient décrits comme inadaptés et vétustes, sans commodité et sans confort, ce qui se traduisait par un nombre élevé de chambres à trois lits (20% seulement des lits étaient en chambres individuelles pour les 100 patients possiblement accueillis). Il était à noter également qu'il n'y avait pas de cabine de douche ni de WC individuels.

Nous retrouvions, alors, pour les deux secteurs, uniquement, quatre salles de bains.

De plus, peu de salles pouvaient permettre la réalisation d'activités, à la fois thérapeutiques ou occupationnelles, aussi bien manuelles que sportives. Un dernier point avait été soulevé

sur l'insuffisance des lits, dit « actifs », au profit de patients en attente d'une orientation en structures alternatives, notamment médico-sociales.

2) Concepts architecturaux : comment a été pensé le projet ?

Les propos qui suivent s'appuient sur les documents archivés du CHHB.

Les objectifs de cette reconstruction étaient de répondre aux besoins en soins de la population accueillie, mais également de définir un projet architectural organisationnel et fonctionnel. Tout cela, en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement et du projet médical de psychiatrie générale faisant référence au plan psychiatrique en santé mentale.

Il était donc question de proposer des modifications architecturale, pour une amélioration de l'accueil des usagers, dans un lieu adapté aux soins actuels en psychiatrie. Avec la création notamment d'un lieu apaisant, respectant les notions d'ouverture, de contenance, d'esthétique et ainsi d'offrir aux patients des conditions d'hébergement moderne, d'en optimiser la qualité, la sécurité des soins, et enfin répondre à la demande de soins et de l'urgence.

Au final, il était attendu et espéré une satisfaction des usagers et de leur famille/entourage, l'optimisation des prises en charge des patients et de leur famille/entourage, de proposer des réponses et orientations adaptées aux demandes de soins et enfin d'obtenir une satisfaction des professionnels de santé (71).

Le directeur de l'établissement de l'époque avait proposé de confier aux équipes soignantes de psychiatrie, la réflexion et la participation à l'élaboration du projet, ainsi qu'au cahier des charges du nouveau bâtiment.

De ce fait, l'ensemble du personnel avait commencé, lors d'une phase pré-opérationnelle, à réfléchir à la mise en place des premières pensées autour d'un projet architectural entrant dans un travail participatif de l'ensemble des équipes et de différents professionnels soignants (72).

Il s'en était suivi la rédaction d'un programme, avec l'ensemble des définitions et performances à attendre de ce nouveau bâtiment par les équipes soignantes.

Nous pouvons retrouver les points importants rédigés à cette époque pour penser ce projet.

Le programme s'appuyait sur les orientations stratégiques retenues par l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH), ainsi que les travaux déjà menés dans la région ou dans d'autres régions (64).

L'objectif du projet était de remplacer le Centre Henri Sellier, devenu vétuste, sans confort ni commodité, inadapté à la prise en charge des patients ainsi que non conforme aux normes de sécurité et à la réglementation relative à l'accessibilité aux personnes à mobilité réduite.

Il était à noter que ce nouveau bâtiment allait se construire juste en face de l'ancien, il n'y avait donc pas de travail de relocalisation, puisque cette dernière s'était déjà effectuée en 1978.

Le projet était donc motivé afin de permettre un accueil des patients dans un bâtiment moderne, aux normes, et d'améliorer la qualité générale de l'accueil, de la prise en charge tant au niveau humain qu'au niveau matériel. Ce projet avait également pour but de différencier des unités d'hospitalisation en fonction du type de soins prodigués, mais également d'une mise au travail en intersectorialité, avec une amélioration du dispositif d'évaluation des indications d'hospitalisation.

L'idée était, également, que cette nouvelle construction puisse permettre une meilleure acceptation des soins en psychiatrie ainsi qu'une amélioration des soins, avec la possibilité de proposer plus facilement des soins en extrahospitalier. Il était aussi question de permettre aux soignants de meilleures conditions de travail.

Une réduction de la capacité d'hospitalisation conventionnelle de 100 lits, à 75 lits, extensible à 90 lits, pour les deux secteurs était envisagée dans la nouvelle organisation de cette construction architecturale. Cette réduction de lits devait normalement être anticipée par le développement au préalable des alternatives à l'hospitalisation (12 places en appartements thérapeutiques et délocalisation du Centre Accueil Thérapeutique à Temps Partiel CATTP était prévues).

Ainsi, ce nouveau bâtiment avait été pensé comme suit :

- Une unité d'admission-évaluation intersectorielle de 15 lits appelée *Unité de Soins et*

d'Evaluation (USE),

- Une unité de séjour intersectorielle de 20 lits, extensible à 25 lits, nommée *Unité de soins et d'accompagnement au projet de vie (USAP)*,
- Deux unités de moyen séjour sectorisées (Carvin 20lits/Hénin 20 lits extensible, tous les deux à 25 lits), appelées *les services de Réhabilitation*.
- Un espace d'accueil-admission permettant un accueil médicalisé du patient et de ses proches, baptisé *Bureau d'accueil et d'orientation (BAO)*.
- Un hall d'accueil et une cafétéria, qui sont deux éléments importants dans la conception de ce projet architectural. Ces derniers avaient été pensés afin de permettre le lien entre l'extérieur et collectivité, avec les patients hospitalisés.
- Des salles d'activités thérapeutiques, en nombre, avaient été réfléchies afin d'offrir, d'une part aux patients un étayage plus important par l'intermédiaire d'activités, et d'autre part d'offrir aux soignants, un confort pour la réalisation de ces mêmes activités, qui étaient restreintes auparavant.
- Un pôle, nommé dans ce projet médical « pôle administratif », où se sont répartis les bureaux médicaux, les bureaux des cadres supérieurs, des psychologues, des assistants sociaux et de la bibliothèque.
- Il y avait également la volonté de réfléchir, dans la suite de ce déménagement, à la création d'une unité d'hospitalisation à domicile.

Le projet médical se résumait, avec différents objectifs :

- La volonté que les hospitalisations temps plein ne soient *qu'un épisode le plus court possible* dans la trajectoire de soins du patient. Cette volonté s'inscrivant dans le dispositif de soins, comme étant le lieu d'observation, de diagnostic et de traitement des épisodes psychopathologiques aigus.
- L'importance pour les équipes soignantes que le projet architectural et la conception des espaces s'adaptent aux patients souffrant de pathologies mentales.

En effet, devant les spécificités de la discipline psychiatrique, des éléments particuliers ont été pris en considération, dans la réalisation de ces locaux. Tout d'abord, la prise en compte de la durée moyenne de séjour qui est souvent plus longue que dans une autre spécialité médicale. D'autre part, considérer, le fait que les patients sont autorisés à déambuler à l'extérieur de leur chambre pour participer à des activités thérapeutiques, à des temps de vie en collectivité et à des moments d'échanges avec leurs proches.

- La dimension humaine avait, également, été non négligée, avec notamment la volonté d'avoir un hall d'entrée principal largement ouvert sur l'extérieur, accueillant, apaisant et offrant un accueil individualisé assuré par une hôtesse.

La volonté de construire une cafétéria conçue comme un espace mi- soignant, avec la présence constante de membres du personnel, et mi- privé, où le patient peut se restaurer et recevoir des visites.

Un espace famille a été réfléchi afin de permettre au patient de recevoir en visite son enfant en bas âge. Cet espace n'était pas existant sur le Centre Henri Sellier.

Un dernier point très attendu et souhaité par les équipes soignantes, rédigé dans ce projet, était de pouvoir disposer de jardins intérieurs permettant la relaxation, dans un décor apaisant. Et ceci, afin de permettre de donner de nouvelles limites, avec des espaces extérieurs visibles de l'intérieur.

- Les locaux devaient concourir *au respect de la confidentialité et de la dignité des personnes*, avec un intérêt porté à l'insonorisation afin de préserver l'intimité et d'assurer la confidentialité des entretiens.

Il était également question de réaliser une entrée médicalisée bien différenciée, située à distance de l'entrée principale, dotée d'un SAS véhicule (particulier/ambulance/pompiers/police...), permettant l'accueil en toute confidentialité et sérénité des patients en brancard et parfois agités.

- Les locaux devaient se définir par une image *d'ouverture, clarté, contenance, avec un*

environnement ouvert, par l'utilisation de baies vitrées, par la conception d'un grand espace vert intérieur. Ainsi, l'idée était de se dire que la luminosité apportée participerait au caractère accueillant du cadre. Un large atrium central à ciel ouvert apporte clarté, ouverture et décor végétal, au sein même de la structure.

- Le *repérage et l'accessibilité*, étaient sous tendus par la création de circuits de déambulation simples et accessibles. Les abords du bâtiment permettent l'orientation des visiteurs vers l'entrée principale par le biais d'un décor naturel. Le hall d'entrée principal, largement ouvert sur l'extérieur, a été conçu comme lieu central de la compréhension de l'organisation interne du bâtiment. Il permet d'organiser, par son contournement, la déambulation des usagers vers les principales unités.
- La différenciation des lieux, avait fait l'objet d'une attention particulière avec le hall d'accueil principal conçu à la manière d'un espace public, ouvert et facilitant l'échange.

L'individualisation et la singularisation des soins ont été réfléchies par la possibilité de lieu distincts ; en chambre individuelle, dans les bureaux d'entretiens, ou encore en chambre d'isolement.

- La création d'une unité d'activités psychosociothérapeutiques dotée de plusieurs espaces spécifiques selon le type d'activité, avait également été une réflexion importante de ce projet médical.
- La sécurité des personnes avait été pensée, à la fois pour les patients, la famille et le personnel, avec la nécessité de prévoir des unités fermées et d'assurer une surveillance constante, se conjuguant au respect de la liberté et la dignité des individus. Ainsi, s'était inscrit la volonté d'offrir des jardins clos réservés aux patients des unités fermées, permettant de déambuler et/ou fumer sans risque de fugue, et enfin de pouvoir proposer une accessibilité aux personnes à mobilité réduite (PMR).
- La conservation des trois Cèdres présents sur le site de construction était un point plus que fondamental dans la conception de ce projet architectural. Ces trois arbres vieux d'une

centaine d'années ont été expertisés et une ordonnance de conservation de ces trois arbres avait été déposée. Ainsi l'ensemble du projet devait prendre comme élément principal la sauvegarde de ces derniers et ils étaient donc au centre de la conception du nouveau bâtiment.

Nous constatons donc, que ce projet médical a inclus dans ses directives, des considérations sur l'intérêt du patient et de ses soins, mais aussi sur les conditions de travail des soignants. Ainsi, ce projet s'est composé avec les particularités spatiales propres à la discipline ; comme la libre circulation, la nécessaire « contenance » du lieu, l'importance de lieux pour la réalisation d'activités, en lui apportant notamment un caractère humain.

Ce projet médical prend également en considération l'environnement local, notamment en intégrant comme élément central de l'architecture du nouveau lieu, les cèdres expertisés. Il y avait également comme volonté de jouer sur les dynamiques entre « le dehors » et « le dedans ». En effet, en voulant mettre des espaces ouverts vers l'extérieur au sein même de la structure, la notion d'ouverture par l'environnement, y est appréciable.

Nous pouvons constater que ce projet a dû également composer en s'inscrivant dans une temporalité.

Après cette phase de rédaction qui s'est terminée fin 2008, il a fallu sélectionner la maîtrise d'œuvre en réalisant un concours d'architecture avec une parution dans la presse locale et spécialisée de la description de l'opération attendue. Après avoir sélectionné plusieurs candidatures, faisant suite à un débat entre le jury des représentants de l'établissement, les candidats ont dû réaliser une esquisse (72).

Une esquisse est un dessin à partir de la base du programme écrit par l'équipe de l'établissement, également appelée maître d'ouvrage. L'esquisse est, en quelque sorte, la première traduction, par un dessin, des mots employés par l'équipe soignante.

Dans les suites de cette étape, il a fallu faire le choix du candidat ayant le projet architectural

le plus adéquat pour la création du nouveau bâtiment qui allait remplacer le Centre Henri Sellier. Ce choix s'est réalisé grâce au vote d'un jury, suite à la commission technique qui a vérifié la compatibilité avec le programme, à la fois sur le plan fonctionnel, qualitatif, réglementaire, et économique (72).

Après le choix de la maîtrise d'œuvre en 2010, un travail de collaboration a dû être entrepris entre la maîtrise d'œuvre et l'équipe soignante investie dans ce travail de déménagement, afin de pouvoir adapter et faire évoluer le projet, entrant dans le cadre d'un projet partagé.

A la suite de ces différentes étapes, il y a eu mise en route du chantier, et l'équipe soignante a pu suivre la réalisation, étape par étape, de la construction du nouveau bâtiment (72).

Ce nouveau bâtiment s'est construit juste en face du Centre Henri Sellier, à la place de l'ancienne maison de retraite qu'il a donc fallu détruire au préalable, tout en conservant bien minutieusement les trois cèdres expertisés.



Photographies CHHB, service communication, 2012



Photographie, CHHB, service communication, 2012

Le paysage, que les patients avaient face à eux, a été pendant une longue période, un chantier de destruction avec des grues, des marteaux piqueurs et des ouvriers.



Photographie, CHHB, service communication, 2012



Photographie, CHHB, service communication, 2012



Photographie, CHHB, service communication, 2012



Photographie, CHHB, service communication, 2012

Lors de mon arrivée, le chantier avait bien avancé. Il ne restait que les finitions à réaliser avant de pouvoir envisager de déménager vers ce nouvel endroit, vers ce nouveau lieu de soin.



Photographie, CHHB, service communication, aout 2012



Photographie, CHHB, service communication, aout 2012



Photographie, CHHB, service communication, aout 2012



Photographie, CHHB, service communication, aout 2012

La date définitive du déménagement a été modifiée à plusieurs reprises, et a été arrêtée finalement au 27 novembre 2012.

Il a donc fallu passer de l'objet construit au lieu habité (72).

C'est l'enjeu que j'ai eu envie d'explorer, d'observer et en essayant de le retranscrire dans la suite de ce travail.

En effet, l'installation dans un nouvel environnement d'hébergement et de soins, engendre des répercussions tant sur l'incidence dans la prise en charge des patients, que pour le nouvel environnement des soignants.

II) Regards sur l'expérience d'un déménagement : l'institution qui déménage avant/pendant/après

Dans la littérature, nous pouvons retrouver des descriptions, par certains auteurs sur des problématiques mis en évidence lors d'un déménagement. En effet, lors d'un déménagement nous pouvons nous retrouver devant la problématique du changement.

Eiger, a écrit qu'en déménageant « le choc entre fantasme et réalité peut être rude et les conséquences douloureuses » ; il ajoute « Quand on décroche les tableaux des murs pour les transporter ailleurs, les rapports de contiguïté établis entre objets et murs devraient disparaître pour se réinstaller ailleurs. Mais ce processus n'est pas aussi simple, parce que, l'accrochage du tableau a une histoire qui sollicite le travail du deuil de l'histoire, au moment du départ. » (72).

Il est donc ici mis en évidence un double mouvement, qui nécessite un travail psychique : la

désappropriation du bâtiment déjà existant pour l'appropriation du nouveau bâtiment (72).

Ce travail de désappropriation de l'ancien bâtiment, au cours de l'expérience du déménagement, que j'ai pu vivre avec les deux secteurs de psychiatrie, peut être regardé de deux points de vue différents. Le premier est le travail de désappropriation du côté des patients et le second du point de vue des soignants.

L'appropriation est également une dynamique qui diffère en fonction du regard respectif des patients ou des soignants. L'appropriation est un processus psychologique fondamental dans les transactions entre un groupe de sujets et un espace ; elle se traduit par des relations de possession et d'investissement sur le plan affectif (72), et donc d'un rapport plus ou moins complexe entre espace réel et espace psychique.

Sansot dit que « l'appropriation repose essentiellement sur le procès d'identification, qu'il y ait ou non modification de la réalité concernée. Je m'approprie ce à quoi j'aime m'identifier, ce que je consens à reconnaître comme mien [...]. Nous situerons la notion d'appropriation plutôt du côté de la sphère affective que de l'agir» (72).

Dans une première partie, avant de développer ces thématiques, je vais me permettre de vous faire part de l'opportunité que j'ai eue de vivre l'expérience d'un déménagement, dans sa globalité, au plus près des patients et des soignants des secteurs de psychiatrie au Centre Hospitalier d'Hénin Beaumont.

Je développerai, par la suite, les observations que j'ai pu faire autour de cet évènement pendant une année, à la fois du point de vue des patients mais également des soignants.

Enfin, les regards de deux personnes extérieures à la discipline psychiatrique seront présentés, notamment sur leurs impressions du lieu quitté et du nouveau lieu habité.

1) Travail de mémoire lors d'un déménagement d'un établissement psychiatrique, par l'intermédiaire d'un atelier culturel.

Il est important pour moi, de vous décrire les conditions dans lesquelles j'ai eu l'opportunité d'être, pendant cette année passée dans ce service de psychiatrie à Hénin Beaumont, afin que vous puissiez vous rendre compte de mon cadre de travail.

En effet, il faut souligner qu'en plus de mon travail d'interne dans ce service, j'ai eu la chance de croiser le chemin d'une artiste de la région, Catherine Zgorecki. De cette rencontre est né un projet culturel de mémoire autour du déménagement ; nous avons alors utilisé, comme médiateur, la photographie.

Ce projet, soutenu par les chefs de services et cadres de santé, entrainait dans un travail « culture et santé » encadré par l'ARS.

Ainsi, les patients hospitalisés et soignants qui le souhaitaient, ont été invités à immortaliser : l'avant/le pendant/l'après déménagement, à l'aide d'appareils photos jetables.

L'atelier a été baptisé : « *Des Racines et des Ar[ts]bres* ». Ce nom retranscrit l'idée de continuité de l'évolution de cette institution :

Les Racines, pour témoigner de l'histoire (passée) qui a débutée au Centre Henri Sellier, que l'institution s'apprêtait à quitter.

Des Arts, pour le projet culturel et artistique de cet atelier.

Des Arbres, pour l'histoire de l'architecture du nouvel hôpital qui a été conçu autour de trois cèdres expertisés et dont la sauvegarde a été indiquée. De plus, chaque bâtiment du Centre Hospitalier d'Hénin Beaumont porte le nom d'une variété d'arbre.

Le choix même du nouveau nom de l'hôpital témoigne de la volonté d'apporter une attention particulière à la culture et à la créativité.

En effet, Fleury Joseph Crépin (1875-1948) est un peintre d'art brut de la région. Ses peintures se caractérisent par leurs motifs perlés en relief et certaines sont exposées au musée du LAM d'art moderne et d'art brut de Villeneuve d'Ascq.



(1) Fleury Joseph Crépin, Tableau Merveilleux n°11, 1946, LaM, Villeneuve-d'Ascq

(2) Fleury Joseph Crépin, Tableau merveilleux n° 35, 5 août 1948, Huile sur toile, 58 x 81 cm, LaM, Villeneuve-d'Ascq

Ainsi, cet atelier s'est réalisé en plusieurs étapes, qui vont être énumérées dans un premier temps, puis explicitées par la suite.

- Le premier temps a été marqué par la présentation de ce projet de mémoire, aux soignants et patients. Ainsi Catherine et moi-même, avons fait le tour de toutes les personnes constituant les deux secteurs de l'intra hospitalier, tant les patients que les soignants, afin d'aborder cette expérience que nous avions envie de partager avec elles.

Les soignants ont semblé attentifs à nos propositions. Ils ont indiqué que ce projet était intéressant et original. Ils ont pu aider et soutenir les patients, en étayant leurs demandes, afin que ces derniers puissent y participer. Mais il m'a semblé, que pour eux, en tant que soignants, il était moins facile de s'y investir personnellement. Peut-être étaient-ils trop envahis par les changements prochains de leurs conditions de travail et qu'il était difficile de pouvoir s'y engager pleinement.

Auprès des patients, nous avons récolté des témoignages variés sur cette idée d'immortaliser ce moment.

De l'inquiétude, notamment sur les conditions et outils de l'atelier : « Je ne sais pas faire de photo », « C'est quoi un appareil photo jetable ? ». Il était perceptible également de l'inquiétude sur le fait de ne pas savoir ce que nous allions leur demander de faire : « ça m'inquiète fortement, on ne m'a jamais donné la possibilité de faire ça ».

De l'enthousiasme, était également présent pour beaucoup d'entre eux, « J'ai hâte de

commencer », « on pourra faire une exposition », « On va enfin montrer le lieu où l'on vit ».

Des refus, aussi, quasiment tous motivés : « Ici, à Sellier, ce ne sont que des mauvais souvenirs que j'aimerais oublier et m'en créer des nouveaux avec le nouvel hôpital », « Je ne vois pas l'intérêt que vous portez à ce changement des lieux. Un lieu, c'est un lieu, l'ambiance c'est plus important » (71).

Ainsi, nous pouvons déjà noter la richesse de ces témoignages, avec dans l'ensemble, de la curiosité. Le fait de pouvoir proposer un espace autre, afin de pouvoir s'exprimer différemment, semblait pouvoir permettre le processus de création, tout au moins de créer une nouvelle sorte d'échange et de rencontre.

Cela nous confortait donc, Catherine et moi, dans l'idée de l'intérêt d'immortaliser les lieux que nous allions quitter, ainsi que les lieux que nous allions découvrir.

- Le deuxième temps, a pu être concrétisé, par la participation des patients volontaires des deux secteurs, à la prise de vues du Centre Henri Sellier, avant que le déménagement ait lieu. Ainsi, sur plusieurs séances, le bâtiment a été photographié sous tous les angles, à l'intérieur mais également à l'extérieur.

Une participation et un investissement de certains patients ont surpris l'ensemble des soignants ; « D'habitude il ne sort jamais de sa chambre », « Il n'a jamais participé à une activité auparavant »... (71).

Il est vrai que des patients peu investis dans les activités proposées par le service, depuis bien longtemps, notamment devant certains symptômes de leur pathologie, ont pu, à des degrés différents participer à l'atelier.

Pour l'un, on apprend qu'il aimait bien faire de la photographie avant l'entrée dans la maladie, chose méconnue jusqu'à cette date. Pour un autre, il nous dit juste que cette idée lui plaît et qu'il ne l'avait jamais expérimentée auparavant.

Une nouvelle dynamique voit, ainsi, le jour au sein des services. Une cohésion de groupe s'est

créée ; les patients se donnent rendez-vous chaque semaine pour participer à l'atelier, certains aident à tenir l'appareil photo jetable à ceux pour qui cela est compliqué, d'autres donnent des conseils de prises de vue, à ceux en manque d'inspiration.

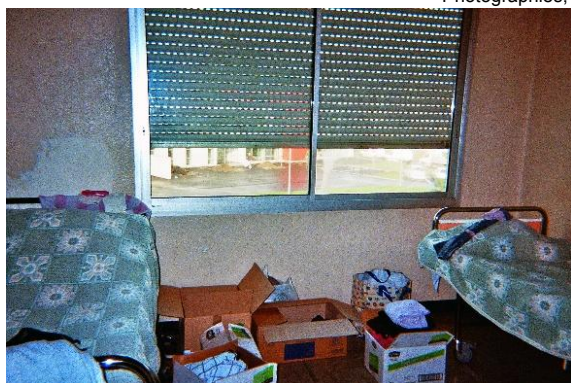
Le temps de l'atelier est alors devenu un repère, qu'il ne faut pas manquer. Dès le lancement de ce projet, nous pouvons percevoir l'étayage que cela peut permettre à certains d'entre eux : « ça yé, on est mercredi, c'est l'atelier ! ».



Photographies, ateliers « Des Racines et des Ar[ts]bres », 2012-2013



Photographies, ateliers « Des Racines et des Ar[ts]bres », 2012-2013



Photographies, ateliers « Des Racines et des Ar[ts]bres », 2012-2013

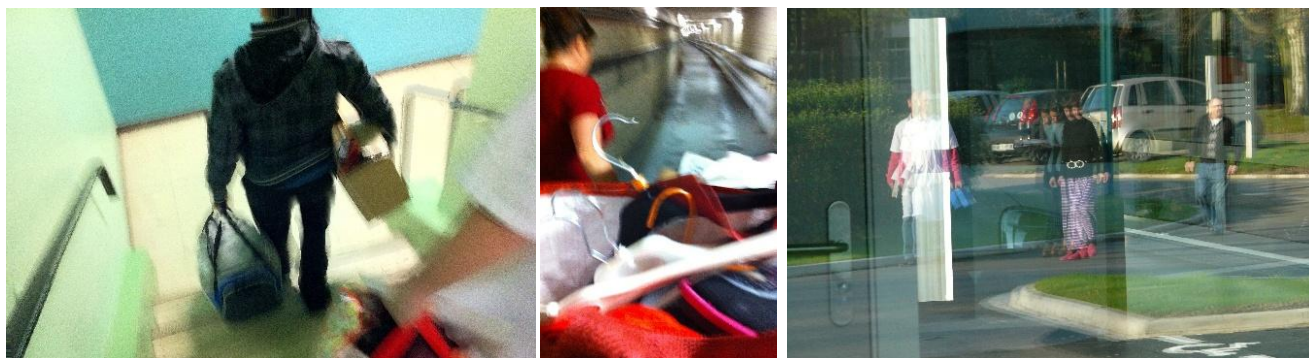
- Le troisième temps de cet atelier a marqué l'implication d'un plus grand nombre de soignants ; c'est la prise de photos le « jour J », le jour du déménagement, le 27 novembre 2012.

Une mobilisation de l'ensemble de l'institution s'est produite, avec un nombre renforcé de soignants de l'intra hospitalier, mais également la présence de nombreux soignants des CMP, du CATTP, hôpital de jour.

C'est donc toute l'institution qui est réunie en un même lieu, à un même moment. C'est un élément qui semble important à souligner, car cela n'arrive pas souvent au sein de la vie d'une institution, notamment d'avoir tous les partenaires de soins du secteur réunis.

Des moments mémorables ont été photographiés par des soignants.

Ainsi nous retrouvons des photos qui témoignent *du mouvement* : des allers-retours entre les deux lieux, des infirmiers transformés en déménageurs d'un jour, des patients accompagnés de soignants avec leurs sacs afin de faire le voyage entre les deux structures.



Photographies, ateliers « Des Racines et des Ar[ts]bres », 2012-2013

Des moments insolites aussi se sont vus photographiés : des fauteuils d'examen dans le hall d'accueil, des fauteuils roulants transportant des montagnes de cartons, des piles de cartons dans les nouvelles salles de soins. Des moments également d'émotion ont été immortalisés, avec des patients ayant du mal à quitter Henri Sellier, des larmes, des photos de groupe avant de partir...



Photographies, ateliers « Des Racines et des Ar[ts]bres », 2012-2013

En moins de 24h, pour tous, soignants et patients, un virage considérable s'est produit au sein de ces deux secteurs.

Tout a changé, à la fois les repères temporels mais aussi les repères spatiaux, ainsi que l'organisation des services. Tout est à refaire.

La rencontre du nouveau lieu doit s'effectuer en essayant de laisser l'ancien derrière, la rencontre des nouveaux voisins de chambre que l'on ne connaît pas, la rencontre des nouveaux collègues qui travaillaient auparavant dans un autre service. Beaucoup d'appréhension apparaît notable, ainsi que beaucoup d'émotion et de nostalgie. Cette journée fut mémorable pour tous.

Un soignant résume très bien l'ambiance générale qui est alors présente « je suis partagé entre l'excitation de ce nouveau départ, et l'angoisse de ne pas connaître vers où l'on va. »

- L'atelier s'est poursuivi par une étape qui a consisté, quelques semaines suivant le déménagement, à accompagner certains patients dans l'ancien lieu de soin. Un retour au centre Henri Sellier s'est organisé, afin de réaliser des photographies de ce lieu vide de toute présence humaine et presque vide de l'ensemble de son mobilier. « Ce retour aux sources », comme l'évoque un patient, a été rempli de nostalgie.



Photographies, ateliers « Des Racines et des Ar[ts]bres », 2012-2013



Photographies, ateliers « Des Racines et des Ar[ts]bres », 2012-2013

Les repères sont également modifiés ; il faut donc faire fonctionner notre mémoire pour se souvenir de ce qui s'y trouvait, de ce que l'on faisait dans telle ou telle pièce auparavant. « Qu'est-ce que nous faisions dans cette pièce avant ? », « c'est vide maintenant », « c'est bizarre de revenir ». Un patient va même dire : « ça yé Carvin est fermé » en voyant la porte de son ancien service fermé à clé (71).

Nous pouvons, alors voir des fenêtres du Centre Henri Sellier, le nouvel hôpital. « Il est beau notre nouvel hôpital », « on dirait que l'ombre de Sellier, va venir rattraper Fleury Joseph Crépin », dira un médecin. Ces propos font écho au fait que tout le monde parle encore beaucoup de Sellier malgré le déménagement.



Photographies, ateliers « Des Racines et des Ar[ts]bres », 2012-2013

Nous découvrons dans un service, des inscriptions faites à la peinture sur les murs, comme pour laisser une trace derrière soi. Après, une petite enquête nous allons apprendre que ce sont des soignants, qui avant de partir, avaient laissé une inscription « sur leurs murs ».



Photographies, ateliers « Des Racines et des Ar[ts]bres », 2012-2013

Nous avons également, lors de cet atelier, finalisé le travail avec la réalisation de prises de vues immortalisant les premiers pas dans le nouveau lieu d'hospitalisation.

Ces photos de Fleury Joseph Crépin mettaient en avant les scènes de vie de la nouvelle institution, la nouvelle cafétéria, le hall d'accueil, les jardins intérieurs, les chambres individuelles et leurs douches respectives, les couleurs des murs, les trois cèdres.

Ainsi, des nouveaux repères spatiaux ont été photographiés, dont il fallait s'habituer, et cela a pris nécessairement un peu de temps.



Photographies, ateliers « Des Racines et des Ar[ts]bres », 2012-2013



Photographies, ateliers « Des Racines et des Ar[ts]bres », 2012-2013

- Une dernière étape importante a été réalisée. La restitution de l'ensemble des photographies, a été organisé auprès des patients, environ un mois et demi après le déménagement.

Une participation importante de tous a pu être notée. Nous avons vu venir, à la fois les patients qui ont participé à la prise des photographies, mais également ceux n'ayant pas contribué aux étapes précédentes, soit parce qu'ils n'étaient pas hospitalisés, soit parce qu'ils n'avaient pas souhaité y participer mais étaient très intéressés et curieux de voir les résultats des photographies. C'est ainsi, qu'un grand nombre de patients des deux secteurs sont venus donner leur regard sur la mémoire des lieux de leur institution.

Le souhait exprimé, très tôt, par la plupart des patients, a été de pouvoir envisager la réalisation d'une exposition de leur travail : « On pourra enfin montrer ce que l'on sait faire », « On va montrer les lieux que nous habitons ». Cette volonté a pu être réalisée.

Effectivement une exposition s'est déroulée en novembre 2013, presque un an jour pour jour, après le déménagement. Cette semaine d'exposition a permis de faire un premier point de ce

changement de lieu.

Bien sûr, beaucoup de nostalgie s'est dégagée en revoyant des photographies du Centre Henri Sellier, ce qui a permis d'avancer encore un peu plus dans le deuil de l'ancien bâtiment et donc de la désappropriation de l'ancien lieu vers l'appropriation du nouveau.



Affiche exposition « Des Racines et des Ar[ts]bres », novembre 2013

Une meilleure projection, dans le nouvel hôpital, s'est fait ressentir, devant la rétrospective de cette année passée dans ce lieu de soin.

Il est à noter que les patients ont pu avoir une certaine fierté à présenter leur travail, surtout quand des visiteurs étrangers de l'hôpital sont venus découvrir l'exposition. Certains d'entre eux, ont même joué le rôle de guide.

Catherine et moi-même, portées par l'enthousiasme des patients, avons l'espoir que l'histoire écrite par cette institution s'inscrive encore un peu plus, à la fois au niveau temporel mais également au niveau de l'espace ; avec notamment l'ouverture vers d'autres lieux d'exposition pour ce travail et le souhait que les murs et barrières entre l'hôpital et la ville tombent encore un peu plus.

Et pourquoi, ne pas faire que le monde de la psychiatrie s'ouvre sur l'extérieur et que le grand public soit plus au contact des réalisations des patients souffrant de pathologies mentales ? Ceci dans une optique de rencontre avec « le grand public », dans un sens de déstigmatisation

de la pratique psychiatrique. Ce sujet, sera d'ailleurs le sujet de mon travail de mémoire de DES de psychiatrie.

2) Travail de désappropriation et d'appropriation des lieux, lors d'un déménagement

a) Du côté des patients.

Dans un premier temps, je propose de mettre en avant et de faire un zoom sur ce qui s'est passé du côté des patients. En effet, pendant toute cette année d'observation, j'ai eu l'immense privilège d'être au plus près et au contact de tous les patients. Ces derniers ont pu, à leur manière, me témoigner de façon très différente, leurs impressions sur ce qui était en train de se dérouler au sein de leur institution.

La plupart de ces témoignages, ne sont que quelques mots échangés, quelques phrases ou émotions partagées lorsque nous nous croisions dans les couloirs, au cours d'activités ou encore d'entretiens.

Je voulais évoquer dans un premier temps, les échanges avec un patient schizophrène de 33 ans à l'époque, hospitalisé, à temps plein, depuis trois années consécutives. Lors d'un entretien, il me fait part de ses craintes en ce qui concerne la perte de ses repères avec ce déménagement : *« ça va être très dur pour moi, je préfère peut-être retourner vivre dans la rue, au moins je sais ce qui va m'attendre, alors que ce nouveau bâtiment, il ne m'inspire rien de bon, tout est blanc et froid », « J'ai fait le tour du nouveau lieu et il n'a rien à voir avec celui-là, il pourra pas me correspondre.. »*

Nous pouvons noter la difficulté, pour lui, de se désapproprier l'endroit dans lequel il est depuis de très longues semaines et qui pour toutes les raisons, qui lui sont propres, lui ont permis de s'arrêter et de s'approprier un espace rassurant pour lui.

Ce patient présente une symptomatologie psychotique encore bruyante, avec notamment un repli sur lui-même très marqué, comprenant un isolement quasi permanent dans sa chambre ; ses seules occupations sont l'écriture et fumer des cigarettes.

Avant d'être hospitalisé, il a eu un parcours marqué par une errance dans les rues entre le

Nord Pas de Calais et l'Oise. Il m'explique que s'approprier un espace n'est pas simple et lui coûte beaucoup d'énergie, et que de changer à nouveau de lieu, lui semble insurmontable.

Ce témoignage nous montre que se désapproprier un espace n'est pas chose simple.

Un accompagnement à travers des entretiens improvisés, dans sa chambre ou dans les couloirs, lui a permis au fur et à mesure de se préparer à ce changement.

Un autre patient, psychotique âgé d'une cinquantaine d'années, m'a m'interpellé, quelques jours avant le déménagement. Il faut souligner que depuis mon arrivée dans le service, six mois auparavant, il n'a jamais discuté avec moi et d'ailleurs avec presque aucun autre soignant.

A l'époque, ce patient marchait, le long des murs du Centre Henri Sellier, quasiment toute la journée. En effet, quand je passais devant lui, il se tenait toujours contre les murs. Souvent, il était au même endroit et pouvait y rester des heures, en appui.

Nous pouvons même dire, qu'il s'appuyait sur les fondations du Centre Henri Sellier, sans jamais échanger de regard, et fuyant dans un recoin encore plus isolé que l'autre à chaque tentative de prise de contact avec lui. Toute l'équipe savait où il se trouvait. Je pense même, qu'il savait que l'on prenait soin de lui, malgré notre distance afin de ne pas être trop invasif pour lui.

Ces murs, d'Henri Sellier, l'aidaient à le tenir physiquement en équilibre. Ces derniers jouaient certainement un rôle de réassurance psychique, afin de le contenir dans ce monde, si angoissant pour lui, surtout dans les échanges avec autrui.

Ce patient m'a donc interpellé dans la salle de soins afin de me demander, en murmurant, « *je m'inquiète de savoir, quel jour a été choisi pour déménager et aussi de savoir où vais-je emménager ?* ».

Nous pouvons percevoir dans ces mots, l'inquiétude à faire face à ce changement prochain, comme si la routine quotidienne de ce patient risquait d'être interrompue par cet événement

original, qui lui est imposé, avec le grand risque de perdre à jamais ses seuls repères.

Pour ce dernier, cet évènement le fait sortir un instant de son mutisme et de ses habitudes quotidiennes.

Cette perceptive de déménagement le fait sortir « de ses murs ». Il est obligé, devant son angoisse, de se réassurer en posant une question sur un repère temporel afin de pouvoir s'approprier ce changement considérable pour lui : il n'aura plus jamais les mêmes murs pour le soutenir.

Nous l'avons donc accompagné, avec son accord, quelques jours plus tard, découvrir les nouveaux murs qui l'attendaient dans l'autre bâtiment.

Une autre patiente avec des traits de personnalité hystériforme et limite, hospitalisée également depuis un très long moment, retient particulièrement mon attention. En effet, cette patiente ne faisait que pleurer et cela s'était accentué un mois avant le déménagement.

Entre deux sanglots, un jour, je m'assois auprès d'elle et nous arrivons à discuter ensemble dans la salle à manger.

J'ai pu, au cours de cette conversation improvisée, comprendre que cette patiente pleurait car elle trouvait le temps interminable avant de déménager. Elle m'explique qu'elle est très angoissée à l'idée que l'on puisse l'oublier le jour du déménagement et qu'elle soit obligée de rester bloquée dans ce vieil hôpital. « *J'ai peur de ne pas être prise et que mon docteur m'oublie. J'angoisse tellement de ce qui va se passer* », me dit-elle.

L'angoisse se révèle par la peur de l'abandon et de rester bloquée dans cet espace qui ne sera bientôt plus le sien.

J'ai pu observer également que la plupart des patients étaient au contact de l'ensemble des ressentis que pouvaient avoir les soignants.

En effet, chez les soignants beaucoup d'interrogations apparaissaient au fur et à mesure que

la date du déménagement approchait.

Ce qui a fait dire à un patient, lorsque je l'ai interrogé sur ce qu'il pensait des événements qui étaient en train de se dérouler :

« Vous savez docteur, les locaux et l'espace ne suffisent pas. L'ambiance c'est le plus important ».

Il explicite, en me disant, qu'étant ici depuis un long moment, rien ne l'inquiète vis-à-vis d'un changement de lieu *« c'est normal qu'en 2012, on pense enfin à nos conditions d'hospitalisation, mais ce qui est très inquiétant, c'est le fait que toute l'ambiance est rendue angoissante par cette nouvelle organisation ».*

Un autre patient me dit également :

« Je préfère les liens que les lieux ».

Il explique que pour beaucoup de patients comme lui, « un lieu reste un lieu » et que ça ne présente qu'un intérêt minime, alors que « les liens entre patients et soignants, sont pour moi, l'élément majeur d'une hospitalisation en psychiatrie ».

Ainsi dans ces deux témoignages, l'angoisse de se désapproprier un lieu est centré sur le niveau relationnel entre patients et soignants. En changeant de lieu cela risque de modifier à jamais l'ambiance du service d'hospitalisation.

Si on se réfère, aux idées premières, qui ont fondé la psychothérapie institutionnelle, la question de l'ambiance dont parlent ces patients, est un élément important. En effet, il a été démontré que l'ambiance d'une institution est fondamentale pour les soins en santé mentale et elle est définie comme suit : *« Le terme d'ambiance est utilisé pour désigner le cadre relationnel général de l'institution. Il faut offrir au patient des espaces différenciés pouvant constituer pour lui une réelle possibilité de choix et ainsi produire des effets positifs en laissant émerger les éléments de l'appareil psychique du patient. Le patient pourra rencontrer et investir chacun des membres de l'institution (soignants et soignés), leur attribuer un rôle, instituer avec eux des relations et s'intégrer dans la vie de l'établissement »* (53).

Devant l'ensemble de ces affects différents qui entourent cet événement du déménagement, l'équipe soignante a réfléchi à des moyens qui pouvaient être mis en place, afin d'aider au mieux l'accompagnement de ces patients dans ce changement.

Des visites sont alors organisées quelques semaines avant le 27 novembre 2012, en groupe ou individuellement, pour découvrir le nouveau lieu de soin.

Ces visites ont été proposées à tous les patients ; certains ont refusé, d'autres y sont allés, avec curiosité, impatience et d'autres avec de l'appréhension. Il est à retenir le grand nombre de réactions observées.

De l'enthousiasme: « C'est très beau », « Vous allez soigner beaucoup de malades », « C'est mieux que je l'imaginais », « On dirait un château », « C'est apaisant ici ».

Certains découvrent dans les salles de bains individuelles, les boutons d'eau chaude et froide, les stores électriques, les murs colorés, les jardins à l'intérieur du bâtiment...

Une *inspection minutieuse* est faite par d'autres patients « C'est du double vitrage ? », « Pourquoi n'y a-t-il pas de cadenas aux armoires ? », « Les terrasses en bois c'est très bien, mais il faudra surveiller que personne ne puisse les brûler » (71).

Cette façon d'appréhender la visite de ce patient m'a surprise. Il a inspecté pièce par pièce. Il ne lui manquait plus que papier et crayon pour annoter les défauts, comme un vrai inspecteur de contrôle des normes de sécurité du bâtiment. Il me semble que c'était sa façon à lui, de pouvoir accepter de changer de lieu et de quitter l'ancien bâtiment où il avait vécu de nombreuses années (71).

Un patient est resté très isolé depuis mon arrivée dans le service et a même refusé dans un premier temps la visite du nouveau bâtiment. Il nous a interpellé la veille du déménagement afin de nous faire comprendre à sa façon, l'envie d'y aller tout de même.

Nous n'avons pas hésité et nous sommes donc partis, un cadre infirmier et moi-même, lui montrer ce qu'allait être le nouveau lieu d'hospitalisation. Ce qui importait pour lui, ce soir-là, était de pouvoir visualiser sa chambre. Tout ce que nous avons tenté de lui montrer, comme

les jardins intérieurs, la cafétéria, les salles d'activités ne l'intéressaient que très peu. Malgré quelques signes d'angoisse, nous avons observé une certaine sérénité chez ce patient.

A la fin de notre visite, il nous dit « Je suis content que vous m'ayez montré le chemin », « J'aurai moins d'inquiétude », il ajoute :

« Il va falloir que je m'adapte. On dit souvent qu'il faut s'adapter sinon on coule. J'avais peur de couler mais je sais que ça ira maintenant, je vous remercie pour ça ».

Ce travail va se poursuivre, en évoquant le déroulement de ce jour si spécial pour cette institution, *le jour du déménagement*.

Tout est différent ce jour-là. L'ambiance de ce lieu est modifiée.

Pour certains patients, la nuit a été un peu particulière. En effet, aux transmissions du matin, j'apprends qu'une patiente s'est levée au milieu de la nuit, s'est habillée et voulait se rendre dans le nouveau lieu de soin, son sac prêt, sous le bras ; un autre a pris sa douche au petit matin, s'est habillé pour l'occasion afin de ne pas louper le départ.

Les patients, de manière générale, sont ce jour-là, à pied d'œuvre beaucoup plus tôt que d'habitude.

Un patient me dit, « Regardez pour l'occasion j'ai mis mes plus beaux habits », il est vrai que je ne l'avais jamais vu habillé de la sorte auparavant. Chaque patient ramène, au fur et à mesure, son sac bouclé dans le couloir, ainsi que ses cartons et le petit mobilier, devant les ascenseurs. Petit à petit, les chambres se vident. Les couloirs sont bondés de monde : à la fois, de patients, de médecins, d'infirmiers, des informaticiens... Les ascenseurs sont saturés toute la matinée.

Certains patients aident les infirmiers à charger le camion, loué pour la matinée.

Puis, la journée se poursuit avec les premiers allers-retours entre le Centre Henri Sellier et la clinique Fleury Joseph Crépin. Des chemins différents sont utilisés : les sous-sols ou par l'extérieur. Les patients, chacun à leur tour, vont disposer leurs bagages dans leur nouvelle

chambre, après avoir franchi les murs de la nouvelle enceinte. Ceux, qui possèdent des meubles, essayent de trouver la meilleure disposition, afin d'avoir un espace agréable. De grandes discussions se déroulent, afin de trouver la meilleure ergonomie pour leur nouvel espace individuel.



Photographies, atelier « Des racines et des Ar[ts]bres »

Nous pouvons, alors, nous rendre compte que ces patients retrouvent une petite partie de leur individualité et ont leur mot à dire sur leur espace privé, qui va devenir pour la première fois « leur espace individuel ».

Un patient, qui a toujours des mots pertinents, me dit sur le trajet entre les deux bâtiments :

« Nous sommes en train de déshabiller Sellier, il va être mis à nu »,

« Ce nouveau bâtiment devra se trouver des nouveaux habits car ceux de Sellier ne vont pas lui convenir ».

Une entraide entre patients se révèle tout au long de cette journée ; certains, plus à l'aise lors de ce déménagement, portent les valises d'autres patients. Certains prennent une responsabilisation lors de cet événement et ils vont ainsi permettre d'être un trait d'union important entre les soignants et les autres patients.

L'heure du midi approche, et c'est donc un dernier repas qui va se dérouler au Centre Henri Sellier. Les patients parlent de souvenirs et une certaine impatience se fait sentir, comme si c'était trop long d'attendre le début d'après-midi. D'ailleurs, un d'entre eux, est retrouvé à l'heure du midi, en direction du nouvel hôpital, avec sa serviette sous le bras : « Je veux y aller,

je suis prêt ».

Il est maintenant l'heure de quitter les lieux, de dire un dernier au revoir avant de quitter définitivement cet endroit. Des dyades « patient-soignant » s'organisent afin de partir. Une grande chaîne humaine va donc s'improviser entre les deux lieux : « La vue d'extérieure fait penser à un exil d'un lieu vers un autre » dira une infirmière.

Cependant, certains patients sont plus réticents ; « Je ne veux pas y aller, mais je suis obligé ! ».

Pour un des patients, le transfert est plus compliqué. En effet, il ne veut pas sortir de sa chambre. Son médecin référent improvise, alors, un dernier entretien et il accepte après de longues négociations d'être soutenu et encadré pour quitter Sellier.

D'autres patients ont la nécessité de faire plusieurs allers-retours, avant de définitivement s'installer à Fleury Joseph Crépin.

Petit à petit, nous retrouvons les patients au sein de Fleury Joseph Crépin. Certains sont en train de ranger leurs affaires dans les armoires, d'autres sont allongés sur leur lit et écoutent de la musique, chose que j'ai peu observée à Sellier, d'autres encore partent découvrir en groupe le nouvel hôpital ; des sourires et de la bonne ambiance sont au rendez-vous.

Il est important de souligner qu'aucun débordement n'a lieu, malgré les appréhensions que certains pouvaient avoir vis-à-vis de patients hospitalisés sous un mode de soins sous contraintes.

Finalement, les patients ont aménagé leur nouvel espace de vie. Pour certains, il faut faire connaissance avec des patients de l'autre secteur ; pour d'autres, il s'agit de rencontrer des soignants qu'ils ne connaissent pas encore.

En moins de 24h, pour tous, un virage important s'est produit au sein de ces deux secteurs.

Au fur et à mesure que les jours passent, les patients commencent à habiter la Clinique Fleury Joseph Crépin. Nous percevons qu'il y a une nécessité, pour eux, de s'adapter à la fois au

nouveau dispositif spatial, mais également s'habituer à de nouvelles composante temporelles. La rapidité d'adaptation qu'ont eue les patients à s'approprier ce nouveau lieu est un fait marquant, balayant toutes les craintes que les équipes soignantes pouvaient avoir.

Nous pouvons nous questionner sur le fait d'avoir pu sous-estimer les capacités de ces patients à faire face à un tel changement.

En effet, rapidement, les patients vont devoir faire fonctionner leur mémoire pour tenter de se souvenir, de ce qui se passait avant le déménagement.

Un temps d'adaptation a été nécessaire en ce qui concerne les nouveaux horaires des repas et de la prise des traitements.

Au fur et à mesure, après quelques réflexions sur le lieu, nous n'allons que très rarement entendre parler de Sellier par ces derniers. Ce n'est qu'à l'arrivée de nouveaux patients en hospitalisation, qui avaient connu Sellier, que quelques mots s'échangent sur des comparaisons, entre les deux lieux de soins ; comme « C'est plus beau ici, c'est plus lumineux », « C'est un labyrinthe ici, il va falloir prendre des repères », « Sellier, c'était quand même fort sympathique, ici ça ressemble à un vrai hôpital ».

Il est vrai que certains ont évoqué le fait que ce nouvel endroit faisait penser à un hôpital général, avec ses longs couloirs blancs : « On va devoir décorer tout ça ».

Cependant, le deuil du centre Henri Sellier s'est rapidement fait pour tous les patients qui ont retrouvé un certain confort de vie.

Certains m'expliquent vouloir respecter ce lieu et donc ne plus fumer à l'intérieur « Ce n'est pas comme à Sellier, ici, c'est beau, c'est propre, il ne faut pas l'abîmer ». Un ressenti positif se fait percevoir, comme si, le fait de leur donner un lieu plus agréable, respectant leur intimité et leur dignité, leur permettent de retrouver une estime d'eux même et une amélioration de leur image narcissique : « Il est important maintenant que je me douche et m'habille bien tous les jours » m'explique une patiente qui avait auparavant une hygiène corporelle peu soutenue.

Lors de la restitution des photos de l'atelier, avec les patients, une phrase d'une patiente

psychotique, signe cette appropriation du nouveau bâtiment.

En effet, lorsqu'elle voit les photos de Fleury Joseph Crépin, elle dit « Ah, ici chez nous, se sera plus simple de se repérer ». En effet, elle avait beaucoup de mal à se repérer lors du visionnage des photos de Henri Sellier. Au niveau temporel, pourtant, nous n'étions alors qu'à un mois et demi du déménagement.

Un dernier fait, pouvant paraître anecdotique, est cependant important à souligner, est le fait que nous retrouvons un grand nombre de patients en « pantoufles » dans le nouveau bâtiment. Les pantoufles, c'est une chose que nous n'avons pas forcément remarquée à Sellier, mais qui a été rapportée par de nombreux soignants ; une interprétation a pu être faite par les équipes : « Ils sont plus à l'aise et ils se sentent mieux ici ».

Nous pouvons conclure ces observations en reprenant ce que le Pr Delion évoque en parlant d'appropriation : « Tout sujet, ou tout groupe, pour s'approprier l'espace, doit pouvoir ancrer son expérience de/dans l'environnement en y trouvant quelque chose qui le sécurise. Mais cet espace trouvé doit lui laisser une place pour y lover quelque chose de son imaginaire, pour y créer ainsi une part de lui-même, et par ce mouvement, le faire sien » (72).

b) Du côté des soignants.

Nous allons maintenant exposer ce qu'il en a été du côté des soignants afin d'appréhender, dans un premier temps, leur façon de se désapproprier l'ancien bâtiment et ensuite les mouvements mis en évidence dans l'acceptation de leur nouveau lieu de travail, pour s'approprier ce dernier.

En effet, j'ai également eu la chance de recueillir auprès des soignants, leurs témoignages tout au long de l'année, au cours de laquelle, j'ai vécu avec eux l'ensemble des transformations, liées au déménagement.

Ces témoignages se sont fait spontanément au cours de conversations ; il n'y a pas eu de questionnaires, ni d'interview afin d'obtenir ces mots et ces phrases autour du déménagement.

En ce qui concerne la désappropriation du centre Henri Sellier, divers témoignages m'ont été rapportés.

Dans les commentaires de certains soignants, nous trouvons *de l'espoir*, avec des attentes positives de ce déménagement, notamment une meilleure qualité de travail, dans l'espoir de permettre, ainsi, une amélioration de la prise en charge des patients.

Une infirmière m'évoque alors la notion *d'accueil*. Elle m'avoue, au cours de la visite du chantier de la Clinique Fleury Joseph Crépin, quelques semaines avant l'emménagement : « Je n'aurai enfin plus honte de montrer aux patients le service, les locaux et leur chambre quand ils arriveront en hospitalisation pour se faire soigner ».

En effet, cette soignante pointe les limites que présente le Centre Henri Sellier au niveau de l'accueil.

Il est vrai que je me rappelle encore de cette odeur assez désagréable, quand j'arrivais chaque matin, mais dont on s'habitue au fil de la journée, de ces murs de couleur jaunâtre, de ces poignées de portes complètement décolorées, décapées, du manque de luminosité, de ces quatre douches par étage pour les cinquante patients, de ces nombreuses chambres à trois lits. Il y avait une promiscuité qui dérangeait beaucoup les soignants (71).

La notion d'accueil est un élément fondamental de la psychothérapie institutionnelle. Jean Oury dit que : « L'hôpital devrait être hospitalier : l'hospitalité psychiatrique consistant à accueillir autrui -même le plus insolite- d'une façon non traumatisante, en établissant constamment avec lui des rapports d'authenticité» (72).

Lorsque le malade arrive dans un lieu d'hospitalisation, le premier temps de rencontre avec lui est primordial. Cependant cette rencontre n'est pas la plus simple, puisque que le patient est le plus souvent en décompensation psychique. Il faut, cependant, s'efforcer d'apporter le meilleur accueil possible tout en tentant d'intégrer la singularité de chacun. C'est donc toute l'institution qui doit apprendre à mettre de l'humanité dans cette rencontre, qui va le plus souvent définir les suites de l'hospitalisation de ce patient. Cet accueil et cette ambiance sont

déterminants.

« L'accueil ne se borne pas au phénomène d'entrée. L'accueil permet d'amorcer la relation transférentielle. » Bidault (53).

La notion d'accueil peut également être pris en considération par le constat, qu'il soit possible d'obtenir les meilleurs résultats, lors de la certification d'un établissement, et donc de répondre aux exigences administratives et protocolaires, alors que l'accueil que cet établissement propose ne soit aucunement décent, bien au contraire (73).

Un autre sentiment se fait ressentir, au sein des équipes soignantes ; c'est de *l'inquiétude*. Beaucoup de soignants avaient peur de ce qu'ils laissaient et donc potentiellement ce qu'ils allaient perdre, sans savoir ce qu'ils allaient retrouver. Il était difficile pour eux de s'imaginer s'approprier un autre lieu. Un infirmier dira : « On sait ce que l'on quitte, on ne sait pas ce que l'on va retrouver »(71).

Ce qui est également présent, c'est la peur de l'inconnu qui fige les soignants dans des craintes importantes. Les pires scénarii sont imaginés : la fugue de certains patients, l'incapacité des patients à s'adapter, surtout pour les patients psychotiques, avec des décompensations de leurs pathologies. L'impossibilité, aussi, de s'imaginer que le nouveau bâtiment puisse être assez solide pour supporter les violences physiques et psychiques des patients qui ont vécu à Sellier. Pour eux, ce vieil hôpital a tout connu et il a survécu, il est donc impossible qu'un autre bâtiment puisse être plus solide que ce dernier.

Il est également évoqué l'inquiétude, vis-à-vis des modifications organisationnelles de leur travail, risquant d'entraver leur créativité et leurs initiatives. Un infirmier explique :

« On va être divisé dans nos fonctions ; toi, tu ne verras que des décompensations, des crises aiguës. Alors que moi, je ne verrai rien de tout cela, je prendrai en charge des patients connus du secteur, leur état de santé sera stabilisé et je travaillerai avec eux leurs projets d'avenir».

On peut, peut-être, penser que dans cette réflexion, une crainte se fait ressentir vis-à-vis de la

division des tâches, de par cette nouvelle organisation avec, une sorte de fragmentation des prises en charge et donc de leur travail antérieur. Ces réflexions sur l'avenir de la psychiatrie se font plus nombreuses chez les Infirmiers ayant eu la formation d'ISP (infirmier spécialisés en psychiatrie) que chez les autres.

Le déni de l'intérêt d'un tel changement a également fait partie des éléments retrouvés chez ces soignants.

En effet, beaucoup de soignants critiquent le fait de devoir déménager. Certains, idéalisent le Centre Henri Sellier en apportant que les éléments positifs de cet ancien bâtiment, datant de 1978. Certains d'entre eux ferment les yeux sur les dysfonctionnements multiples de ce lieu. Beaucoup d'entre eux disent « Je vais regretter Sellier », un autre dit : « La conception du nouveau bâtiment ne me plaît pas, elle n'est pas adaptée aux patients que nous soignons, Henri Sellier était même peut être mieux ».

Au-delà même de la conception architecturale des deux bâtiments, ce qui est saisissant dans les remarques des soignants, c'est la multitude de souvenirs qu'ils nous rapportent. En effet, pour certains, cela fait trente ans qu'ils travaillent au Centre Henri Sellier et beaucoup d'anecdotes refont surface, dans une nostalgie qui est très prégnante.

Des phénomènes, pouvant se rapprocher d'une sorte de *régression*, sont à noter au sein des équipes soignantes. En effet, des inscriptions sont faites juste avant de déménager, sur les murs de Sellier. On retrouve les inscriptions : « Sellier tu vas nous manquer ! » ; « Sellier on t'aime ». (Cf. photo première partie)

L'apparition *de clivage* apparaît également, avec des divisions au sein des équipes soignantes. Une distinction se fait ressentir au sein des équipes des deux anciens secteurs. Ce que l'on voit apparaître également progressivement et la différence entre les nouvelles unités fonctionnelles. En effet, petit à petit le rythme de travail sera différent et des incompréhensions vont apparaître. En effet, les projets médicaux s'élaborent de manière différente entre les deux secteurs, pourtant rédigés les années précédentes, ensemble. Les équipes pointent les

disfonctionnements de l'autre secteur et réciproquement. Des histoires ressurgissent du passé et nécessitent des explications avant de quitter Henri Sellier.

Les observations portées le jour du déménagement sur les soignants sont nombreuses.

L'ambiance est bien différente qu'à l'habitude. Sur le parking, il y a beaucoup plus de voitures stationnées. Une mobilisation importante des effectifs est à noter, à la fois, par les équipes de l'intra qui sont en plus grand nombre, et à la fois par les équipes de l'extra-hospitalier venues donner main forte. Beaucoup d'entre eux, ont voulu absolument être de la partie « pour rien au monde je n'aurai manqué ça, c'est trop important pour moi d'être ici et de vivre ça avec mes collègues et les patients ».

Les secrétaires font les derniers cartons avec les dossiers des patients. Les médecins s'improvisent également, pour cette journée d'exception, un autre rôle puisque « les entretiens ne vont pas pouvoir se faire », dira l'un d'entre eux. Chacun essaye de se rendre le plus utile possible : porter les sacs avec les patients, faire les derniers cartons, enlever les tableaux des murs... Des petits groupes s'organisent, composés d'infirmiers, aides-soignants, patients, internes afin de faire des allers-retours entre les deux bâtiments.

A l'heure du midi, les équipes ont prévu un dernier repas entre collègues dans l'ancien service, avant de le quitter. Des récits de souvenirs sont évoqués, des larmes vont apparaître pour certains.

Des photographies sont prises par les soignants pour immortaliser ce moment.

Une ambiance enfantine se fait ressentir entre collègues de travail. Il ne faut pas oublier que pour certains c'est la dernière fois qu'ils travaillent ensemble, puisqu'après le déménagement, ils vont être dans des services différents.

Il faut souligner, un phénomène particulier qui a pu être observé en quittant les lieux. En effet, tout est resté en état : il faut peut-être croire que ce n'était pas nécessaire, ce jour-là, de débarrasser, de ranger, de nettoyer ce qui avait été utilisé. On quitte ce lieu et on laisse la trace

de notre passage. Comme si le temps, s'est arrêté, comme si un départ précipité a dû être nécessaire, en quittant cet endroit.

Beaucoup de nostalgie se fait sentir.

Une infirmière qui travaille la nuit, suivant ce jour de déménagement, verbalise en disant « ça me fait vraiment quelque chose d'arriver ce soir ici, Sellier ne va plus exister, le plus difficile pour moi c'est de voir notre étage éteint, il n'y a plus aucune lumière » ; ces mots sont dit avec beaucoup d'émotion et d'authenticité.

Finalement, les soignants ont aménagé leur nouvel espace de travail. Pour la plupart d'entre eux, ils ont fait connaissance avec leurs nouveaux collègues.

En moins de 24h, pour tous, un virage important s'est produit au sein de ces deux secteurs.

Un travail de deuil pour la quasi-totalité d'entre eux va être nécessaire. En effet, dès lors qu'il s'agit de prendre possession des lieux, les sujets sont confrontés à un véritable travail psychique, puisqu'au moment où l'on investit de nouveaux locaux, il faut faire le deuil du lieu idéal tel qu'on le fantasmaient jusque-là et qu'on s'attendait à trouver, et donc accepter de quitter un lieu sécurisant car connu, même empreint de défauts. (72)

Rétrospectivement, nous constatons que même après plus d'une année passée dans ce nouveau lieu de soins, qu'est la clinique psychothérapique Fleury Joseph Crépin, le Centre Henri Sellier fait toujours partie des conversations des soignants.

Le travail de deuil se réalise tout doucement. Et c'est au cours de l'exposition des photographies réalisées lors de l'atelier « Des racines et des Ar[ts]bres », que les soignants ont pu tourner une page de leur histoire avec le centre Henri Sellier. En effet, certains sont venus m'exprimer leurs ressentis :

« Ça fait du bien ces images », « Je ne me rendais pas compte dans quel endroit nous travaillions, nous sommes bien mieux ici », « Ces photos m'ouvrent les yeux et je sens que Fleury Joseph Crépin va pouvoir nous porter dans notre travail, malgré l'ensemble de mes

doutes et mes réticences à quitter Sellier ».

Nous pouvons percevoir, qu'ils sont maintenant capables de retenir les bons souvenirs du passé et ne pas avoir de la colère en se projetant dans l'avenir, au sein des nouveaux murs. C'est la première fois depuis un an, que j'entends ces mots.

Ce travail de mémoire, grâce à cet atelier, a permis de tenir une de ces promesses, qui est d'aider au travail de désappropriation et d'appropriation dans les suites directes d'un déménagement.

De manière plus générale, il semble que la préparation d'un tel évènement, bouleversant la vie institutionnelle, amène à se questionner sur ce que nous voulons apporter et modifier dans ces nouveaux lieux. Ainsi, avec ce changement architectural, des nouvelles pratiques soignantes peuvent être mises en avant et ainsi laisser imaginer une amélioration dans les soins apportés.

3) Des regards extérieurs sur les lieux, quittés et nouvellement habités.

J'ai eu la chance au cours de ce travail de rencontrer des personnes extérieures à la discipline psychiatrique, qui ont pu partager leur vision du lieu quitté et du lieu nouvellement habité. Ainsi, je voulais conclure cette partie, en faisant part des échanges que j'ai pu avoir avec une étudiante en architecture, Amélie, qui est venue visiter le nouvel hôpital lors de l'exposition de l'atelier « Des Racines et des Ar[ts]bres ». Elle a réalisé son travail de mémoire de fin de cursus de Master 2 sur « l'abri », en réalisant une étude sur la notion de l'abri à l'hôpital psychiatrique, en venant dans un service d'hospitalisation pour adolescent (74). Elle a pu parler des lieux, notamment des hôpitaux psychiatriques, en réalisant un travail de recueil dans un service de pédopsychiatrie de la métropole lilloise.

Un deuxième regard sera apporté par Catherine, plasticienne, avec qui j'ai travaillé presque une année sur l'atelier « Des Racines et des Ar[ts]bres ». Nous essayons, encore toutes les deux, sous l'impulsion et les encouragements des patients, de faire vivre cet atelier et qu'il puisse sortir des murs de l'hôpital psychiatrique.

a) Regard d'une étudiante en architecture.

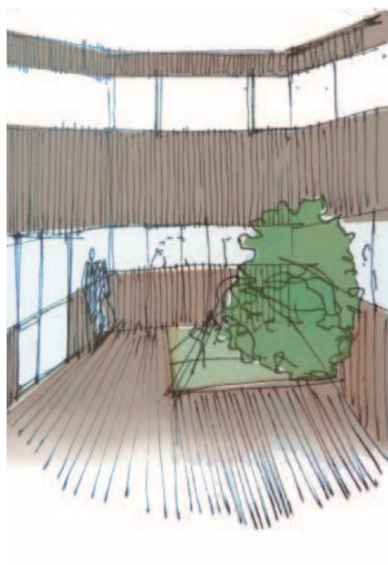
Amélie évoque, tout d'abord, la question de la place de l'accès de l'hôpital dans la ville. En effet, dans cette volonté d'ouvrir la psychiatrie sur la cité, sa facilité d'accès semble être un point primordial à prendre en considération.

Lors de ses études et de son travail de mémoire, la place de l'hôpital au sein de la ville est un élément important. Nous l'avons également constaté plus haut, qu'au cours de l'histoire, il y a eu de nombreux allers-retours de la place accordée aux lieux d'accueil de la folie : dialectique entre éloigné/ rapprochement dans la cité, en réponse, notamment, au courant de pensées de la société.

Elle précise que la clinique Fleury Joseph Crépin « est compliqué à trouver. D'abord à l'échelle de la ville, puis à l'échelle de l'infrastructure».

Très vite, elle évoque les trois cèdres et comprend que l'architecture du lieu a été conçue autour de ces derniers. « Le lieu est assez beau, construit autour de trois arbres. Ils donnent de l'âme à l'hôpital. Autour d'eux s'articulent deux lieux de rencontre: la cafétéria et la salle polyvalente».

Elle parle rapidement des espaces extérieurs, qui ont été conçus pour permettre d'avoir « de l'extérieur à l'intérieur » et « de l'intérieur à l'extérieur » (74), afin d'apporter de la luminosité et permettre aux patients une certaine ouverture sur l'extérieur.



« Le traitement des patios apporte le confort que l'on souhaiterait voir dans chaque pièce de l'hôpital. Le bois apporte de la chaleur. Ces patios intérieurs permettent de mettre le dehors au dedans. »

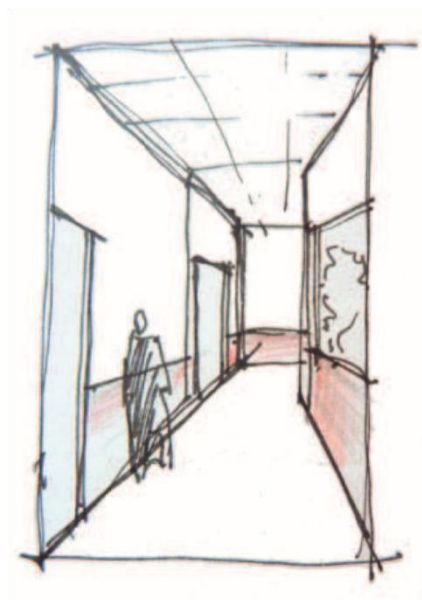
Croquis, Amélie Cailleux, Nov 2013

Il est vrai que ces patios ont, tout de suite, étaient investis par les patients et les soignants. Ils sont devenus un lieu de rencontre, dans un espace apportant sérénité et calme. Les patients y fument leurs cigarettes, puisque qu'il faut respecter les lieux (et la loi anti-tabac dans les lieux publics). C'est donc dans ces conditions que des patients, à tour de rôle, au cours de la semaine, ramassent les mégots afin de conserver un lieu propre. Il faut souligner que la loi, qui n'était pas simple à respecter au Centre Henri Sellier, n'a posé presque aucune difficulté dès l'arrivée dans le nouveau lieu.

Un patient explique « ce n'est pas du tout pareil, Sellier a toujours connu la cigarette, ça ne servait à rien d'aller dehors. Ici, ce n'est pas pareil, c'est beau et sain, il faut le respecter. »

Amélie ajoute que plus un espace est agréable, plus on s'y sent bien, plus on le respecte. Les patients non seulement respectent le lieu, mais se prennent également plus en considération, en tout cas dans « l'après immédiat » du déménagement.

Son regard s'arrête ensuite sur les couloirs.



« Ces couloirs, longs, sans contact avec l'extérieur, entourent des patios. Ces longs chemins sont blancs, car malgré les couleurs plaquées sur quelques murs, l'aspect de l'hôpital de médecine générale, aseptisé, persiste. »

Croquis, Amélie Cailleux, Nov 2013

Il est vrai, qu'à la clinique Fleury Joseph Crépin, certains murs sont encore blancs. Ils peuvent, peut-être alors, faire penser à un hôpital général de soins somatiques. Cependant, l'espace a

été réfléchi afin de permettre une déambulation et une libre circulation des patients. Mais cette remarque, fait rappeler qu'il n'est pas simple d'allier le confort, la sérénité d'un endroit agréable et les normes sécuritaires et financières. Depuis, les murs sont habillés de tableaux de l'artiste Fleury Joseph Crépin.

Il a été important, pour elle, de signifier la rencontre qu'elle a pu faire en venant à l'exposition. « En arrivant à l'exposition «Des racines et des Ar[ts]bres», un patient, résidant de l'hôpital, m'accueille. Lucie vient également, et c'est une discussion à trois qui s'engage. Je comprends que ce patient s'est révélé dans ce travail de mémoire, de photographies. Que l'implication qu'il a eue dans ce projet a surpris les soignants et qu'il a changé son vécu de l'hôpital.

Les photos sont surprenantes, touchantes. Elles révèlent à la fois l'aspect archaïque de l'ancien hôpital, la dureté du lieu, et la sensibilité exacerbée des personnes qui habitent ces lieux.

C'est une belle rencontre, un apprentissage à ne pas considérer la différence comme une barrière infranchissable. » (74).

Dans son travail de mémoire elle évoque : « La démarche que j'ai eue durant ces mois de recherche m'a permis de me passionner. Toutes les rencontres que j'ai eues la chance de faire, aussi bien avec les soignants qu'avec les patients, m'ont enrichie ; avec les soignants qui m'ont soutenue, nous avons pu entreprendre un travail d'équipe, interdisciplinaire. Nous avons beaucoup échangé, et c'est comme cela que je vois le métier d'architecte, comme un dialogue permanent avec toutes les personnes concernées par le projet. Il faut apprendre à connaître le terrain, et ceux pour qui on le conçoit. » (74).

Il semble que dans le regard d'Amélie, « rencontre » / « échanges » / « connaître le terrain et ceux pour qui on le conçoit », nous pouvons résumer l'importance majeure de pouvoir dialoguer avec l'architecte qui conçoit le nouvel outil de soin. Nous avons finalement la même volonté, mais des capacités différentes d'analyses.

b) Regard d'une artiste-plasticienne.Entretien Catherine Zgorecki.

A la question, d'une potentielle définition de la psychiatrie, Catherine, évoque qu'en arrivant, pour la première fois, dans un hôpital psychiatrique, pour venir y réaliser un atelier culturel, elle a ressenti des craintes. Elle ajoute que ce n'est pas la peur des gens, mais plutôt des craintes sur la façon de pouvoir entrer en relation avec un univers qu'elle ne connaît pas. Il a donc été nécessaire d'entrer en contact avec les patients et les soignants : elle souligne l'importance de la rencontre avec ces derniers.

Elle précise, en début d'interview, qu'une fois cette barrière dépassée, elle a découvert beaucoup de choses qu'elle ne soupçonnait pas. Elle a donc pu mettre en avant le fait de découvrir « un autre monde », qui est différent du sien.

Catherine poursuit avec le fait que les personnes qu'elle a côtoyées, « sont capables de recevoir les choses et de les absorber très simplement, bien plus que n'importe qui ». Elle explique également, avoir eu le sentiment d'échanges en toute simplicité avec eux.

Catherine, avant d'être plasticienne/artiste, travaillait en tant qu'architecte d'intérieur. J'apprends qu'elle avait, dans cette fonction d'architecte, déjà été au contact du Centre Henri Sellier. Elle avait donc déjà eu une première rencontre avec ce lieu de soin en psychiatrie. Dans son souvenir, elle retient le manque de luminosité ; « c'était un endroit très sombre, très brutal, sans lumière ». Elle ajoute que cette expérience « du côté architecte », ne lui a pas permis d'entrer en relation avec les personnes qui habitaient ce lieu : « on n'était pas là pour traiter avec les gens, on était là pour traiter les lieux. » Elle décrit cette expérience comme « étrange ».

Elle peut donc dire que son arrivée à Sellier pour la deuxième fois, était totalement différente. Son état d'esprit a changé, car en quittant le métier d'architecte, elle voulait être plus en contact avec « l'Humain » et « vouloir aller à la rencontre des gens ».

C'est la curiosité de l'inconnu qui l'anime quand elle arrive au Centre Henri Sellier en tant que

plasticienne. Elle décrit l'envie de vouloir créer avec ce lieu de soin. Elle souhaite démontrer qu'il n'y a pas de frontière et que l'échange est possible avec tous, que ce soit avec les patients, mais aussi avec les soignants, en permettant une ouverture potentielle « en dehors de l'hôpital » : « Nous sommes tous identiques » et « je veux casser quelques frontières en diffusant et montrant ce qui a pu être réalisé dans les ateliers. »

Elle exprime le fait que la société a peur et que la culture peut servir de médiateur à la diminution de cette crainte de l'inconnu, de la différence.

Ainsi, nous évoquons son ressenti sur les lieux de soins, qui ont été, lors de l'atelier que nous avons animé, le point central de notre travail. Lorsqu'on parle du Centre Henri Sellier, elle dit que son regard est différent lors de cette deuxième rencontre : « c'était plus lumineux que dans mon souvenir ». Cependant, elle le décrit comme « un vieux bateau, avec des repères faciles : les étages, la symétrie des services, c'était simple ». Elle a cette impression que « c'est un lieu occupé, par des patients dont on n'arrive pas forcément à dater leur jour d'arrivée : comme une impression d'intemporalité », « c'est un lieu immobile qui est resté intact depuis sa création. » Elle poursuit en décrivant et énumérant les couleurs des murs vieillissants, les vieux revêtements de sols, les vieux plafonds. Elle explicite en évoquant même cette impression, que ce lieu d'hospitalisation est « un monde à part entière », où Sellier est la ville, les couloirs sont les rues, les chambres sont les habitations, avec la présence également de lieux publics comme la cafétéria, la salle télé et la salle de l'amitié. Elle décrit un ressenti de proximité et de familiarité entre tous. Ainsi, elle évoque le fait que l'on repère immédiatement les personnes qui arrivent pour la première fois dans ce lieu de soin.

Son regard est autre lorsque nous évoquons le nouveau de lieu de soin : la Clinique Fleury Joseph Crépin. Il est important de souligner qu'avec l'atelier, l'investissement des lieux a été différent. Puisque l'un a été quitté alors que l'autre a été découvert, ainsi le ressenti vis-à-vis de ces deux lieux diffère. Cependant, elle décrit « Fleury Joseph Crépin avec une plus grande luminosité qui est bien différente de Sellier », « avec une modernité incontestable du nouveau

lieu, ainsi qu'une meilleure esthétique ». Elle évoque une transparence du lieu, ce qui, pour elle, permet une ouverture des espaces et une plus grande connexion vers l'extérieur : le bâtiment étant moins « enfermé sur lui-même », bien qu'il reste au fond du centre hospitalier. Elle indique que cette nouvelle construction est « un geste architectural qui a une symbolique forte, notamment avec son histoire de construction autour des trois cèdres qui ont dû être conservés. » Elle ajoute pourtant, que ce lieu manque de proximité, et peut-être de convivialité et qu'il est moins simple de se rencontrer.

Nous arrivons alors, pendant notre interview à comparer les deux lieux que nous avons connus. Il est très facile pour nous deux, de repérer des endroits incontournables du centre Sellier : La cafétéria, où tout le monde s'y réunissait (patients, soignants, médecins, familles..), la salle de l'amitié, qui était la seule salle d'activité, le fumoir, le banc extérieur, où chacun fumait sa cigarette. En ce qui concerne Fleury Joseph Crépin, nous nous rendons compte, que cela est plus compliqué de trouver « des lieux incontournables », où tout le monde peut se rencontrer, se retrouver. Il y a bien une nouvelle cafétéria, mais elle est un peu plus petite, peut-être un peu plus excentrée que la précédente, elle est moins fréquentée. Il y a également de nombreuses salles d'activités mais qui se referment après qu'un atelier se termine. Il y a le hall d'accueil qui joue en quelque sorte ce lieu de rencontre.

Il faudra certainement laisser passer du temps, avant de savoir si Fleury Joseph Crépin, aura un lieu de rencontre incontournable. En effet, il ne faut pas oublier que « Fleury Joseph Crépin vient de prendre naissance ». Il faut donc lui laisser le temps de la rencontre et de la découverte.

Ensuite, lorsque nous abordons à proprement parlé l'atelier « Des Racines et des Ar[ts]bres », Catherine pointe la difficulté qu'elle a pu ressentir à son arrivée. Elle évoque le fait d'avoir eu l'envie d'être là et de partager avec l'ensemble des patients et des soignants mais que la rencontre n'a pas été si simple. « Je ne ressentais pas d'opposition franche, mais il n'était pas simple d'être là, comme l'impression d'être parfois intrusive ». Elle aborde le potentiel créatif

de chacun, en soulignant qu'elle n'était pas là pour apprendre à dessiner aux personnes s'inscrivant dans l'atelier, ni là pour apprendre la photographie : mais simplement présente, afin de permettre de montrer que l'on est tous dans la capacité de créer. Ainsi, elle décrit que « par cet acte il y a la possibilité à la fois, de montrer sa capacité d'expression mais aussi permettre une certaine reconnaissance de soi, ce qui peut faciliter une reconnaissance de l'autre. »

Il faut souligner que Catherine ne connaît pas les pathologies dont souffrent les patients qui ont participé à l'atelier. Cependant, elle arrive à décrire, pour chacun d'entre eux, une singularité. Elle a donc pu, avec leur différence, les accompagner dans la création en prenant en compte la particularité de chacun. Parfois elle a pu percevoir que le patient se surprenait lui-même, s'étonnait, assumait de nouvelles choses comme permettre une guidance dans le changement de lieu et aider d'autres patients. D'autres ont pu surprendre et étonner de par leurs capacités de création, et de concentration : ils ont su se révéler aux autres. Certains ont su prendre confiance en eux, ou encore se saisir de l'aide des autres. Catherine a donc, à travers cet atelier, su percevoir et être au contact de la particularité de chacun.

Lors de la conclusion de l'interview, elle spécifie qu'il est primordial d'aller chercher la différence de l'autre, de pouvoir l'accompagner et de le mettre en expression. Son regard a changé sur la psychiatrie. Elle dit qu'à présent, elle est capable de parler de la psychiatrie sans être dans l'ignorance. Elle expose la volonté de vouloir « casser quelques clichés » qui sont véhiculés, notamment par les médias : « C'est beaucoup plus complexe, que ce que nous avons l'habitude de lire ». Elle poursuit en disant qu'« il est important de passer du temps auprès de l'autre pour le comprendre et en parler correctement. »

Catherine continue maintenant à faire des ateliers arts plastiques, après le monde de l'incarcération, elle travaille actuellement dans des écoles et structures médico-sociales...

Ainsi, nous pouvons grâce à cette partie, tenter d'apporter quelques réflexions :

En effet, grâce à la description de ce déménagement, qui a eu lieu en 2012, nous pouvons nous rendre compte de l'importance qu'ont les murs et donc les lieux, dans la prise en charge des soins de patients hospitalisés en psychiatrie, encore actuellement.

La possibilité de réaliser un atelier culturel, notamment pour l'intermédiaire d'un travail de mémoire via la photographie, a certainement été une aide afin de permettre, à la fois aux patients et aux soignants, de se désapproprier l'ancien bâtiment et s'approprier le nouveau lieu de soins.

Des différences ont cependant pu être perceptibles entre soignants et patients, devant les modifications de leurs repères, tant spatiaux que temporels.

Pour les patients, par certains témoignages, nous avons pu constater que les murs permettaient de jouer un rôle de « béquilles » et donc d'appui incontestable, pour ces derniers. Il est donc plus qu'indispensable de préparer les patients à un changement, tel qu'un déménagement. En effet, les murs sont différents d'un espace à un autre, et il y a donc un nécessaire travail de désappropriation des anciens murs avant tout changement de lieu.

Nous avons pu noter que la plupart des patients, ont eu besoin à leur manière singulière, de se préparer psychiquement à quitter un lieu, qu'il connaissait bien et où ils avaient tous leurs repères. Ce qui tente de porter notre réflexion sur l'importance que peut avoir un lieu de soin. L'ambiance d'un tel événement est primordiale et influence l'état de réassurance des patients. Il faut donc préparer ces derniers, comme par exemple, faire visiter le nouveau lieu de soins en amont d'un déménagement. L'importance de la préparation psychique est également mise en tension et nous pouvons constater qu'il est nécessaire de prendre en considération la temporalité de chacun.

En ce qui concerne les soignants, nous pouvons constater que ces derniers ont certainement eu plus de difficultés dans le travail de désappropriation/appropriation. En effet, un travail de deuil de l'ancien bâtiment a été plus long que pour les patients. Une idéalisation forte du

bâtiment quitté s'est fait ressentir ; comme s'il était impossible que ce soit mieux ailleurs. Tous les points positifs de l'ancien bâtiment étaient contrastés par tous les petits défauts du nouveau bâtiment. Des craintes sur l'ambiance nouvelle étaient également évoquées de leur part.

Il semble important qu'une préparation puisse également se faire pour eux. Un tel changement n'est pas anodin et il y a une nécessité de réassurance pour leur avenir professionnel. Pour pouvoir prévenir cette incertitude, tant sur l'espace nouveau à investir que sur les rythmicités différentes, il pourrait sembler intéressant que chaque projet d'une telle envergure, puisse être pensé en équipe. Un travail étroit dès la conception initiale des plans, en liens directs avec l'architecte du projet, permettraient aux soignants l'investissement progressif du nouveau lieu à concevoir et ainsi les préparer psychiquement, en suivant leur temporalité propre.

Ainsi, nous constatons qu'un changement spatial, tel qu'un déménagement d'un service de psychiatrie, nécessite une préparation qui doit s'inscrire dans une temporalité, afin de pouvoir préparer au mieux patients et soignants. Cela permet un climat de sécurité et ainsi facilitateur de l'appropriation d'un lieu nouveau.

Il pourrait être intéressant de retourner, au Centre Hospitalier d'Hénin Beaumont, auprès des deux secteurs qui ont emménagé, il y a maintenant plus de deux ans, dans ces nouveaux locaux. Cela pourrait être alors l'occasion de retourner auprès des patients et des soignants, afin d'obtenir leurs avis et ressentis sur le lieu de soins actuel et sur leurs souvenirs de ce qu'était l'ancien bâtiment et les soins réalisés auparavant.

Partie III : L'histoire qui reste à écrire.
**Tentative afin de dégager des fondamentaux du soin,
réflexion sur les enjeux actuels et les perspectives
futures.**

Lorsque nous portons notre regard sur la psychiatrie actuelle, nous pouvons constater que cette dernière est en pleine transformation. Effectivement, par l'exemple d'un déménagement retranscrit dans la précédente partie de ce travail, nous observons que la psychiatrie d'aujourd'hui se modifie. Nous percevons aussi, que le regard de la société sur la folie, l'aliénation mentale, la maladie mentale, ainsi nommée en fonction des époques, a toujours eu une influence sur les lieux dédiés aux personnes souffrant de troubles psychiques.

En effet, en retraçant l'historique de ces lieux d'accueil de « la folie », nous observons que ces derniers se modifient et se transforment, en lien avec des regards changeant ; à la fois sociétaux, comme par exemple religieux ou philosophique, mais aussi médicaux par des connaissances nouvelles des troubles psychiatriques et leurs thérapeutiques. Nous pouvons, alors, nous interroger, sur ce que la discipline est en train de vivre actuellement, au cours de ce XXI^e siècle.

Actuellement, existe-t-il des relations qui peuvent expliciter les changements du paysage de la psychiatrie et les changements de regard que la société porte sur elle ?

C'est, donc, avec ce questionnement que nous allons tenter d'appréhender les enjeux que la discipline est en train de vivre.

Pour cela, il nous a semblé important de pouvoir tenter de décrire, dans un premier temps, des « fondamentaux », comme nous les avons nommés, qui restent finalement des invariants dans la pratique soignante en psychiatrie, quelle que soit notre fonction de soignant.

Par la suite, nous essayerons de comprendre ou, tout au moins, de développer quelques directives mises en jeu actuellement, pour appréhender les perspectives futures de soins.

I) **Les invariants fondamentaux de la pratique psychiatrique**

Ce questionnement fait suite, certainement, à l'expérience vécue dans l'accompagnement d'un secteur de psychiatrie adulte, lors de son déménagement. Cela a été une guidance certaine dans ce travail, notamment par le fait d'avoir pu accompagner des patients et des soignants, par l'intermédiaire d'un médiateur culturel.

L'idée est alors apparue comme une certaine évidence, que nous pouvions avoir plusieurs casquettes en n'étant qu'un seul soignant (71).

Cette réflexion a alors abouti, vers une interrogation plus large, de ce qui pourrait être décrit comme « fondamental » dans la discipline, afin d'accompagner au mieux l'ensemble des patients et des soignants, quel que soit finalement le paysage de la discipline psychiatrique.

Nous sommes dans une période qui aujourd'hui valorise et prône l'innovation. Que nous soyons dans le champ de la technologie, du marketing, de l'économie ou encore de la santé, il faut innover. L'innovation a un très grand intérêt, sans doute majeur pour l'avenir de l'humanité.

En psychiatrie, également, l'innovation est plus qu'importante et elle est un maître mot dans la pratique actuelle, notamment avec les neurosciences et les nouvelles compréhensions autour du fonctionnement cérébral, mais aussi avec les nouvelles psychothérapies, les nouvelles formations...

Les propos qui suivent ne veulent pas aller à l'encontre de l'importance de l'innovation dans la discipline, mais ont pour objectif, de montrer qu'il existe des invariants, des éléments qui ne changent pas au sein de la pratique. Et, ainsi tempérer ce qui serait actuellement perçu comme nouvellement pensé, au risque de fausses innovations.

Ce qu'on peut entendre par « fondamental », pourrait être le fait qu'une pratique peut être vérifiée dans les différents versants d'une discipline, quel que soit le statut/le rôle/la fonction du soignant au sein de son lieu d'exercice.

En outre, ces fondamentaux resteront vrais quel que soit notre type de pratique, quel que soit le patient que l'on soigne, quel que soit le lieu où nous exerçons, que ce soit dans un service privé ou public, dans un service de psychiatrie adulte ou infanto-juvénile, ou encore en addictologie ou gérontopsychiatrie...

Nous allons tenter d'énoncer cinq pistes de travail, qui pourraient alors se définir comme des invariants du soin : des fondamentaux.

Ce sont des choses simples, presque des évidences, mais qu'il semble bon de préciser. Il est d'autant plus important de les analyser devant le fait que, comme tout repère fondamental, il peut avoir une fâcheuse tendance à quitter notre pratique quotidienne, de part peut-être l'habitude, l'oubli, la facilité, l'intérêt...(75).

Voici ces cinq idées, que nous allons étayer dans la suite de ce travail et que nous avons déjà pu présenter, lors d'un congrès de la Société de l'Information Psychiatrique (SIP) en 2013, à Nantes (75):

- Pour soigner, il est nécessaire de pouvoir se référer à des modèles forts. Et, même si l'un emporte notre préférence, il est souhaitable de se référer à plusieurs modèles, afin de ne pas s'enfermer dans une seule direction. Il est également important d'être capable de se dégager de ces mêmes modèles.
- La prise en compte de la singularité de chaque prise en charge. En effet, le soin de qualité en psychiatrie doit être capable de s'adapter à l'histoire singulière d'un individu unique, que l'on prend le temps de rencontrer.
- L'importance de pouvoir faire de la place pour l'autre en soi lorsque nous sommes dans une relation thérapeutique.
- Dans le soin, il est souhaitable de pouvoir composer entre ambitions et l'humilité.
- La nécessaire considération de la dimension spatiale et temporelle dans les soins en psychiatrie.

1) Avoir des modèles

Si nous nous attardons sur la définition du terme « modèle », nous retrouvons alors, dans le dictionnaire Larousse, le fait de « ce qui est donné pour servir de référence, ce qui est donné pour être reproduit ou encore imité ». Une autre définition est retrouvée : « le modèle désigne une représentation schématisée d'un système donné, il permet une simplification et facilite ainsi la compréhension. Cependant, le modèle ne prend pas en considération les spécificités des éléments constituant l'ensemble auquel il correspond, il ne peut donc pas être reconnu comme la réalité ».

Ainsi, si nous nous interrogeons sur l'intérêt de pouvoir se référer à des modèles dans les sciences, nous pouvons évoquer le fait qu'ils nous permettent d'appréhender le réel.

En effet, sa schématisation facilite la compréhension de la réalité qui nous devient alors plus accessible et précise. Le modèle déploie des concepts plus ou moins pertinents qui permettent sur ce réel, aussi bien certaines opérations de pensée que d'actions afin de tenter d'en faciliter l'intelligibilité.

Il faut cependant garder à l'esprit que c'est une simplification du réel et que nous ne pouvons pas, en se référant à ce dernier, conclure de manière certaine sur un sujet d'étude.

Le modèle nous autorise, à nous soignants, de s'attacher à un certain nombre de repères que nous avons appris à distinguer et repérer, afin de permettre une certaine objectivité dans notre pratique.

Par conséquent, notre intervention nous offre la possibilité de nous éloigner de l'aléatoire grâce aux fondements du modèle.

Nous pouvons donc dire que le modèle est un guide pour les interventions de différentes natures. Il se déploie dans le soin et il permet de mieux ordonner/classer les informations, provenant du patient, que nous obtenons le plus souvent de manière informe, confuse et non ordonnée (75).

Le modèle nous protège, également, dans notre exercice quotidien. En effet, il nous protège

des jugements de valeurs et des positions morales que nous pourrions ressentir subjectivement, et qui serait alors très préjudiciable pour le soin.

Grâce au modèle, le soignant peut avoir une distance suffisamment bonne et être touché, transformé par le patient, en restant dans une conduite thérapeutique du soin.

De ce fait un modèle nous aide, en tant que soignant, à écouter le patient et à ne pas être fasciné par le discours de ce dernier.

Nous avons donc pu nous rendre compte de l'importance de l'utilisation d'un modèle, mais ce qui semble également nécessaire dans la pratique, c'est de savoir se référer à plusieurs modèles, plutôt qu'à un seul. Il ne s'agit pas de multiplier à profusion nos modèles de référence dans l'optique d'approcher la vérité, au risque alors de se replonger dans une plus grande confusion. Cependant, même si l'un emporte nos préférences et que celui-ci correspond le mieux à notre pratique, il ne faut pas se cantonner à cet unique modèle. Il faut certainement savoir l'articuler à d'autres.

En effet, chacun présente ses défauts, ses insuffisances, ses approximations. Il est donc certainement judicieux d'avoir un modèle, que nous privilégions, tout en ayant l'utilisation de notions d'autres modèles existants.

Il faut donc trouver une articulation entre ces différents modèles, afin que le symptôme/le trouble d'un patient puisse prendre un sens sous des angles de vues articulés, par différents modèles. Il est, alors, préférable pour le soin d'un patient de ne pas apporter une vision très stricte d'un unique modèle mais de pouvoir faire référence à certaines sources distinctes.

Néanmoins, il semble important de souligner qu'il faut également savoir se dégager des modèles dans la pratique soignante. Effectivement, nous pouvons penser que le modèle fige et ne permet qu'une approche approximative de la vérité. Un modèle, ne l'oublions pas, même pour les plus pertinents, ne représente qu'une construction schématique et ne construit en

aucun cas une vérité. Lorsque l'utilisateur d'un modèle a la certitude que son modèle est la stricte vérité, nous pouvons tenter de croire qu'il est dans la méconnaissance la plus complète (75).

Par conséquent, dans le soin, il est fondamental d'avoir recours aux modèles et il est nécessaire de savoir les associer.

Cependant, il est précieux de savoir critiquer les modèles car ils ne reflètent pas la stricte vérité pour un patient donné, surtout dans notre pratique, qui est la psychiatrie.

Ce dernier élément va permettre d'introduire et de comprendre le deuxième fondamental du soin, qui est la prise en compte de la singularité de chaque situation, que nous serons amenés à prendre en charge dans notre discipline.

2) La singularité de chaque prise en charge

Il est important de souligner que chaque individu est unique. Ainsi, les symptômes qu'il présente sont singuliers, en référence à son histoire de vie qui lui est propre.

La fonction thérapeutique en psychiatrie apparaît possible lorsque s'effectue une rencontre singulière entre un soignant et un patient.

De cette rencontre, il sera donc possible de saisir l'histoire personnelle d'un individu unique. Cela nécessite un soin individualisé pour chaque patient que nous sommes amenés à suivre dans notre exercice. Il semble alors, indispensable de prendre le temps de le rencontrer.

Prenons l'exemple du modèle médical, modèle qui nous a été enseigné lors de nos études de médecine, fondé sur « l'Evidence Based Medecine » (Médecine basée sur la preuve). Ce modèle présente bien des avantages, tant sur le plan clinique, que sur le plan nosographique et diagnostic. Il permet d'établir des compréhensions communes et ainsi d'établir des protocoles de soins qui peuvent être appliqués facilement par tous. Il semble tout de même que celui-ci soit dans l'incapacité d'apporter un regard spécifique en ce qui concerne la singularité du soin, d'un patient donné. En effet, il ne peut rien dire de la rencontre unique avec

chaque patient, avec chaque histoire.

Il n'est pas possible, devant la conception même de ce dernier, de prendre en considération ce qu'apporte, en clinique, la rencontre avec un patient. La protocolisation thérapeutique, sous cet angle de vue, montre ses limites et ses insuffisances.

Il est donc essentiel de savoir que d'autres modèles sont capables de considérer cette singularité. C'est ce que le modèle analytique, par exemple, a pu nommer : *transfert et contre transfert*.

Il ne faut pas oublier de considérer l'histoire du patient, car si on ne va pas chercher les éléments singuliers de son histoire, si on se cache derrière les protocoles standardisés, il semble difficile de pouvoir soigner.

En outre, si nous prenons le temps de cette rencontre intersubjective, il est probable de pouvoir récolter de nombreux éléments, même les plus anodins, qui pourront avoir une résonnance dans l'histoire du patient, et ainsi faire avancer celui-ci vers la guérison.

Ce dernier élément, est jusqu'à preuve du contraire, un témoin de la pertinence du soin.

L'équipe soignante peut avoir un protocole de soins, mais en aucun cas, elle peut avoir un protocole du soin préétabli à donner au patient, surtout quand il est en souffrance psychique.

La dimension du soin se déploie lorsque le soignant, quelle que soit sa fonction, arrive à pouvoir accepter la singularité de la personne qu'il a en face de lui.

Cette rencontre, ainsi que les différents avatars qui l'accompagnent, sont primordiaux à l'accès au soin pour le patient.

De ce fait, toutes les phases de cette rencontre sont importantes et nécessitent notre plus grande considération, car elles permettent la prise en compte de la singularité.

Si nous prenons l'exemple d'un service d'hospitalisation, « l'accueil » peut être une attention portée, dès l'entrée du patient, à la singularité de ce dernier, dans sa prise en charge (53).

L'entrée d'un patient dans un service, est une étape, voire un tournant, dans sa prise en charge. Il ne faut donc pas la négliger et ne pas simplement remplir un formulaire pour indiquer

que nous l'avons accueilli (57).

« L'accueil ne peut être un acte individuel réduit au colloque singulier médecin-malade. Il est au contraire un fait de groupe et un acte institutionnel constitutif d'un fond dans lequel la figure du médecin doit se détacher d'une façon prégnante [...] L'accueil ne se borne pas au phénomène de l'entrée. Il se prolonge sans solution de continuité au niveau de tout le système institutionnel, ce rebondissement du phénomène vécu de l'accueil en diverses occasions, répond à une stratégie socio et psychothérapeutique pour chaque malade » (Bidault) (53).

« L'hôpital devrait être hospitalier : l'hospitalité psychiatrique consistait à accueillir Autrui - même le plus insolite - d'une façon non traumatisante, en établissant constamment avec lui des rapports d'authenticité. » (J.Oury) (57).

« L'accueil se prolonge inlassablement au cours du séjour et il constitue la disponibilité de base qui permet la rencontre du malade et de l'institution. »(76).

Ce second fondamental prend une place importante dans la pratique de soin en psychiatrie. Il semble donc nécessaire de l'avoir à l'esprit, quand nous débutons la prise en charge d'un patient, ce qui nous amène aussi à réfléchir, à la place que ce dernier « peut prendre en nous », soignant, dans la prise en charge que nous allons lui proposer.

3) De la place pour l'autre en soi

Le soin, surtout en psychiatrie, est conditionné par le type de place que le soignant, quelle que soit son identité professionnelle, accorde à l'autre. Ce qui conditionne ainsi la place que ce dernier peut accorder au patient, au sein de son propre psychisme.

Lors d'un congrès, à Nantes, de la Société de l'Information Psychiatrique en 2013, le docteur Maurice Corcos dira : « lorsque que nous sommes soignants, surtout en psychiatrie, il faut accepter d'être transformé par la rencontre, il faut que l'on sache s'engager dans une prise en charge ». L'engagement colore certainement la possibilité de prendre en compte la singularité du patient.

En outre, si nous voulons être thérapeutique pour le patient, il semble essentiel de pouvoir

faire, dans notre psychisme, « de la place » afin d'imaginer un projet de prise en charge avec et pour lui. Il est donc utile d'en être conscient et ainsi tenter de soigner, de s'occuper, de se préoccuper de l'autre (75).

Chaque soignant, à son niveau, a sûrement déjà dû percevoir, que certains patients « le touchent » plus que d'autres. Nous constatons alors, qu'il est plus facile de se mobiliser pour certains d'entre eux. C'est certainement, le fait, que dans notre psychisme, nous avons fait une place assez grande pour ce patient, afin de pouvoir penser sereinement un projet thérapeutique pour lui. Il faut donc être prudent, pour ne pas laisser de côté d'autres patients, aux troubles envahissants, nous mettant, nous, thérapeute en difficulté.

Il est donc essentiel d'avoir assez de recul afin de reconnaître l'influence de notre disponibilité psychique dans l'exercice de notre fonction de soignant.

De plus, dans la relation thérapeutique chaque patient désire, inconsciemment ou non, avoir une place dans l'espace psychique du soignant. On peut imaginer qu'il espère de la disponibilité, de la fiabilité, de la prévisibilité, de l'authenticité, chez le soignant, afin de lui permettre notamment d'obtenir du soutien et de la réassurance de sa part (75).

L'amélioration clinique d'un patient peut s'observer, si celui-ci possède une place durable, un engagement avéré et réel du soignant. C'est à partir des coordonnées de cette place durable, que peuvent se mettre en place des processus d'amélioration clinique. Et cela, même, quand il s'agit de prescrire un traitement médicamenteux.

En effet, pour que le patient accepte de prendre un traitement « en lui », il est d'expérience quotidienne qu'il est préférable que s'installe un minimum de confiance entre la dyade médecin-malade. L'observance thérapeutique s'étaye bien souvent, par cette place que le patient a senti avoir pour l'autre, le soignant.

C'est ce qui fonde probablement la notion *d'alliance thérapeutique*. Quand deux personnes se rencontrent, quel que soit le contexte, les facteurs relationnels sont souvent au premier plan.

Ainsi, nous pouvons dire que ce fondamental permet, une fois de plus, d'évoquer la notion de spatialité dans le soin, en utilisant une métaphore concernant l'espace topographique au niveau mental, ici chez le soignant.

De plus, nous constatons que cette notion reste invariable, que nous travaillons seul dans notre cabinet en libéral, ou dans un service, ou encore que nous utilisons tel ou tel modèle, que l'on soigne un patient souffrant de tel ou tel trouble...

Certains modèles, par quelques notions permettent d'explicitier ce fondamental de place « pour l'autre à faire en soi. »

Ainsi nous pouvons décrire l'une des notions importantes du travail de Bion.

Ce dernier a décrit une fonction alpha, à partir de deux éléments : élément-alpha et élément-bêta. Bion a mis en évidence qu'il été possible de penser la transformation de l'élément-bêta en élément-alpha (77).

Il considère que la fonction alpha est « *un processus de mentalisation du monde.* » C'est le processus qui permet « de faire de la pensée » ou encore d'être « un appareil à penser les non encore pensées » (78). C'est ce qui permet de passer de l'expérience sensorielle, à la forme mentale de cette dernière. Ce sont donc des éléments qui peuvent être appréhendés par le sujet, ce sont des éléments de pensée.

A contrario, il y a certains éléments qui ne sont pas appréhendables et qui conservent une valeur de « chose en soi », de « choses insensées », mais qui continuent cependant de travailler l'expérience au monde. Ce sont des « éléments-bêta » (78).

De plus, il considère que la transformation de l'élément-bêta en élément-alpha n'est pas innée. Elle se fait par la « fonction alpha ». Une fois que le sujet possède cette fonction alpha, il peut à loisir effectuer ce travail de transformation.

Ainsi, le bébé qui vient au monde est assailli par des sensations, des choses terribles, insensées, comme la faim : ce sont des éléments-bêta. Ces expériences, il ne peut les contenir en raison de l'immaturation de son appareil psychique, il ne peut pas en faire de l'élément-alpha.

Alors, ce sera à l'autre de contenir ces éléments (77,78).

La fonction maternante, le plus souvent jouée par les parents, permettra de recevoir l'identification projective. Ainsi, par la capacité de rêverie de ces derniers, ils arriveront à penser les sensations de leur bébé, pour qu'il puisse les reprendre secondairement. C'est donc cette fonction maternante, qui permet l'utilisation de la fonction alpha pour le bébé. Ce dernier, au fur et à mesure, pourra l'utiliser et créer sa propre fonction alpha (77,78).

Ainsi, nous pouvons faire le parallèle, avec d'un côté l'enfant, que nous remplaçons par le patient et de l'autre côté, la fonction maternante, jouée par les parents le plus souvent, que nous remplaçons par le soignant.

Le soignant, grâce à la fonction alpha et la place qu'il aura réussi à faire en lui, va pouvoir aider le patient à contenir ses sensations et l'aider progressivement à les transformer et les intégrer. Le soignant va pouvoir grâce, à « l'appareil psychique à penser les non pensées », occuper la place de conteneur afin d'accueillir le transfert du patient (77,78).

De plus, si nous évoquons le travail au sein d'un service d'hospitalisation, cela met sous tension le nécessaire travail en équipe. Cette équipe soignante devra faire dans son espace collectif, de la place pour le patient en elle. Ce travail d'équipe n'est pas juste pour un confort de travail, mais c'est bien au contraire, pour apporter une plus grande valeur au travail thérapeutique et une solidité vis-à-vis du patient, dans les soins qu'on lui apporte. Une réflexion d'équipe est indispensable pour pouvoir travailler dans une continuité avec ce dernier. C'est donc un élément important sur lequel il faut savoir travailler afin d'accueillir au mieux le patient. La fonction Balint, peut en être une des tentatives de définition, qui est caractérisée par le travail sur l'intersubjectivité et de (trans)formation en profondeur, de ce qui se passe dans le soin, auprès des médecins et de tous ceux, qui se préoccupent de la relation humaine dans l'exercice de leur profession (79). La fonction Balint est donc le résultat d'un travail fait sur la relation entre les différentes personnes, qui sont amenées à prendre en charge un patient. Les

liens entre ces derniers sont non hiérarchiques ou « transversaux » (80) et demandent essentiellement l'instauration de relations de confiance. Quand les liens fonctionnent, ce sont de véritables opérateurs de prévention de la souffrance psychique aussi bien pour le patient qui en bénéficie, que pour celui qui le soigne (79).

Il faut cependant souligner qu'il est nécessaire de laisser toute l'intégrité des choix au patient. Il ne faut en aucun cas penser à la place de ce dernier. Ainsi, il faut accompagner le patient sans jamais le devancer. C'est toute la difficulté, d'être à la fois présent pour l'autre, sans toutefois prendre trop de place dans le psychisme de l'autre.

C'est la différence qui doit être faite entre le désir que l'on a pour un patient et la place que l'on fait en soi pour ce patient. En effet, avoir trop de désir pour quelqu'un peut le faire fuir.

De ce fait, il est nécessaire de savoir construire une bonne distance entre le soignant et le patient. Malgré le fait que le soin demande souvent un engagement subjectif fort et durable pour espérer une évolution favorable, il ne faut néanmoins pas s'illusionner immodérément sur les résultats, au risque d'une déception préjudiciable tant pour le patient que pour les soignants.

Cette notion va permettre d'introduire le quatrième fondamental : « être ambitieux mais humble ».

4) Ambitions et humilité dans le soin

Nous venons de voir qu'il faut se laisser, en tant que soignant, transformer par la rencontre que nous faisons avec un patient. Il nous a semblé, cependant, nécessaire de souligner que malgré le développement de soins adaptés et ambitieux, les résultats thérapeutiques sont malheureusement parfois modestes.

Il faut donc toujours être porté par le désir d'un résultat positif pour le patient, notamment la guérison ou en tout cas, l'amélioration significative des troubles.

Pourtant, il faut savoir rester humble, dans le sens où l'on sait que dans notre discipline, il n'y a, parfois, pas encore de réelle guérison possible notamment en ce qui concerne la psychose. L'ambition d'un soignant peut être définie comme la façon de désirer le meilleur pour son patient jusqu'à la guérison, et, de lui permettre de bénéficier des meilleurs soins possibles, tout en restant curieux des avancées et découvertes de sa discipline.

Nous pouvons dire également que l'ambition d'un soignant est de vouloir soutenir, dans sa pratique, l'ensemble des autres fondamentaux du soin, cités dans ce texte.

En effet, la médecine existe pour soigner et apporter une réponse à un symptôme ou un trouble, le plus rapidement possible. Il est plus qu'utile, en psychiatrie, d'être ambitieux et de vouloir apporter le plus rapidement possible un meilleur équilibre des troubles.

Nous pouvons tenter de décrire l'humilité, comme le fait de rester modeste sur les résultats à obtenir par les soins. Il est possible, en tant que soignant, de se satisfaire d'une « *suppléance* » dans le projet de soins d'un patient ; par une stabilisation, une non rechute de la maladie d'un patient.

Effectivement, les pathologies en psychiatrie nécessitent de prendre sens pour le patient, afin de lui permettre d'avancer, tout en étant soutenu par le soignant. Il est donc indispensable d'apporter, en tant que soignant, un engagement subjectif dans notre pratique, afin de permettre à nos patients d'être soutenus et aidés. Nous pouvons être soignant tout en restant humble et ne s'obstinant pas à guérir par tous les moyens, au risque de nuire.

En effet, il faut se protéger d'un trop grand désir dans la guérison d'un patient, au risque d'un contre transfert négatif, si un échec/une rechute se produit.

Cela permet aussi de s'éviter un essoufflement dans la prise en charge de ce dernier, qui est souvent une prise en charge qui s'inscrit dans le temps.

Cela permet ainsi, d'introduire le dernier fondamental, qui est la prise en considération de la spatialité et temporalité dans les soins.

5) Considérer les composantes spatiales et temporelles dans les soins.

Le dernier fondamental qui semble important à développer, est la prise en considération des composantes spatiales et temporelles dans les soins apportés en psychiatrie.

Effectivement, sans nous en rendre toujours compte, ces deux notions sont très prégnantes à différents niveaux dans la pratique soignante et nous nous en sommes déjà référés, à plusieurs reprises dans ce travail.

Bons nombres d'exemples ont tendance, tout de même, à nous interpeller à ce sujet, surtout lorsque nous sommes en contact avec des patients ayant un trouble psychique, notamment psychotique. En effet, pour ces derniers, l'espace et le temps sont deux réalités qui ne sont pas si simples à concevoir, ni à apprivoiser pour eux et qui sont finalement, le plus souvent, désintégrés par le processus psychotique.

Nous allons chercher à définir ou, tout au moins, aborder ces deux paramètres, de façon à pouvoir mieux les appréhender et les considérer dans notre pratique soignante. Nous verrons dans un premier temps la dimension spatiale puis dans un second temps la dimension de temporalité.

Si nous nous rapportons à la dimension spatiale, nous constatons que notre discipline utilise de manière courante, des paramètres qui utilisent la notion de spatialité. Effectivement, quel que soit le modèle auquel nous nous référons, cette dernière y est présente, comme peuvent le montrer, par exemple, ces termes : « l'espace transitionnel » de Winnicott (81), ou encore l'espace analytique, la libre circulation des patients (53) , l'anatomie et la spatialisation de la synapse en neurobiologie, la « boîte noire » en thérapie cognitivo-comportementale (82)...

La dimension de spatialité dans le soin peut être appréhendée de deux manières différentes : l'espace que l'on pourrait nommer comme « *espace objectif* » et l'autre comme « *espace subjectif* ».

L'*espace objectif* pourrait être défini par l'ensemble des lieux concrets dans lesquels nous nous rendons. Ainsi, pour le soin en psychiatrie, ce sont les lieux d'hospitalisations, les Centres

Médico-Psychologiques (CMP), les Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP), les hôpitaux de jour, les appartements thérapeutiques...Ce que nous pouvons nommer les outils spatiaux de l'intra et de l'extra hospitalier.

Nous l'avons décrit plus haut, ce sont ces lieux qui sont actuellement en changement sur l'ensemble des secteurs. En effet, la discipline voit se construire, se reconstruire ou se rénover ses lieux de soins, que l'on peut également nommer « lieux objectifs de soins ».

L'espace subjectif, quant à lui, est un concept plus figuré et métaphorique, beaucoup plus difficile à définir que le précédent.

Il pourrait, peut-être, se caractériser sous la forme de l'espace propre de chaque individu, qui se développe en fonction de son histoire, avec ou sans trouble psychique.

L'ambiance vécue d'un lieu pourrait se voir théoriser par l'articulation entre ces deux dimensions spatiales, c'est-à-dire entre espace objectif et subjectif.

Effectivement, si nous nous rapportons à l'exemple du déménagement décrit dans la précédente partie, nous nous sommes rendu compte de l'intrication des deux. En effet, offrir un lieu, plus agréable aux patients, respectant leur dignité, a permis, pour certains une meilleure appréciation d'eux même, notamment en améliorant leur vécu. En outre, le fait de respecter un lieu neuf et beau, que certains considéraient comme « un château », leur a donné la possibilité, dans un second temps, de pouvoir se respecter eux même avec une meilleure hygiène corporelle mais aussi de respecter leur espace intime, dont la chambre est peut être une métonymie.

En prenant en considération l'importance du lieu dans les prises en charge des patients souffrants de troubles psychiques, il semble alors plus simple de réfléchir aux espaces qu'on leur propose, construit ou rénove.

Il est donc précieux de se questionner sur ce principe de spatialité dans les soins à apporter au patient, dans l'intention de respecter au mieux la construction spatiale psychique de chacun.

Dans la dimension de temporalité, nous pouvons également dégager deux entités : l'une que nous pourrions nommer « *le temps sociétal* » et l'autre « *le temps psychique* ».

Le temps sociétal, est une entité objectivable, concrète, variable selon le type de pratique, se rapportant à des règles définies au préalable. Cette temporalité est rythmée par de multiples dynamiques qui s'entremêlent ; comme par exemple le temps nécessaire imposé par le rythme familial, par le rythme professionnel, par le rythme des occupations, par le rythme de la maladie, par le rythme des thérapeutiques et des soins...ou encore si nous prenons l'exemple, « de la durée moyenne de séjour », rythmée par des considérations prédéfinies dans la pratique médicale.

Le temps psychique, quant à lui, est une entité qui se rapporte à la subjectivité de chacun. Chaque individu et donc chaque patient, à une temporalité qui lui est propre et singulière dans le soin. Elle peut être imaginée comme une construction théorique indispensable, afin de tenter de décrire les processus psychiques mis en jeu dans le soin. Elle peut également se rapporter à la rencontre qui se déroule entre le patient, le soignant voire l'équipe soignante de manière plus générale.

En pédopsychiatrie, beaucoup d'auteurs, comme Mélanie Klein ou encore Margaret Mahler et ses stades de développement libidinal (83), ont tenté de décrire le développement de l'enfant d'une manière temporelle. Différents stades développementaux, variables selon les auteurs, font référence à la notion de temporalité psychique d'un individu.

Ces deux temporalités, sociétale et psychique, ne sont bien sûr pas de même nature et n'ont pas, entre elles, de congruence. Toute l'habileté et la difficulté dans le soin, sont souvent de les conjuguer et les articuler ensemble.

La prise en charge dans les services de soins psychiatriques actuels, demande en permanence de jongler entre les temps sociétaux qui croisent la prise en charge singulière d'un patient et de l'autre, le temps subjectif du patient qui arrive dans le parcours de soin. Deux

entités si différentes, qui parfois s'opposent, mais qui sont quotidiennement mises en confrontation dans notre pratique.

C'est une situation basique et quotidienne dans l'exercice de la discipline, mais dont la simplicité ne semble qu'apparente et dissimule, en fait, une grande complexité, qui fonde et justifie cette qualification de fondamentaux du soin.

En effet, la temporalité sociétale, si nous extrapolons, pourrait être l'exigence de soigner de plus en plus vite, et ainsi avoir une durée moyenne de séjour courte, injonction qui peut entrer en contradiction avec la temporalité psychique. En effet, le temps nécessaire pour un patient de « cicatriser de ses maux » n'est certainement pas aussi rapide que ne l'exige actuellement la société, mais aussi les organisations de soins, l'administration ou encore les conditions économiques.

C'est ce que certains nomment le « syndrome porte tournante » ou « le revolving door syndrom »⁽⁸⁴⁾. Les soins possèdent une valeur contenante, qui est alors rompue devant le fait d'être sorti trop rapidement, empêchant alors l'amélioration durable. Ce patient revient, alors, très vite dans le service afin de retrouver le cadre de l'institution, lui offrant une certaine stabilité.

Lorsqu'on diminue arbitrairement les durées de séjour, sans prendre en compte la temporalité du patient, mais finalement en se basant surtout sur la temporalité sociale, nous imposons au patient une sortie sans connaître réellement si l'amélioration entrevue survivra au passage du seuil de la porte du service de soin. L'espace est donc également impliqué dans la notion du temps de l'hospitalisation.

En conclusion de cette présentation rapide de ces « fondamentaux » ou encore « invariants » du soin, il est important d'être capable, de manière individuelle mais aussi en collectif, de porter rigueur à ces fondamentaux, afin de les mettre à profit, aussi bien, pour l'ensemble des patients que pour l'équipe soignante. Il faut savoir les réfléchir, les interroger et les adapter à sans

cesse à notre pratique quotidienne.

L'époque dans laquelle la discipline se situe actuellement, est peut-être au carrefour de nombreuses innovations et tentatives de modifications de son cadre d'exercice.

Néanmoins, s'il semble nécessaire et important d'avoir à l'esprit une réflexion nouvelle sur notre pratique, il faut tout de même garder à l'esprit les fondamentaux qui la constituent, qui restent finalement des invariants et une « base commune » dans la pratique de la discipline psychiatrique.

II) Enjeux actuels et perspectives futures de la pratique psychiatrique

Dans le paysage de la psychiatrie actuelle, des changements sont en train de s'opérer, notamment au niveau architectural mais aussi au sein, même, de l'organisation des soins.

Au cours de l'histoire, comme nous avons pu le décrire auparavant, il ne semble pas que ces modifications aient suivi une linéarité au fil du temps. Nous avons pu constater de grandes avancées mais aussi des périodes de régression au cours de l'évolution de la discipline, notamment, en abordant l'histoire des lieux d'accueil en psychiatrie occidentale, au cours des siècles.

Nous avons constaté que des mutations ont pris forme, en faisant écho à des modifications sociétales, tant liées à des facteurs religieux que philosophiques. Il semble, cependant, que ces facteurs ne prédominent plus dans les transformations du paysage de la psychiatrie contemporaine, même s'ils ont certainement encore une influence.

A ce jour, d'autres facteurs interviennent, certainement, dans les modifications actuelles du paysage de la discipline.

C'est notamment le cas, des facteurs que nous pouvons nommer « scientifiques ». Ces facteurs ont fait notablement leur apparition dans l'avancement et l'enrichissement de la discipline, grâce entre autres aux découvertes de la science. En effet, la finalité de la médecine consiste à améliorer la santé des malades, grâce à des efforts constants pour traduire les avancées de la recherche au sein de la pratique.

Ainsi, des progrès, au sein de la discipline psychiatrique, sont incontestables et ont été réalisés dans divers domaines scientifiques. Des découvertes scientifiques sont inévitablement présentes. Elles permettent ainsi d'avoir une considération nouvelle sur l'origine des troubles psychiatriques et des soins à leur apporter, et, sont donc nécessaires pour l'avancée de la discipline.

Cependant, nous pouvons noter que la psychiatrie n'a pu bénéficier jusqu'à présent de

l'ensemble des retombées de ces découvertes et de ces progrès (85).

En effet, toutes ces découvertes ne sont pas encore complètement applicables, pour leurs utilisations dans la pratique quotidienne de la discipline. Ainsi, ce facteur « scientifique » est un facteur certain dans l'actualité et l'avenir de la psychiatrie. Il ne faut donc pas le négliger, mais ce n'est pas le seul responsable des modifications actuelles au sein de la psychiatrie.

Pour nous actuellement, un autre facteur peut influencer et entrer en jeu dans les changements de l'exercice en psychiatrie, qui est *le facteur économique*.

L'économie, que ce soit en médecine ou dans d'autres domaines, occupe une place prépondérante dans la vie sociétale actuelle. L'économie en médecine, régule les dépenses tout en permettant l'amélioration des conditions d'accueil, évaluables par des accréditations, en réglementant et respectant le droit des malades (73).

L'économie a certes déjà eu, dans l'histoire de la psychiatrie, une incidence, mais nous pouvons croire que le poids de l'économie, est plus important aujourd'hui. Cet élément, indépendant et indirect à la pratique de la discipline, peut être décrit par certains, comme une des raisons des remaniements contemporains du paysage de la psychiatrie (85,86).

S'y associent également l'imaginaire sociétal et les faits politiques, comme facteurs influant dans les changements de la pratique (85).

La suite de ce travail se propose donc de tenter de comprendre, dans quel contexte se situe la discipline psychiatrique mais aussi ce qui influence les modifications actuelles et à venir.

C'est encore une fois, au regard de la temporalité et de la spatialité que nous allons tenter d'apporter quelques éléments de réponse.

1) Des changements temporels et spatiaux profitables à la discipline

Au niveau temporel, nous pouvons observer une notable diminution des durées d'hospitalisation, si nous les comparons à ce qu'il en était auparavant.

Dans les années 1950, la discipline psychiatrique est marquée par la découverte de nouvelles thérapeutiques, comme les neuroleptiques. De plus, à cette même période, en 1952, à la veille de la découverte de ces molécules, la thèse de Paumelle, intitulée « Essais de traitement collectif du quartier d'agités », montre que l'ambiance dans un service peut permettre l'atténuation des troubles d'un patient mais aussi la guérison de signes pathoplastiques (87).

Ce que nous entendons par pathoplastie, c'est ce qui a été utilisé par Jean Oury et que M. Balat rappelle, en la définissant par : « l'influence des entours sur le milieu, et « l'aliénation sociale » [comme] organisation interne, tensions hiérarchiques, conflits statutaires qui vont apparaître au fil du temps dans toute institution et dont on connaît les effets toxiques si l'on n'en tient pas compte et si on ne les traite pas dans l'analyse institutionnelle. » (57,88).

Paumelle est donc l'un des précurseurs qui initie les prémices de la construction d'une équipe de soin. En effet, une des premières démarches qu'il a mis en place, lors de son arrivée dans le quartier d'agités à Maison Blanche, fut de réunir les équipes de ce quartier, afin de les rencontrer, de connaître leur travail ainsi que les problématiques engendrées par les patients difficiles. Ce fut donc les premiers pas vers la disparition des barrières entre les différents corps de métier (53,87).

Ainsi, le cadre relationnel humain associé à de nouvelles thérapeutiques permettent d'entrevoir la guérison de patients et ainsi de les laisser sortir de l'hôpital. Ce qui est notamment facilité par la possibilité d'échanges entre le patient et le soignant.

Cette prise en considération a eu une influence sur la diminution du temps passé en hospitalisation. Cela a ainsi ouvert la voie à des remaniements spatiaux pour les personnes souffrant de troubles psychiques.

Un autre facteur innovant interne à la discipline, au cours de la même période, que nous avons

citée précédemment, a permis une nouvelle organisation spatiale pour l'accès aux soins : c'est la psychiatrie de secteur.

Ces deux composantes vont avoir des retentissements importants pour la discipline, qui sont encore effectifs aujourd'hui.

C'est ainsi que les grandes infrastructures hospitalières type « asiles » ont, au fur et à mesure, perdu leur utilité, et c'est ainsi le développement d'autres alternatives aux soins. La prise en charge en dehors de l'hôpital devient alors progressivement possible.

L'espace proposé pour les soins dans la discipline a agrandi progressivement son champ d'action, avec la multiplication des outils spatiaux et la création d'alternatives aux soins hospitaliers.

Quant à la notion de temporalité, nous avons pu nous apercevoir d'une part, une diminution de la durée de prise en charge en hospitalisation complète et d'autre part, d'un nouveau découpage temporel du soin, mieux ajusté et adapté au besoin des patients, en fonction des espaces qui lui seront utiles, notamment ambulatoires.

Des dialectiques prennent alors naissance, entre les lieux « d'avant » et les lieux « de maintenant » :

A) Dialectique éloignement versus rapprochement des lieux d'accueil

Auparavant, l'idée de l'emplacement des lieux dédiés aux personnes souffrant de troubles psychiques, était portée par une optique « loin des villes », afin d'isoler les personnes accueillies du reste de la population, mais aussi d'apporter un certain environnement plus serein pour prendre en charge leurs troubles.(28)

Cette idée s'est inversée actuellement avec la tentative de rapprocher les hôpitaux et les structures de soins, vers le lieu de domicile du patient, qui se fait alors, le plus souvent, proche des centres villes.

Cette dynamique permet ainsi une réappropriation des espaces de vie habituels du patient, qui fondent finalement le propre de son identité.

Nous pouvons même percevoir une dynamique de réintégration des services de psychiatrie au sein des hôpitaux généraux qu'ils ont quittés 150 ans plus tôt (3).

B) Dialectiques grande taille versus petite taille des structures.

Nous l'avons mentionné plus haut, le fait de pouvoir sortir de l'hôpital quand l'état psychique du patient le permet, engendre de passer moins de temps à l'hôpital, et incite que les grandes structures type « asile » ne soient plus indispensables. Mais qu'au contraire, d'autres lieux puissent se construire, différents de ce seul lieu d'hospitalisation à temps complet.

Le fait même, de réduire la taille de ces lieux d'accueil de la souffrance psychique permet certainement l'amélioration des soins mais aussi du rapport entre patients et soignants, et, permet ainsi de faciliter l'individualisation et la singularité des prises en charge des patients.

L'humanisation de ces lieux était plus qu'essentielle, avec la nécessité d'une amélioration certaine des conditions d'accueil.

C'est ainsi, qu'apparaît progressivement des structures de soins de taille réduite, qui facilite la prise en compte de la singularité des personnes souffrant de troubles psychiques, comme par l'individualisation des chambres et des espaces.

Cette dimension d'humanisation des lieux est précieuse car elle facilite le travail thérapeutique. Cela peut sembler évident, mais nous l'avons bien vu dans la description faite plus haut, qu'en 2012, certains lieux d'hospitalisation complète ne possédaient que des chambres à deux ou trois lits, avec la présence d'une douche et d'une baignoire pour vingt-cinq patients (3) (65,71).

C) Dialectique fermé et ouvert

Auparavant, nous l'avons constaté les structures pouvaient vivre en quasi autarcie. Actuellement, on tente de casser les murs séparant les hôpitaux des villes, ce qui incite à faciliter l'ouverture et permettre une accessibilité vers les populations avoisinantes et le grand public.

Ainsi, de plus en plus, nous voyons apparaître des dynamiques voulant s'inscrire dans une proximité, avec un accès aux soins au plus près des lieux de vie des malades. Il est question

aussi de favoriser les soins en ambulatoire plutôt que l'hospitalisation complète, quand cela le permet. Nous pouvons tenter de croire que l'accès à la culture peut être un médiateur de soin et d'ouverture sur la cité.

Cette ouverture des portes des hôpitaux, veut également tendre vers une ouverture du regard sociétal. En effet, cette ouverture de la discipline vers l'extérieur, grâce aussi à une plus grande transparence, permet d'ouvrir une voie vers une diminution de la stigmatisation de la maladie mentale.

Nous pouvons alors espérer, en tentant de favoriser une rencontre différente entre la population générale et les personnes atteintes de troubles psychiques, modifier le regard porté sur les personnes atteintes de ces troubles. Ce qui peut permettre, en relation miroir, de faire diminuer l'écart entre ce qui peut être considéré comme normal et pathologique.

Nous verrons cependant dans la suite de ce travail, que l'ouverture des services n'est pas si simple et que certaines conditions d'accueil en hospitalisation, notamment libre, se font encore en service fermé.

D) Zoom sur la région Nord-Pas-de-Calais

Ce qui vient d'être développé, trouve une traduction concrète dans l'évolution de la psychiatrie au sein de la région Nord-Pas-de-Calais, depuis 15 ans.

Bien que la dynamique globale soit la même sur le territoire national, cette région présente quelques particularités et atypies. Tant au niveau de sa population, que sur le fait même, que la discipline psychiatrique ait fait partie des priorités régionales, au cours années 1997-2004, ce qui a permis une réflexion plus fine sur la rénovation des murs, mais aussi sur des alternatives aux lieux de soins psychiatriques (89,90).

Le Nord-Pas-de-Calais est une région jeune, densément peuplée, qui se renouvelle rapidement, mais dont la population est moins mobile qu'ailleurs (87% des personnes qui y sont nées y résident toujours, proportion la plus forte de France métropolitaine). Les difficultés y sont multiples et très marquées : l'indice de développement durable des régions et le score

de défavorisation sont parmi les plus mauvais de la France métropolitaine. En ce qui concerne les ressources humaines et financières de la psychiatrie, la région est mal dotée en psychiatres et en psychologues. Cependant, en termes de lits ou places de prise en charge à temps complet dans le public et de taux d'infirmiers en psychiatrie hospitalière, la région est respectivement au 10^e et 12^e rang sur 22 régions, ce qui est considéré comme satisfaisant. Toutefois, du point de vue de la morbi-mortalité, la région est en situation de fragilité. En effet, la région occupe les rangs très défavorables pour le suicide, les tentatives de suicides, ou encore la détresse psychologique. Des disparités sont également notables au sein même de la région Nord-Pas-de-Calais, puisque le département du Pas-de-Calais qui est démographiquement moins dynamique et moins densément peuplé que le Nord (219 habitants au km² versus 447 habitants), est aussi le plus défavorisé. De plus, la morbi-mortalité psychiatrique est plus alarmante dans le Pas-de-Calais que dans le Nord. Ainsi, en comparaison aux autres régions de France métropolitaine, le Nord-Pas-de-Calais présente de graves difficultés, dans les registres déterminants de santé mentale, des ressources de la psychiatrie et de la morbi-mortalité. Cette région occupe des rangs inférieurs aux valeurs médianes nationales, ce qui constitue un trait unique et facteur alarmant (91,92).

Les volets psychiatriques des deuxième et troisième Schéma Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS 2 et SROS 3) de la région Nord-Pas-de-Calais, arrêté par le Directeur Général de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) (89,90), comme le Programme Régional de Santé Mentale du Nord Pas-de-Calais 2012-2016 (PRSM 2012-2016) signé par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) (92), en s'appuyant notamment sur les directives nationales (93,94), vont dans le sens des dialectiques citées auparavant.

a) Nécessité de rapprocher les lieux de soin du domicile du patient.

Ainsi, l'objectif est de pouvoir offrir au malade la totalité des structures de soins, à 30 minutes maximum de son lieu de vie (par transports en commun) (89,90,92).

Entre 1999 et 2004 dans la région Nord-Pas-de-Calais, 412 lits d'hospitalisation complète ont été délocalisés à partir des quatre EPSM. En 2004, il restait cependant quelques projets ayant pris du retard, notamment des relocalisations qui restaient à se concrétiser (89).

Nous comprenons alors, que cette démarche de rapprochement des lieux d'hospitalisation sur leur secteur respectif, est validée et fortement encouragée en 1999.

Certains secteurs de la région avaient déjà entrepris cette démarche auparavant. C'est le cas, par exemple, des secteurs de Carvin et d'Hénin-Beaumont, qui, comme nous l'avons souligné plus haut, se sont délocalisés en 1978 (71), de même que 11 des 13 secteurs de psychiatrie générale du Hainaut à cette même période.

En effet, le déménagement qui s'est effectué en 2012 au Centre Hospitalier d'Hénin Beaumont, est un deuxièmement déménagement, pour ces deux secteurs, réalisé dans l'optique d'apporter de meilleures conditions d'accueil, alors que d'autres secteurs de la région, ne sont pas encore délocalisés. Ainsi, se profile des temporalités différentes au sein même de différents secteurs d'une même région, avec des disparités dans les nouveaux espaces proposés.

Cependant, à ce jour dans la région Nord-Pas-de-Calais, la quasi-totalité des unités d'hospitalisation complète ont été implantées, à moins de 30 minutes des lieux de résidence des patients. Nous avons donc traversé certainement une période importante de déménagements, alors qu'ils étaient considérés, il y a encore quelques années, comme rare à vivre dans une carrière professionnelle (71).

Nous pouvons constater qu'au niveau national, se profile également cette même dynamique de rapprochement du lieu de domicile des patients, dans des temporalités différentes. C'est notamment ce que nous retrouvons dans le texte de synthèse de la Cour des Comptes sur l'organisation des soins psychiatriques de 2011(93,94).

Nous constatons qu'au niveau du plan immobilier, 329 opérations de mises à niveau ont été prévues, d'ici 2017 (94) : (*cf. tableau page suivante*)

Année de mise en service	Nombre d'opérations
2005	1
2006	7
2007	19
2008	31
2009	39
2010	18
2011	91
2012	26
2013-2014	12
Ultérieur	58
Date inconnue	27
Total	329
Projets abandonnés	25

« Un programme immobilier important, mais en retard », Synthèse du rapport public thématique, décembre 2011, l'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « psychiatrie et santé mentale » 2005-2010 (94).

Une accélération du processus des relocalisations et rénovations actuelles, peuvent donc s'expliquer par ces données.

Cette dynamique de rapprochement permet de favoriser un accès aux soins grâce à la proximité des lieux.

Ce rapprochement permet également d'élaborer un travail avec la « cité », afin d'offrir aux patients une facilité de réinsertion. Un travail avec les structures de proximité est, de ce fait, plus aisé ; ainsi de nouvelles collaborations peuvent voir le jour.

Cela définit bien, l'idée que se faisait les créateurs du secteur. En effet, le courant de pensée est de privilégier un travail avec la cité, d'apporter des soins en ambulatoire et de faire du lieu d'hospitalisation, un lieu de passage si l'état de santé le nécessite, à un moment donné.

Ces relocalisations n'ont pas toujours été simples et rapides à se mettre en place, du fait de certains enjeux politico-économiques locaux, notamment pour les communes où se situaient ces grandes infrastructures, qui voyaient disparaître un nombre important de revenus et d'emplois, devant leur division et redéploiement sur l'ensemble de la région.

Nous pouvons trouver dans cette idée de rapprochement du lieu de vie des patients, un premier facteur progressiste.

De plus, lorsque nous offrons la possibilité aux équipes soignantes de créer un nouveau lieu de soin et ainsi envisager un déménagement, nous constatons que cela permet une remobilisation de ces dernières. En effet, une nouvelle réflexion sur les soins est possible, afin de proposer aux patients une amélioration de leur prise en charge. C'est ce qui a pu être remarqué lors du déménagement de l'institution décrite plus haut (71).

Il reste cependant à voir si cette dynamique de remobilisation des équipes s'inscrit dans le temps.

b) Amélioration des conditions d'accueil et d'hébergement

Nous retrouvons souligner dans ces textes régionaux (89,90,92), mais aussi nationaux (93,94), l'importance mise sur le fait de devoir veiller sur la qualité des lieux d'hospitalisation. En effet, ces derniers possèdent une symbolique forte dans l'histoire de vie d'un patient qui est hospitalisé en psychiatrie. Il est alors rapporté qu'il doit être nécessaire de prendre en considération les spécificités de la discipline psychiatrique et d'apporter, comme pour tous les patients hospitalisés dans un service médical, de meilleures conditions de confort. Ces nouveaux lieux en psychiatrie doivent également, composer avec des spécificités de l'espace, tant par la proposition d'espaces individuels, mais aussi d'espaces collectifs afin d'apporter un médiateur dans le soin (89,90,92).

Ainsi, nous comprenons qu'il faut proposer, à la fois, des lieux de consultations et de soins mais aussi proposer des salles d'activités thérapeutiques communes et des lieux d'hébergements prenant en compte la nécessaire libre circulation des patients. Ils doivent également permettre la sécurité des patients et du personnel, avec des conditions d'hébergement satisfaisantes. Un certain confort est attendu avec la présence notamment, de chambres individuelles ou à deux lits maximum, dotées de sanitaires, d'armoires permettant le rangement des effets personnels (89,90,92).

Ce deuxième point aide, aussi, à comprendre ce qui motive, depuis le début des années 2000, à modifier le paysage des lieux de soins en psychiatrie. Il semble effectivement important de

pouvoir proposer aux patients hospitalisés, un lieu « accueillant » permettant l'apaisement, avec la proposition d'espaces tant individuels que collectifs.

C'est ce que nous avons pu effectivement constater lors du déménagement qui s'est effectué au sein des deux secteurs du Centre Hospitalier d'Hénin-Beaumont. Effectivement, ce nouveau lieu construit a permis que chaque patient ait un espace suffisant pour respecter la confidentialité, avec une chambre individuelle et une douche pour deux patients maximum.

Un constat a pu être fait, sur la relation entre la construction de nouveaux lieux neufs et modernes et l'incidence sur la perception des soins de certains patients.

Ainsi, proposer aux patients, même psychotiques, un espace respectant leur dignité et gommant la promiscuité a permis à un grand nombre, d'accéder aux soins plus facilement. Ils se respectent mieux et respectent mieux le lieu d'hospitalisation, c'est ce que rappelle un patient :

« On me respecte en me proposant un bel environnement, alors je dois mieux me respecter, pour respecter l'hôpital ».

Il est donc plus que nécessaire que chaque secteur puisse bénéficier de ces rénovations ou d'une nouvelle structure, afin de permettre une meilleure qualité d'accueil des patients.

c) Diversification et multiplication des lieux d'intervention de la discipline

Nous retrouvons cette dynamique portée par les Agences Régionales de l'Hospitalisation, notamment de la région Nord-Pas-de-Calais dans le cadre du SROS 2 (89), avec notamment la mise au centre du dispositif de soins, les centres médico-psychologiques (CMP) des secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile, mais aussi le développement des alternatives à l'hospitalisation à temps partiel ou à temps complet. Il est également fait état de proposer de nouvelles orientations aux personnes chroniques et « inadéquates », ainsi qu'une ouverture dans l'exercice de la discipline (89,90).

a. Les Centre Médico-Psychologiques (CMP) jouent un rôle pivot au sein des secteurs.

Dans ces textes, il y est évoqué que les CMP assurent l'accueil, l'orientation et la prise en charge ambulatoire des patients. Il y est inscrit que ce sont ces lieux de soins qui réalisent le plus souvent le premier contact avec le service public, pour des personnes ressentant le besoin à un moment de leur vie de recevoir une aide de nature psychiatrique (89,90,92).

Il est important de souligner que ces lieux restent généralement le seul contact avec les soins en psychiatrie. Une étude récente, de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), montre qu'en 2011, 77% des patients suivis en psychiatrie dans les établissements, l'ont été exclusivement en ambulatoire (95,96).

Nous observons que les CMP, malgré leur rôle primordial dans les soins ambulatoires, présentent des difficultés pour remplir au mieux leurs missions. Ces missions, comme le rappellent ces textes, passent notamment par la prévention, le diagnostic, les soins, les interventions à domicile, tout en assurant la proximité, la disponibilité, la qualité d'accueil et de la prise en charge (92).

Des directives ont été envisagées, permettant une meilleure couverture géographique de la population, avec en moyenne et en tenant compte des spécificités géographiques, deux CMP en psychiatrie adulte et trois CMP en pédopsychiatrie, pour un secteur de psychiatrie donné (92). La nécessité d'une plus grande accessibilité aux centres médico-psychologiques a été reconfirmée récemment dans le rapport parlementaire, de Monsieur Robiliard, datant de décembre 2013, faisant du CMP, un élément pivot dans les soins psychiatriques (97).

Dans ce rapport, il est souligné, que l'un des problèmes majeurs, réside dans le délai pour accéder à une première consultation, qui peut atteindre six mois en pédopsychiatrie.

Selon une dernière enquête menée par la DREES, seuls 6% des médecins généralistes adressent leurs patients à un CMP, pour trois raisons principales : les délais d'obtention d'un rendez-vous, l'absence de retour d'informations et le manque de collaboration (98).

Le rapport parlementaire suggère ainsi des propositions afin d'améliorer cette accessibilité,

notamment de fixer, dans les schémas régionaux d'organisation des soins élaborés par les Agences Régionales de Santé (ARS), un objectif de délai maximal pour obtenir un premier rendez-vous. Nous y retrouvons aussi la nécessité d'organiser un système de pré-entretien avec le concours d'infirmiers ou de psychologues, afin de permettre une évaluation du patient et une orientation vers une prise en charge ultérieure (97). Et, nous le verrons développé, plus tard, une meilleure collaboration entre service de psychiatrie et médecine libérale.

L'objectif fixé, pour les délais, d'un premier rendez-vous, ne devront pas excéder 15 jours et 48 heures en cas d'urgence. Il a été envisagé de renforcer les secteurs les moins bien dotés en médecins et en psychologues. L'augmentation des jours et des heures d'ouverture est un point important, réaffirmé dans le rapport Robiliard. Des progrès ont été constatés, avec une diminution notable du nombre de CMP ouverts moins de cinq jours par semaine, qui passe de 1300 en 2000 à 940 en 2009 (93,94,97).

Il reste cependant, encore à l'heure actuelle, en 2014, la nécessité d'améliorer ces délais d'attente. Effectivement, certains CMP proposent un premier rendez-vous 3 à 4 mois, après le premier contact pris par un patient. Ce facteur temps est pourtant un élément important dans la création du premier lien entre le patient et le lieu de soin. Plus ce délai d'attente est long, plus le risque est grand de compliquer l'ébauche de l'alliance thérapeutique avec le patient. Il faut donc travailler et penser la question de l'accueil, qui se joue déjà à ce moment-là, lors du premier rendez-vous et sa temporalité.

Dans ces textes nous retrouvons également rapporté que compte-tenu des difficultés fréquentes à effectuer les démarches de soins, il y a un intérêt d'élaborer des consultations non programmées en CMP, effectuées par du personnel formé en lien avec le médecin psychiatre (97).

De plus, nous constatons une volonté qui commence à se développer, qui est la possibilité d'aller vers le patient, en sortant des lieux de soins habituels, pour aller chez le patient directement ; c'est le cas notamment des visites à domicile (VAD) et même plus

récemment la création d'hospitalisation à domicile (HAD).

Nous comprenons encore une fois que des directives réfléchies expliquent les modifications du paysage actuel.

b. Le développement d'alternatives à l'hospitalisation à temps partiel ou à temps complet : un élément important à considérer.

L'hospitalisation complète a longtemps été la seule proposée. C'est avec la création de la psychiatrie de secteur et la psychothérapie institutionnelle, que l'idée est apparue, qu'il est possible de soigner sans être hospitalisé, ou alors de manière partielle. C'est donc la naissance des CMP, mais aussi des hôpitaux de jour, des Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP), des appartements thérapeutiques, des hôpitaux de nuit, des maisons communautaires...C'est donc l'apparition des soins en ambulatoire.

Les directives régionales, notamment de la région Nord-Pas-de-Calais, vont dans le sens de prioriser et conforter l'offre de soins ambulatoires, en favorisant la pluridisciplinarité des équipes, en proposant une gamme de services dans la cité, permettant de répondre aux besoins du patient, à un moment donné, en tenant compte de son environnement familial, social et de son degré de dépendance (89,90,92).

Il est à noter que nous retrouvons, dans les suites de ces directives, un lien fait sur la temporalité des séjours en hospitalisation complète pour les prises en charge des épisodes aigus et de crise, qui doit correspondre à un temps limité, dont la médiane est définie à 1 mois (89,90). Il y est également évoqué le fait, que la prise en charge à temps partiel, est beaucoup plus souple et comporte moins de risque « d'institutionnalisation et de chronicisation » (89,90). Ainsi, les nouvelles spatialités, qui sont réfléchies, sont en concordance avec des nouvelles temporalités qui leur sont associées.

Nous percevons donc la réelle nécessité et l'intérêt d'une nouvelle organisation des soins, avec la création de nouveaux lieux et espaces, pouvant se différencier du seul lieu de l'hôpital psychiatrique.

Les soins ambulatoires garantissant une continuité des soins en dehors du service

d'hospitalisation, permettent donc, aux personnes souffrant d'une maladie mentale, de bénéficier d'un étayage ajusté au plus près de leur état psychique. En effet, le lieu qui leur sera proposé, pourra être adapté à la temporalité dans laquelle se trouve le patient à un moment donné.

Cela est encore un argument confortant l'idée que les transformations actuelles du paysage spatial et temporel de la psychiatrie peuvent être nécessaires, en prenant quelques précautions lors de leur mise en place.

c. L'importance de proposer de nouvelles orientations aux personnes chroniques ou « inadéquates ».

Ces termes de personnes chroniques et « inadéquates » sont retrouvés et employés au sein des différents schémas régionaux d'organisation des soins (89,90,92), mais aussi par les différents organismes gestionnaires de santé (93,94).

Ce qu'il faut entendre sous l'appellation « d'inadéquat », est le fait d'être une personne qui se trouve dans un lieu inadapté, par rapport à un service de psychiatrie et qu'elle pourrait, si des structures autres existaient, sortir du jour au lendemain du service de psychiatrie pour intégrer ces nouvelles structures.

Nous y retrouvons, notamment, évoqué la situation en 1999, via l'enquête menée, dans le Nord-Pas-de-Calais, par le Service Médical de l'Assurance Maladie auprès de la CRAM (Caisse Régionale de l'Assurance Maladie) Nord-Picardie, qui montre que 33% des patients hébergés en hospitalisation complète en psychiatrie, pouvaient être considérés comme « *inadéquats* » à ce mode de prise en charge (89,90).

Cela représentait 926 personnes, dont la grande majorité relevait de structures non psychiatriques, qu'il s'agisse d'un autre type de structure sanitaire ou d'une structure médico-sociale. Ainsi, 345 personnes relevaient d'une M.A.S (Maison d'Accueil Spécialisée) / F.A.M (Foyer d'Accueil Médicalisé), 146 personnes d'un Foyer Occupationnel, 101 personnes d'une Unité de Soins de Longue Durée, 245 personnes pouvaient rentrer au domicile ou substitut du domicile, et 89 relevaient d'autres structures. Face à ce constat, il a été préconisé de

développer l'accueil en structures médico-sociales type MAS ou FAM (89,90).

Des actions ont été développées, qui sont encore effectives aujourd'hui, notamment par la création de structures pour adultes handicapés dans les trois EPSM du département du Nord par un redéploiement interne de moyens : EPSM des Flandres : 40 lits en MAS et 20 lits en FAM, à l'EPSM de l'agglomération lilloise à Saint-André : 40 lits en MAS et à l'EPSM Lille Métropole à Armentières : 60 lits en MAS (89,90).

Par ailleurs, des structures d'accueil alternatives spécialisées(S.A.A.S) ont été développées dans plusieurs établissements. Ces structures s'adressent à des patients chronicisés mais qui présentent des troubles psychiatriques encore trop importants, et leur permettent d'intégrer une structure médico-sociale ou une structure alternative de psychiatrie. Elles visent, par un projet thérapeutique, à stabiliser les troubles, tout en accentuant le programme de ré-autonomisation, de telle sorte que le patient puisse, à terme, être orienté vers la structure la mieux adaptée et de façon pérenne. 119 lits ont ainsi pu être ouverts sur la région (89,90).

Des orientations vers des structures médico-sociales « classiques » ont pu être réalisées, grâce à un partenariat entre les structures d'accueil et les équipes de secteur, ces dernières assurant un suivi et garantissant la ré-hospitalisation en période de crise des personnes prises en charge.

Ces nouvelles orientations ont permis, d'ouvrir la psychiatrie vers des nouvelles structures, mais aussi de reconnaître les indications et les limites de l'hospitalisation en psychiatrie d'un patient. La création de ces nouvelles structures, dites « alternatives », permettent une prise en charge plus adaptée pour certaines situations et ne pas laisser certains patients dans un lieu inapproprié.

L'intérêt est donc de pouvoir travailler en collaboration avec ces autres structures afin de créer un réseau de soin. Nous pouvons alors penser aux structures médico-sociales, qui ont une forte présence aux côtés des services sanitaires, dans le paysage actuel de la discipline. Cependant, il ne faut pas tomber dans les travers de ne soigner en psychiatrie que les troubles

aigus et ne plus s'occuper des personnes souffrant d'une maladie mentale chronique, en les envoyant vers le médico-social. En effet, les services de psychiatrie restent, tout de même, nécessaires pour ces personnes atteintes d'un trouble mental chronique, car ils nécessitent des soins, qui ne sont pas les éléments privilégiés dans les structures médico-sociales.

« La logique de soins de la maladie mentale, dans sa dimension de chronicité ne peut pas se résoudre à la simple équation dans laquelle l'urgence est le seul moment relevant du sanitaire et le reste relevant du médico-social » (53,55).

d. De nouveaux lieux d'exercice de la psychiatrie.

Enfin, nous observons que la discipline et la pratique psychiatrique se déploient de plus en plus, au sein des services et hôpitaux généraux. Effectivement, nous constatons que de *nouveaux lieux d'exercice* prennent naissance.

En effet, la discipline s'étend auprès de services de soins somatiques. Cela n'a pas toujours été le cas, puisque ce qui était prôné auparavant, était l'existence d'un lieu unique pour soigner les troubles psychiques, comme l'asile. Actuellement, l'idée est de créer des partenariats et de développer des réseaux de proximité (89,90).

Nous constatons qu'une nouvelle dynamique anime la discipline ces dernières années, avec l'intégration des services de psychiatrie au sein de l'hôpital général (3) (99).

i. Participation des équipes de psychiatrie aux urgences

A l'heure actuelle, la majorité des services d'urgences ont une équipe de psychiatrie qui leur est rattachée, réglementée par le code de santé publique article D.712-65-1 (90).

C'est ainsi, qu'une prise en charge psychiatrique infirmière et médicale est réalisée. C'est également l'une des priorités qui est évoquée dans les SROS (89,90). Le personnel infirmier affecté dans ces services d'urgences doit être expérimenté et rattaché, soit à l'équipe de liaison, soit à l'équipe de psychiatrie adulte ou infanto-juvénile de secteur dont dépend le centre hospitalier.

Ainsi, les services d'urgences ont vu apparaître un lieu spécifique, dédié à la consultation psychiatrique, avec notamment la création d'un espace respectant la confidentialité (90).

Des centres d'accueil et de crises (CAC) apparaissent également, pour les prises en charge aiguës avec une temporalité courte d'accueil. Ces services sont également proches des services d'urgences lorsque l'activité le nécessite (90). Il est à noter que la Région Nord-Pas-de-Calais est dotée, de plusieurs Centres d'Accueil et de Crise, notamment portés et soutenus dans les projets médicaux de la région.

ii. Développement des actions de psychiatrie de liaison

Les pathologies somatiques et les difficultés psychiques peuvent être intriquées chez un même patient. La présence du psychiatre ou du psychologue dans un service médical/chirurgical, permet un espace de verbalisation différencié, en apportant une toute autre temporalité que ne l'impose ces services, soignant le somatique.

Cette intervention spécialisée peut entrer dans le cadre d'une démarche de prévention afin notamment d'éviter l'aggravation de troubles et l'entrée dans une prise en charge psychiatrique plus lourde, tout en permettant une prise en charge rapide. Elle évite également des hospitalisations en psychiatrie ; certains diront que cela évitera de « psychiatriser » des malades qui ne le justifient pas (90).

Ainsi, la psychiatrie de liaison accepte le lien entre le corps et l'esprit, permet aux disciplines médicales/chirurgicales de prendre en considération et d'assumer la relation intersubjective entre les deux.

iii. La prise en considération de la souffrance psychique des personnes âgées

Les directives régionales notent également l'importance d'une ouverture de la discipline vers la population vieillissante (90). En effet, l'espérance de vie s'allonge, il est donc important de prendre en considération cette temporalité. Nous retrouvons dans les directives régionales et

nationales, l'idée de pouvoir créer des unités intersectorielles de géro-psycho-geriatrie, pour chaque établissement gérant des secteurs de psychiatrie adulte (90).

Le projet est d'organiser la prise en charge des personnes âgées à travers le développement d'au moins une unité intersectorielle de géro-psycho-geriatrie, avec notamment la création de conventions entre les établissements sanitaires et les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Il sera donc nécessaire d'organiser des formations à destination des intervenants auprès des personnes âgées (92).

C'est ainsi que de nouveaux espaces sont réfléchis afin de s'adapter à la population qui vieillie.

iv. Amélioration des rapports entre médecine de ville et équipes de secteur

Il y est également souligné un dernier point sur la nécessaire amélioration des rapports entre médecine de ville et équipes de secteurs (90,97).

Le rôle des médecins traitants et libéraux intervenant en première ligne est essentiel, tant pour le repérage précoce que pour assurer le suivi des soins auprès des patients, y compris dans le cadre institutionnel. Des recommandations concernant la coopération entre la psychiatrie et les médecins généralistes ont été élaborées par le Collège National pour la qualité des soins en psychiatrie et cette recommandation de bonne pratique a reçu le label HAS (92).

Cette directive est également reconfirmée dans le rapport parlementaire de Mr Robiliard, de décembre 2013, dans une optique, à la fois d'améliorer les relations entre psychiatres et médecins de ville, mais aussi de diminuer le délai de diagnostic des maladies mentales et du premier accès aux soins. Il est fait rapport d'un délai de retard de six ans dans le diagnostic d'une schizophrénie (97). Ainsi, il y est proposé de former les médecins généralistes afin qu'ils puissent détecter les troubles psychiatriques et mieux orienter les patients, mais aussi de développer la collaboration entre généralistes et psychiatres (97).

Ainsi, nous voyons par l'exemple de cette région que les changements dans l'architecture, mais aussi au sein même de l'organisation des soins, sont en train de s'effectuer actuellement en appui avec les directives des ARH et actuellement des ARS, mais aussi avec les directives nationales.

Ces modifications apportent une certaine humanisation des soins et un respect de la dignité des personnes souffrant de troubles psychiques, notamment par la réflexion d'apporter de nouveaux espaces de soin.

Ces changements apportent à la fois, une amélioration de la qualité des lieux d'accueil, mais aussi un rapprochement des lieux de soins permettant une facilité d'ouverture vers la cité et cela permet à la discipline psychiatrique de s'ouvrir vers d'autres espaces pour sa pratique.

Cependant, il semble nécessaire d'esquisser quelques précautions, afin de ne pas omettre ce qui est fondamental dans la pratique en psychiatrie et qui reste vrai quel que soit l'espace et la temporalité des soins que nous voulons proposer.

2) Des limites spatiales et temporelles à ces changements à prendre en considération.

Nous avons introduit dans ce début de paragraphe, un questionnement sur la place de certains facteurs extérieurs à la discipline pouvant avoir de l'influence sur les modifications actuelles du paysage de la psychiatrie.

En effet, nous constatons que des changements sont en train de prendre naissance. Ces changements se font à la fois, au niveau architectural, avec la modification des espaces de soins, comprenant les rénovations, relocalisations-délocalisations, mais aussi au niveau de l'organisation des soins, tant temporel que spatial.

Ainsi, comme nous venons de le voir, ces modifications apportent une amélioration dans l'accueil des lieux qui ont pour vocation de recevoir la souffrance psychique des personnes nécessitant des soins. Malgré cet apport positif, nous pouvons nous interroger sur l'influence délicate de ces mutations. Effectivement, certains éléments doivent être considérés et pris en

compte, afin de ne pas perdre de vue les fondamentaux du soin cités auparavant.

Nous avons relaté plus haut, le fait que pour nous l'économie joue un rôle important dans les modifications actuelles du paysage des lieux de soins. Pourtant, ce phénomène, qui veut, par un modèle normatif, atteindre une amélioration de la pratique psychiatrique, semble provoquer une certaine division au sein de cette dernière. En effet, en mettant la psychiatrie sur un même niveau comparatif, d'un point de vue clinique-organisationnel-économique que les autres disciplines médicales, chirurgicales et obstétriques (MCO), en supprime sa singularité.

Certains auteurs argumentent même sur le fait que les patients ne sont plus au centre de la prise en charge en psychiatrie, et qu'ils sont oubliés au détriment des exigences économiques de plus en plus contraignantes (86). Il est donc nécessaire de considérer les limites de ce facteur économique au sein de la discipline.

Nous pouvons donc nous questionner sur les conditions actuelles des mutations. Le but de cette réflexion, est de tenter de démontrer l'importance de conserver à l'esprit les fondamentaux du soin en psychiatrie, malgré les changements (86).

Nous allons alors tenter de souligner quelques prudences à considérer, vis-à-vis des transformations qui se déroulent actuellement et qui modifient le paysage des lieux de soins en psychiatrie.

A) Réduction du nombre de lits et questionnement de la place des « inadéquats »

En 1999, lors des travaux préparatoires du premier volet psychiatrique du SROS 2, de la région Nord-Pas-de-Calais, les professionnels de terrain membres des groupes de réflexion, ont proposé « un secteur standard » pour 70 000 habitants (89).

Ce « secteur standard » devait se composer de : 30-35 lits d'hospitalisation complète, à condition que ce secteur ait à sa disposition au moins :

1 hôpital de jour, 1 Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP), de 1 à 2 CMP,

de 1 accueil familial, des places en appartements thérapeutiques et des consultations en ville. Il était associé à cette description, la nécessité que les patients, dépendant du médico-social, aillent dans des structures spécifiques (89).

Or cette conditionnelle n'a pas été mise en place le plus souvent ou alors de manière retardée et incomplète, cependant la réduction des lits a bien eu lieu. Ce qui a provoqué une réduction du nombre de places d'accueil de soins en hospitalisation, sans alternatives à proposer en ambulatoire.

Ainsi, la réduction du nombre de lits hospitaliers a été poursuivie, sur le plan national (93,94) :

Nombre de lits	2001	2005	2010
Psychiatrie	61 920	58 580	57 410
Générale	59840	56500	56240
Infanto-juvénile	2 080	2 080	2 170

Le poids excessif de l'hospitalisation complète, Synthèse du rapport public thématique Décembre 2011, L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « psychiatrie et santé mentale » 2005-2010 (93,94).

Malgré une orientation mieux adaptée pour certains patients, cela reste cependant insuffisant, car il reste encore actuellement de nombreux patients nécessitant une autre orientation qu'un service de psychiatrie.

En effet, comme le développe le rapport de la Cour des Comptes, de décembre 2011 :

« Les alternatives à temps complet, essentiellement développées par les établissements [...], sont insuffisamment nombreuses au regard des besoins » (93).

Ce rapport de la Cour des Comptes évoque aussi que les alternatives à l'hospitalisation « apparaissent inachevées, et nombre de points d'inflexion majeurs restent en chantier. Ainsi, plus de 10 000 personnes demeurent en service « psychiatrique aigue » alors que leur état de santé leur permettrait, grâce à une prise en charge adaptée, d'accéder à une autonomie accrue. » (93,94).

De plus, il y est évoqué aussi, le fait que l'occupation des lits est saturée :

« Les capacités d'hospitalisation complète sont fréquemment saturées. Les quelques 57 408 lits en psychiatrie ont permis de réaliser 18,8 millions de journées en 2010, soit 89,5 % de leur potentiel d'occupation maximal théorique, ce qui correspond à un taux global d'occupation

particulièrement élevé [...] Cette saturation est liée pour partie : à la fréquence des séjours inopinés, non programmés (admissions en urgence, avec ou sans consentement, qui entraînent des séjours prolongés pour des malades plus lourds) ; à une durée moyenne de séjour de l'ordre de 30 jours (soit six fois plus qu'en médecine, chirurgie, obstétrique) et à des séjours souvent répétitifs ; à des séjours très prolongés, notamment en raison de l'absence de solution d'aval. » (93).

Nous comprenons donc que, l'objectif de favoriser les prises en charge ambulatoires et de désengorger les lits d'hospitalisation complète, n'a pas été entièrement atteint, malgré quelques avancées. Les alternatives à l'hospitalisation restent trop faibles, et la coordination avec les structures médico-sociales demeure encore fragile.

La Cour des Comptes conclue que ces situations exposent à des risques élevés de perte d'efficacité de soins, par ailleurs souvent onéreux (93,94).

Cependant, nous observons que même devant ce constat de difficultés dans la réorientation des « inadéquats », le paysage de la discipline s'est tout de même modifié, avec notamment cette réduction du nombre de lits, comme le préconisait « le secteur standard » (89,90).

De plus, sur le terrain, il nous semble que les services voient se réduire leur effectif de soignants. Il faut cependant souligner que, dans l'optique de la favorisation de l'organisation des soins ambulatoires, le temps de travail d'un soignant augmente, et non l'inverse, comme par exemple en visite à domicile. Il est donc délicat de penser qu'en réduisant le nombre de lits en hospitalisation complète des patients, il pourra s'effectuer également une réduction du nombre du personnel.

Il est donc primordial de ne pas oublier, afin d'apporter un sens thérapeutique à une hospitalisation, qu'il est nécessaire d'un minimum de soignants au sein des services, afin de ne pas retomber dans les fonctions de gardiennage d'antan par défaut d'effectif.

Nous avons tous, présent à l'esprit, l'exemple d'un patient, certainement même de plusieurs,

occupant des lits d'hospitalisation alors que ces derniers ne présentent pas une symptomatologie clinique psychiatrique au premier plan, et qui sont nommés dans les SROS « inadéquats » (89,90). Ce sont des patients qui attendent une place dans une structure plus adaptée. Ce sont ces mêmes patients qui sont victimes d'un contre transfert négatif de la part des équipes soignantes. En effet, on leur reproche de causer un encombrement du service. Ils se retrouvent donc dans un « entre-deux » : ils sont là où ils ne devraient pas être.

La Cour des Comptes évoque cette occupation de lits de manière inadaptée, comme une cause de réduction forte la disponibilité de l'hôpital :

« Un patient hospitalisé de manière « inadéquate » pendant un an bloque un lit qui aurait pu servir pour quelque 12 hospitalisations de 30 jours sur la période, parfois pendant dix ans ou plus. De surcroît, l'occupation inadéquate s'aggrave elle-même, en raison de son effet iatrogène, qui limite la possibilité d'une réinsertion dans la société des patients qui y seraient initialement aptes » (93).

Nous pouvons nous rapporter à la dernière enquête globale, réalisée, pour la Région Nord-Pas-de-Calais en 2008, dans le but d'évaluer les besoins en structures médico-sociales, portant sur les personnes hospitalisées en psychiatrie en attente d'une place en établissement médico-social suite à une notification de la CDAPH (Commission des droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées) (100), qui est l'ancienne MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées), montre, que le manque de structures adaptées à l'accueil des personnes handicapées psychiques fait porter au secteur sanitaire une charge importante tant en termes, de taux d'occupation : 16,3% des lits de psychiatrie active sont occupés de façon inadéquate ; qu'en terme de qualité de prise en charge, puisque ces services d'hospitalisation ne sont pas les plus adaptés à la réhabilitation des personnes. Il faut cependant noter que ce chiffre est le plus faible au niveau national, car 160 places de structures médico-sociales ont été autorisées dans les trois EPSM de la métropole lilloise, permettant ainsi d'apporter une réponse pertinente aux besoin des personnes (100).

Nous comprenons alors l'impasse dans laquelle peut se trouver la discipline et ainsi les limites de ces avancées, qui sont renforcées par des facteurs économiques défavorables.

Nous pouvons nous questionner alors sur deux entités différentes d'inadéquations temporelles qui se profilent. L'une, qui serait caractérisée par le fait que les patients attendent trop longtemps leur nouvelle orientation, s'explicitant par un manque de structures alternatives. L'autre, qui serait le fait d'une inadéquation dans les durées de séjour qui se réduisent, avec des patients sortant trop tôt, pour des troubles non encore stabilisés. Ces sorties étant alors motivées par le besoin de places dans le service.

B) Diminution des durées moyenne de séjour

Nous avons évoqué précédemment que les innovations et découvertes du début du XXème siècle, avaient permis progressivement de faire diminuer les durées de séjour et surtout d'envisager une sortie d'hospitalisation, quand l'état clinique le permet. Cela fait, évidemment, partie des grandes innovations que la discipline ait connues.

La Cour des Comptes en 2011, énonce une durée moyenne de séjour de l'ordre de 30 jours (soit six fois plus qu'en médecine, chirurgie, obstétrique) (93).

Actuellement, nous percevons une dynamique qui tente de définir des durées moyennes de séjour lors d'une hospitalisation, par une classification « par type » de pathologie. Il semble, cependant, difficile de définir et objectiver par le « type de trouble présenté par le patient », une durée moyenne de séjour en psychiatrie, devant la subjectivité de chaque individu qui est hospitalisé.

Il est donc difficile d'appliquer ce qui fonctionne déjà depuis un certain temps dans les disciplines Médico-Chirurgicale-obstétrique (MCO).

En effet, il est plus facile et objectivable de constater la cicatrisation d'une plaie, après par exemple une opération chirurgicale, que de pouvoir objectivement définir la « cicatrisation » dans les suites d'une « rupture/plaie » psychique.

L'hospitalisation, passant par une durée moyenne de séjour la plus basse possible, est un aspect probablement critique dans les soins apportés, à des patients souffrants d'un trouble psychique.

Cette considération, nous fait alors nous questionner sur la notion de temporalité psychique d'un patient, qui fait partie d'un des fondamentaux du soin. Effectivement, dans cette nouvelle dynamique, ce patient est contraint de se soumettre à une temporalité sociétale/économique qui diffère de la sienne.

De plus, dans cette mouvance de contrainte temporelle, nous observons la perte de considération de la singularité de chaque situation. Nous constatons que ce qui tente et risque de s'appliquer, est de soumettre le patient, à un temps prédéterminé en hospitalisation, pour un type de trouble donné et qui est conditionné par l'environnement.

Une limitation de la considération singulière de chaque patient est donc à craindre, puisque les soins tentent d'être réduits à une composante temporelle imposée.

De plus, la psychiatrie n'a pas connu de découverte permettant d'être capable de soigner plus rapidement avec les mêmes apports thérapeutiques, en tout cas pour le moment.

Il est également important de souligner que les lieux ambulatoires nécessaires pour le bon fonctionnement d'un secteur, ne sont pas encore tous construits.

Il y a donc une disparité entre, d'un côté, l'imminence de diminuer les durées des séjours, influencée par un facteur économique et de l'autre, l'absence de lieux extérieurs permettant d'équilibrer ce facteur temporel imposé.

Ainsi, il faut porter une attention particulière à ne pas être trop réducteur en limitant un trouble psychique à une simple durée moyenne de séjour.

C) Présence de services fermés au détriment de la libre circulation

Nous pouvons également constater que le paysage des services qui se reconstruisent, qui se rénovent, conservent tous un espace fermé, plus ou moins conséquent, avec des lieux qui

limitent la libre circulation.

Le rapport parlementaire de Denys Robiliard, atteste de l'augmentation accrue des hospitalisations sous contraintes, augmentation de plus de 50% en cinq ans, ainsi qu'une augmentation au recours à la contention dans les services (97). Ces chiffres doivent cependant être regardés, avec comme grille de lecture, la place de l'augmentation des craintes des médecins d'être confrontés à la justice, d'un point de vue médico-légal, en fonction de leurs décisions ainsi qu'à la nouvelle loi d'hospitalisation sous contrainte de juillet 2011.

Le recours à la contention est utilisé partout, et il tente d'être justifié par la diminution de l'effectif, la féminisation de la discipline et le manque de formation des jeunes infirmiers et médecins (97).

Dans ce rapport, il y est cité le docteur Pénochet, en rapportant que « *La contention est indicateur de la bonne ou mauvaise santé de la psychiatrie. Plus la psychiatrie va mal, plus la contention sera utilisée* » (97).

Ainsi, nous comprenons que moins la contenance psychique est effective, plus la contention physique apparaît.

Nous sommes forcés de constater, que dans les années 2000, quelques discours, dont celui du président de la République de l'époque, en 2008 à Antony (101), stigmatisent la personne souffrant de troubles psychiques, et contiennent des directives dites « sécuritaires ». Ces directives proposent alors, une restriction des libertés au sein des établissements, pour des raisons de protection de l'ordre public et des citoyens. Il faut cependant rappeler, que ce discours faisait suite à un drame qui s'était déroulé à Pau, et, ce discours a rassuré la majorité des citoyens, à la suite de cet incident. Ainsi, nous constatons que le facteur économique n'est pas le seul à avoir de l'influence dans les modifications de la discipline.

Lors d'une enquête, rapportée par D. Robiliard, les psychiatres rapportent l'impression d'une pratique sécuritaire et protocolaire, qui s'effectue au détriment de la relation humaine (98).

Ainsi, nous pouvons encore voir dans la plupart des lieux de soins en psychiatrie, des

personnes hospitalisées en soins libres, qui sont enfermées dans un service de psychiatrie, sans que cela ne questionne sur le sens non thérapeutique d'une telle contrainte, puisque cela garantit une certaine sécurité.

La libre circulation est en quelque sorte le fait de « cultiver » une ambiance propice à l'émergence de ce qui est le plus meurtri et le plus fragile chez le patient, pour faire connaissance avec lui, et lui-même avec son propre passé, y compris inconscient. Il ne s'agit pas que de la seule circulation physique, mais plutôt d'une liberté de circulation englobant aussi le « psychique » (53).

La liberté, en tant que système ouvert, permet au patient de retrouver son statut d'être humain et de n'être plus soumis aux forces aliénantes de l'institution psychiatrique (55).

Il est donc important de conserver à l'esprit l'apport thérapeutique d'un lieu. Il ne faut pas se laisser aveugler par des directives sociales, portées par une certaine méconnaissance de la maladie mentale, éloignant les nouveaux lieux d'un sens thérapeutique.

Si nous extrapolons encore un peu plus cette idée de contrainte, dans l'optique de garantir l'ordre public, il n'y a pas de grande distance avec l'idéologie du « grand renfermement », évoquée plus haut. Il faut donc être très attentif à ne pas retomber dans des travers, qui ont été résolus, il y a maintenant plusieurs dizaines d'années.

D) La chronicité, l'hospitalophilie, le syndrome de la porte tournante.

La maladie mentale est une maladie chronique, notamment quand nous évoquons les troubles psychotiques ou encore troubles de la personnalité.

La chronicité est donc le propre de la maladie en psychiatrie. Il est donc essentiel de prendre en considération cette notion, lorsque nous réfléchissons aux lieux de soins et alternatives de soins que nous proposons à ces patients.

D'après une étude de l'Irdes (Institut de recherche et documentation en économie de la santé), publiée en 2014, le profil des patients hospitalisés au long cours, se répartit en trois grands

groupes :

« Plus de la moitié (51,7%) sont des hommes, [...] souffrant de troubles schizophréniques. Un quart (23%) sont des « nouveaux patients au long cours », majoritairement des femmes, plus âgées, souffrant de troubles addictifs, de troubles mentaux organiques (démences) ou troubles de la personnalité et du comportement. Enfin, 25% des patients sont plutôt jeunes, [...] souffrant de retard mental ou de troubles du développement psychologique (autisme), hospitalisés pour 32% d'entre eux depuis plus de 5ans. » (95).

**Diagnostics dominants
nombre de patients**

Troubles de l'alimentation	25
Facteurs environnementaux associés	74
Troubles du comportement et conduites, psychosomatiques	173
Pathologie somatique	308
Troubles mentaux organiques	573
Troubles liés aux addictions	570
Troubles de la personnalité et du comportement	590
Troubles du développement psychologique	1202
Troubles de l'humeur et troubles névrotiques	1208
Retard mental	1422
Schizophrénie	6579
Total	12724

Répartition des diagnostics « dominants » des patients hospitalisés au long cours en 2011
Source : Recueil d'information médicalisée en psychiatrie (Rim-P) 2011 ; Recensement général de la population, Insee 2010 (95).

Nous avons tous déjà été confrontés à entendre, par les équipes soignantes, que ce patient est « un chronique », qu'il serait « hospitalophile » (84).

Il faut comprendre qu'il y a une différence entre « chronicité », qui se rapporte à un trouble, et la « chronicisation », qui se rapporte, alors, au fait de ne pas contenir et de ne pas porter « suffisamment bien » un patient souffrant d'une maladie mentale.

La « chronicisation » est également nommée, lors du congrès de Marseille en 1964, par

Bonnafé, Le Guillant et Mignot (57) comme un phénomène de « sédimentation », où le patient, non pris en considération, cristallise ses troubles (51).

C'est donc une prise en charge adaptée, à chaque patient, qui permettra de lutter contre « la chronicisation ».

Il est donc incontestable, qu'il est nécessaire de porter avec un patient, un projet de soin, même si ce dernier souffre d'une maladie mentale depuis longue date. Effectivement, ne pas « avoir une place en soi » pour ce patient sera responsable, le plus souvent, d'une difficulté pour envisager une sortie d'hospitalisation et/ou projet de soin. Ce qui fait encore appel à un des fondamentaux du soin cités auparavant.

En tant que soignant, il faut donc être actif dans la prise en charge d'une maladie mentale, qui évolue vers une chronicité, afin que la personne, atteinte de ce trouble, puisse s'épanouir dans la société.

Ainsi, les lieux doivent accueillir cette chronicité et non la rejeter, mais également la considérer afin de pouvoir la transformer, en un appui pour le soin. Malheureusement, ce que nous constatons, c'est la difficulté de pouvoir apporter une contenance pour ces patients dit « chroniques ».

De plus, avec la diminution de la durée moyenne de séjour, il est de plus en plus difficile de les soigner et il est plutôt réalisé des « hébergements » courts, sans réels soins, en attendant la prochaine hospitalisation. Effectivement, nous ne répondons alors pas à la temporalité de ces patients « chroniques » et ils reviennent rapidement dans le service, pour venir chercher la contenance que leur apporte l'hospitalisation : c'est ce que certains appellent « le revolving door syndrome » ou « le syndrome de la porte tournante » (84).

Cette expression est utilisée aux Etats-Unis pour décrire le mouvement par lequel, des patients en psychiatrie sont hospitalisés de manière répétée et fréquente (84,102). Il est caractérisé par des malades qui sortent rapidement après leur admission et retournent à l'hôpital peu après leur sortie (84,103) ; et cela regroupe ainsi toutes les situations d'hospitalisations récurrentes

de malades chroniques en psychiatrie(84,104), quel que soit le motif d'admission et la pathologie sous-jacente. Ils peuvent également être décrits par les termes de « récidivistes », « patients à ré-hospitalisations fréquentes », « patients à admissions répétées » (« fréquent repeaters ») (84,105), « patients à hospitalisations récurrentes », ou « usagers fréquents » (« heavy users », « high-frequency users »).

D'autres les définissent comme « un petit nombre de patients qui reçoivent une grande partie des ressources allouées au système de soins psychiatriques », qui effectivement sont peu nombreux, mais sont responsables d'un coût non négligeable en matière de santé publique (84,106).

Ces patients viennent rechercher certainement, ce que Gisela Pankow nomme « la fonction lieu » qu'apporte un service d'hospitalisation (107).

Ainsi, ces patients souffrent de troubles psychiatrique avérés. Ils sont cependant victimes d'absence de lieux réellement « adéquats » pour eux.

Il faut donc se poser la question : est-ce que les patients dont la pathologie nécessite un lieu disponible et durable, sont-ils pris en compte dans les changements architecturaux qui s'esquissent actuellement ?

E) Spécialisation des lieux, spécialisation de la discipline.

Nous observons par ces remaniements de la discipline, l'apparition d'une nouvelle dynamique avec une spécialisation des lieux en fonction des troubles.

Ainsi, nous voyons apparaître des services qui se spécialisent dans un domaine particulier. De ce fait, un certain morcellement/parcellisation des lieux semble se dessiner.

Les patients ont tendance à être traités en fonction des symptômes qu'ils présentent à un moment donné. Si d'autres symptômes apparaissent ou se prolongent, c'est dans un autre service qu'ils sont dirigés.

Nous voyons émerger des lieux spécialisés qui s'organisent au sein de la psychiatrie. C'est

ainsi que nous voyons apparaître des services pour les dépressifs, pour les anxieux, pour les personnes avec addictions, pour les sujets âgés...

La psychiatrie commence donc à se diviser au sein même de son unité. Un patient peut, actuellement être pris en charge dans des services différents, pour chaque symptôme qu'il présente, ou pour chaque période évolutive de sa maladie. Il est donc suivi par des équipes différentes, qui ne connaissent que partiellement le patient, de telle sorte que ce dernier peut être lui-même morcelé.

Il semble nécessaire de soulever le risque d'une telle prise en charge. Cette division dans les soins, peut être à l'origine d'une fragmentation du patient lui-même, et peut donc être très délétère pour ce dernier.

Enfin, le fait de diviser les lieux d'exercice de la discipline, empêche qu'une seule et même équipe puisse connaître le patient. Ainsi, l'histoire de ce dernier se divise et la compréhension de cette dernière devient alors plus difficile. Cela pouvait être évité, auparavant, par l'existence d'une institution unique, où les équipes travaillaient ensemble. Ainsi, la richesse que pouvait offrir le secteur, risque de disparaître.

Si nous extrapolons, le risque encouru est de voir se révéler une psychiatrie à deux vitesses : service pour les troubles aigus et un service pour les troubles chroniques. Il est important d'en tenir compte afin d'éviter de reproduire des prises en charge d'autrefois...

Nous pouvons donc évoquer, après la description de ces éléments, qu'il est nécessaire d'apporter du renouveau dans la discipline et dans son organisation, mais qu'il est, tout aussi, important de ne pas dénigrer totalement, les facteurs qui ont été innovants dans l'histoire de la discipline, comme par exemple le secteur.

En effet, en tant que jeune interne en psychiatrie, des éléments forts du secteur peuvent être perçus. Lorsque nous nous rendons au CMP pour des consultations, ce qui nous aide énormément, est le fait que l'équipe du CMP connaisse l'histoire de vie et de la maladie des

patients, que nous allons suivre, dans notre statut d'interne, simplement pour 6 mois. Nous apprenons alors, l'histoire familiale, l'état du logement, les habitudes alimentaires, les rapports avec les voisins, la place de ce patient dans la ville, ses anciens traitements ...

Ainsi, en travaillant avec l'ensemble de l'équipe, nous pouvons comprendre l'histoire du patient grâce aux discussions communes. Ces échanges apportent bien plus d'éléments, que ce que nous aurions pu apprendre de la seule parole du patient que nous allions rencontrer en entretien individuel.

Nous pouvons alors découvrir l'histoire complète du patient et comprendre mieux, au niveau psychopathologique, ce qui se passe pour lui actuellement.

Sans l'ensemble de ces éléments, il est possible de traiter l'épisode aigu, dont souffre le patient, sans connaître les éléments historiques impliqués dans la décompensation actuelle de ce dernier.

Il faut donc se méfier de ne pas trop vite oublier de soigner chaque patient dans sa singularité. Le risque est, certainement, de faire un travail de « surface », pour soigner vite mais peut-être pas si bien que cela pour ce patient.

Ainsi, le secteur, qui a été un élément innovant dans les suites de la circulaire de mars 1960, est un élément encore précieux actuellement, et doit donc toujours être pris en considération. Il faut le considérer comme une aide indéniable dans la discipline psychiatrique du XXI^e siècle, ce qui a d'ailleurs était réaffirmé dans le rapport parlementaire de Monsieur Robiliard (97).

Il est intéressant d'apprendre, que d'autres pays s'intéressent actuellement à l'organisation des soins psychiatriques en France, afin de reproduire ce fonctionnement de sectorialité dans leur pays respectif. C'est le cas notamment de la Chine, mais aussi de la Belgique, où pour ce dernier un programme fédéral est en cours visant à mettre en réseau des structures jusqu'à présent autonomes.

CONCLUSION

Les notions de spatialité et de temporalité sont des composantes essentielles à prendre en considération pour penser et organiser les soins psychiatriques. Nous avons pu nous rendre compte tout au long de ce travail, qu'à travers les différentes époques, la manière de s'occuper des fous, des insensés, des malades mentaux ou des personnes présentant un trouble psychiatrique, a varié d'un point de vue spatial en fonction des idéaux culturels dominants. Aujourd'hui, un nouveau paysage de la discipline est en train de se construire et de se développer.

Des composantes bénéfiques pour la pratique sont peut-être à contraster avec d'autres pouvant être considérées comme plus réductrices. La psychiatrie s'adapte également à certains impératifs sociétaux, et, malgré l'absence de réels facteurs récents innovants, décisifs, internes et ou externes à la discipline, cette dernière se transforme et se modifie en permanence sans avoir changé foncièrement ses paradigmes établis au milieu du XXe siècle. Ce travail a tenté de décrire et de définir des éléments fondamentaux de cette pratique à travers les lieux qui lui ont été dédiés au cours des différentes époques jusqu'à nos jours.

Nous avons pu remarquer qu'au cours de l'histoire de la psychiatrie, les lieux d'accueil ont souvent été au tournant de modifications considérables dans la pratique de soin pour la maladie mentale, en s'adaptant au regard porté sur elle et à la temporalité de chaque époque. Effectivement, lors des différentes époques, nous avons observé que la discipline a été marquée par de nombreux allers-retours en ce qui concerne le type et la forme des espaces d'accueil proposés, en lien avec les représentations sociétales de la psychiatrie.

Nous avons l'impression que la discipline n'a pas toujours évolué de manière linéaire et a oscillé entre des périodes de progression, avec notamment la connaissance plus précise des maladies mentales, ainsi que des périodes de régression, avec des répressions et enfermements des personnes souffrant de ces troubles. Ces dernières ont peut-être coïncidé avec l'oubli du savoir, en tout cas avec l'oubli vraisemblablement de la préoccupation humaine,

qu'avait pu avoir un moment civilisateur passé.

Le regard sociétal, associé au regard médical des troubles, a un rôle indéniable sur la place qui est donnée au trouble psychiatrique; son influence a pu être décrite au cours de cet exposé. Ce travail a été motivé, initialement, par l'observation que les lieux dédiés aux soins sont actuellement en pleine mutation et se transforment.

La psychiatrie se modernise, déménage et change ses lieux d'accueil.

Ainsi, actuellement, déménagements, rénovations de structures, rythment la vie des secteurs et hôpitaux psychiatriques.

A travers l'immersion au sein d'une institution qui se transforme, il a pu être tenté de démontrer que le lieu en psychiatrie est d'une importance considérable dans l'accès et le type de soins des personnes souffrant de troubles psychiques. Un travail de réflexion est précieux afin de penser aux établissements qui seront nouvellement construits. La complémentarité entre l'architecte, qui construit le lieu et l'équipe soignante, qui va penser ce lieu, semble un point important à ne pas négliger. Il s'agit d'être, tout à la fois thérapeutique pour les patients accueillis au sein de l'institution, tout en prenant en considération la qualité de l'espace professionnel du côté des soignants. Rien ne doit être laissé au hasard. Cette dyade architecte-soignants peut ainsi porter sa réflexion sur l'accueil, la conception des lieux et espaces, les particularités rapportées à la psychiatrie comme la libre circulation, le respect de l'intimité, les salles d'activités...

La désappropriation d'un ancien lieu et l'appropriation d'un nouvel endroit n'est pas chose simple à concevoir, surtout pour les personnes souffrant d'un trouble psychiatrique. L'une des spécificités de ce travail, est la mise en évidence de la nécessité de réfléchir, accompagner et de proposer des espaces de verbalisation lors d'un tel changement institutionnel.

A travers l'atelier culturel « Des racines et des Ar[ts]bres », nous avons pu rendre plus simple le travail psychique de mémoire du lieu quitté, par l'utilisation de la photographie et des arts plastiques, comme médiation.

Lors d'un déménagement, une remobilisation au sein des équipes soignantes peut permettre de faire avancer les services, de repenser au projet de soins et aux nouvelles perspectives soignantes, qui peuvent être mises en place, lors de telles mutations. Un changement de lieu n'est pas anodin pour un secteur psychiatrique. L'appropriation d'un nouvel endroit s'inscrit dans une temporalité qui se distingue du simple fait de déménager. Il est donc nécessaire de pouvoir préparer au mieux ce bouleversement en prenant en considération les mouvements psychiques que cela entraîne à la fois pour les patients, pour les soignants et pour l'institution toute entière.

La discipline psychiatrique fait partie des disciplines médicales mais ne peut s'y réduire. En effet, comme ces dernières, la psychiatrie se définit par le traitement de l'humain, mais elle est sans cesse confrontée à devoir composer et s'adapter face aux histoires singulières qu'elle doit prendre en charge.

Ces particularités en font sa précieuse spécificité et il semble important, dans cette nouvelle ère ouverte sur la science et l'économie, de rappeler quelques invariants et fondamentaux de cette pratique. Ces éléments sont des choses simples, parfois évidentes mais qu'il est tout de même intéressant de réactiver dans la pensée des acteurs du soin. Il est nécessaire, en tant que soignant, de pouvoir s'appuyer sur des modèles pour guider notre pratique, permettant ainsi d'avoir un regard riche sur la compréhension des prises en charge.

Qui dit discipline de l'humain, sous-tend de pouvoir être dans la capacité de considérer la singularité de chaque individu que nous serons amenés à rencontrer. Prise en charge singulière, dit également possibilité de pouvoir en tant que soignant, penser avec et pour le patient, un projet de soin qui lui soit propre, rendu possible grâce à la place faite en soi pour ce dernier. Ambitions et humilité, quant aux améliorations envisagées, s'avèrent aussi indispensables pour la pratique quotidienne.

Spatialités et temporalités participent intimement dans la relation qui peut survenir, entre les patients et les soignants. Il est donc plus que souhaitable de pouvoir considérer ces notions

spatio-temporelles au sein des prises en charge de patients.

Il faut bien évidemment moderniser ou savoir s'éloigner de ce que nos pères nous ont légué, sans pour autant l'enfouir à jamais dans l'oubli, au prétexte, parfois ambigu, de l'innovation. Il faut savoir transformer la pratique en l'adaptant à notre époque, sans tout transformer aveuglément, sans porter attention à ce que l'histoire nous a cédé et qui reste cependant souvent approprié aux soins.

Devant toutes ces spécificités, il semble nécessaire de porter une attention particulière aux modifications que la discipline est en train de vivre actuellement. Plus précisément, d'en décrire les points positifs mais également les points limitants. En effet, nous avons pu percevoir, que la discipline psychiatrique interagissait et se modifiait en parallèle du regard que pouvait porter la société sur elle.

Un questionnement peut alors se faire sur les raisons motivationnelles de tels changements de lieux, que connaît la psychiatrie de nos jours.

Des réponses ont été apportées sur l'amélioration des conditions d'hébergement, souscrivant à une humanisation des lieux tout en apportant confort, hygiène, sécurité et respectant les normes des accréditations, choses inexistantes il y a encore quelques années. D'autres éléments ont pu être décrits, par exemple sur l'importance de réaliser des soins de proximité, en rapprochant les structures de soins au plus proche des lieux de vie des patients. Il est également question, de repenser les soins en privilégiant l'ouverture vers l'extérieur avec des prises en charge ambulatoires, d'apporter si possible des réponses aux mauvaises orientations de patients et d'ouvrir la discipline psychiatrique vers d'autres lieux.

Cependant, malgré ces observations, nous sommes forcés de constater que la discipline subie des transformations en réponse à des facteurs externes, avec notamment le facteur économique. Des répercussions sont notables à la fois d'un point de vue spatial mais aussi d'un point de vue temporel.

Il est de plus en plus question de surspécialisation de la discipline, pour des tentatives de mise

en écho avec d'autres disciplines médicales. L'émiettement et le morcellement pour le soin en sont parfois la conséquence. Le risque de cette surspécialisation n'est-il pas de voir une psychiatrie désorientée, sans fond commun pour les soignants et donc possiblement délétère pour les soins ?

Du côté de la temporalité, la discipline se voit confrontée à des diminutions parfois inadaptées de durées de séjour et à des durées d'attente, qui ne peuvent que nous interpeller notamment pour l'obtention d'un premier rendez-vous de consultation ou pour assurer un suivi ajusté.

Cependant, comme évoqué auparavant, la discipline n'a pas connu dernièrement de découvertes permettant de soigner plus vite. Ainsi, la psychiatrie se transforme sans véritable rupture épistémologique ; si des évolutions sont visibles et souhaitables, celles-ci se font avec les mêmes paradigmes que ceux établis depuis le milieu du XXe siècle.

Nous sommes, actuellement, certainement en train de vivre un tournant dans notre discipline. Seuls les historiens, dans quelques années, pourront sans doute réellement définir ce qui est en train de se jouer.

Pourront-ils évoquer les mutations actuelles comme un élément décisif marquant l'histoire de la psychiatrie ?

Nous ne pouvons pas apporter de réponse actuellement. Cependant, notre société change, le regard porté sur la maladie mentale est également en conversion, malgré une forte place encore de la stigmatisation.

Il est donc primordial de se soucier de l'évolution de ce regard sociétal. Il semble plus que nécessaire, que la discipline s'ouvre sur la société, éclaire son champ d'action et propose des démarches permettant la rencontre avec le monde extérieur. C'est peut-être en sensibilisant les médias, en faisant des actions culturelles, en réalisant des événements fédérateurs sportifs et autres, que le regard stigmatisant de la société pourra se modifier, et ainsi permettre une amélioration de l'accessibilité aux soins et une meilleure adaptation des lieux.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. MERCURE D. Les temporalités sociales. Paris: L'Harmattan; 1995. 175 p.
2. SAMSON J. Daniel Mercure: Les temporalités sociales. nov 1996;5(1):42-4.
3. Morabito E. Architecture hospitalière et projet de soin en psychiatrie: évolution historique conjointe et exemple du service de psychiatrie adulte dans le nouveau bâtiment Philippe Canton du CHU de Nancy [Thèse d'exercice]. [France]: Université Henri Poincaré-Nancy 1. Faculté de médecine; 2008.
4. QUETEL C. Histoire de la folie de l'Antiquité à nos jours. Paris: Tallandier; 2009. 619 p.
5. SINIEUX P. Les récits de rêve dans les sanctuaires guérisseurs du monde grec : des textes sous contrôle. Sociétés Représentations. 2007;23(1):45.
6. BEAUCHESNE H. Histoire de la psychopathologie. Paris: Presses Universitaires de France; 1994.
7. DEMARS I, MALONEY G. Une leçon d'Hippocrate: la santé dans un environnement nordique. Edition du Sphinx. Québec; 2009. 226 p.
8. VAUCHEZ A. Avant-propos: la protection spirituelle au Moyen Âge. Cah Rech Médiév Humanistes. 15 janv 2001;(8):1-4.
9. AGRIMI J, CRISCIANI C. Charité et assistance dans la civilisation chrétienne médiévale. Histoire de la pensée médicale en Occident, tome 1, Antiquité et Moyen Age. Seuil; 1995.
10. LAHARIE M. La folie au Moyen Age, XIe-XIIIe siècles. Paris: Léopard d'Or; 1991. 307 p.
11. QUETEL C. Les fous et leurs médecines: de la Renaissance au XXe siècle. Paris: Hachette littérature; 1979. 302 p.
12. GALLAIS GAUFFENY N. L'histoire des grands asiles de département du Nord [Thèse de doctorat]. [France]; 1983.
13. GILLY-ARGOUD M. Les fous en image à la fin du moyen Âge. Iconographie de la folie dans la peinture murale alpine (XIV-XVIème siècles). 2012;11-37.
14. ERASME. Éloge de la folie. Garnier-Flamarion. Paris: Garnier-Flammarion; 1964. 94 p.
15. LAGET P-L, SALAUN F. Aux origines de l'hôpital moderne, une évolution européenne. Trib Santé. 2004;3(2):19.
16. FOUCAULT M. Histoire de la folie à l'âge classique. Gallimard; 1976. 688 p.
17. BRANT S, HORST M. La nef des fous. Strasbourg: Nuée bleue; 2005.
18. BERTHIER M-T. Histoire des hospices de Beaune: vins, domaines et donateurs. Paris: Guy Trédaniel éditeur; 2012. 455 p.
19. PICHOT P. Un Siècle de psychiatrie. Le Plessis-Robinson: Synthélabo; 1996.

20. anonyme. Histoire de l'Hôpital Général de Paris, opusculé anonyme édité en 1676 à Paris, imprimerie du Roy et de Monseigneur l'Archevêque. 1676.
21. ALEXANDRE J-Y. Lommelet l'histoire continue 1825-2013. 2013.
22. CAIRE M. HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE EN FRANCE.
23. LAINE J-H. Rapport au roi sur la situation des hospices, des enfants trouvés, des aliénés, de la mendicité et des prisons. imprimerie Royale; Paris; 1818.
24. CARLIER C. Histoire du personnel des prisons françaises: du XVIIIe siècle à nos jours. Paris: Editions de l'Atelier; 1997. 261 p.
25. QUETEL C. Lettres de cachet et correctionnaires dans la généralité de Caen au XVIIIe siècle. Ann Normandie. 1978;28(2):127-59.
26. JOLY A. Du Sort des aliénés en Normandie avant 1789, d'après des documents de mémoire de l'académie royale des sciences, arts et belles lettres de Caen. Caen: F. Le Blanc-Hardel; 1868.
27. BLEANDONU G, GAUFEY G. Naissance des asiles d'aliénés (Auxerre-Paris). Ann Hist Sci Soc. 1975;30(1):93-121.
28. GRAND L. L'architecture asilaire au XIXe siècle, entre utopie et mensonge. Bibl Ecole Chartes. 2005;163(1):165-96.
29. ROUSSEAU J-J, BACHOFEN B. Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes. Paris: Flammarion; 2008.
30. COLOMBIER J, DOUBLET F. Instruction sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asyles qui leur sont destinés. Paris, 1785. Paris; 44 p.
31. LAGET P-L. Les murs de la folie : utopies asilaires et architectures psychiatriques. Rev Société Fr Hist Hôp. sept 2008;(130):27-66.
32. TENON J. Mémoires sur les hôpitaux de Paris. Vélizy, France; Paris: Doin éditeurs ; Assistance publique-Hôpitaux de Paris; 1998.
33. LINGUET S. Mémoire sur la Bastille. Londres: T. Spilsbury; 1783. 151 p.
34. PINEL P. Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale , par Ph. Pinel, [...] Seconde édition, entièrement refondue et très-augmentée. A Paris, Chez J. Ant. Brosson, libraire, rue Pierre-Sarrazin, n °9. An 1809; 1809.
35. COUPECHOUX P. Un monde de fous, comment notre société maltraite ses malades mentaux. Seuil. 2006. 358 p.
36. DALY C. Maison de santé de Charenton pour le traitement des aliénés hommes et femmes. Rev Générale Archit Trav Publics. 1852;(tome 10).
37. CRAPLET M. L'architecture dans les textes d'Esquirol. Hist Sci Médicales. 1991;25, 1; 73-77:5.

38. ESQUIROL É. Des établissements des aliénés en France, et des moyens d'améliorer le sort de ces infortunés. Mémoire présenté à Son Excellence le ministre de l'intérieur, en septembre 1818 ; par le Docteur Esquirol, médecin de la Salpêtrière. Huzard M-R, éditeur. A Paris, de l'imprimerie de Madame Huzard (née Vallat La Chapelle), rue de l'Éperon Saint-André-des-Arcs, n° 7. Mars 1819, France; 1819.
39. CRAPLET M. Histoire de l'hôpital Saint-Anne ; 2e partie: La création de l'asile clinique. Rev Hist 14e Arrondiss Paris. 1988;33(32).
40. PARCHAPPE J-B-M. Discours de M. Parchappe,... dans la discussion sur les différents modes d'assistance des aliénés. Paris, France: V. Masson et fils; 1865. 75 p.
41. GAMBETTA L. Déclaration faite au Corps législatif le 21 mars 1870 par Léon Gambetta lors du dépôt du premier projet de révision de la loi de 1838 (Théophile Roussel, Notes et documents concernant la législation française et les législations étrangères sur les aliénés. Annexes au procès-verbal de la séance du 20 mai 1885. Commission relative à la révision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés.
42. LAGET P-L. Naissance et évolution du plan pavillonnaire dans les asiles d'aliénés. Livraisons Hist Archit. 2004;7(1):51-70.
43. BOUSQUET. Quelles sont les conditions d'une bonne maison d'aliénés? Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale, tome 5; 1833.
44. FALRET H-L. De la Construction et de l'organisation des établissements d'aliénés [these]. [Paris, France]: J.-B. Baillière; 1852.
45. GIRARD H. De l'organisation et de l'administration des établissements d'aliénés. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1843;tome 2:230-60.
46. LOEWENHAYN H. Recherches théoriques et pratiques sur l'établissement des aliénés. 1833.
47. FERRUS G-M-A. Des Aliénés, considérations : 1°sur l'état des maisons qui leur sont destinées tant en France qu'en Angleterre, sur la nécessité d'en créer de nouvelles en France... 2°sur le régime hygiénique et moral... 3°sur quelques questions de médecine légale,... Paris: Paris : Mme Huzard; 1834. 319 p.
48. PARCHAPPE M. Des principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles d'aliénés. Paris, France: V. Masson; 1853. 17 p.
49. BOTTEX A. Programme et plan pour la construction de l'asile public des aliénés du Rhône. Journal de médecine de Lyon. Journal de médecine de Lyon, 2e série, tome 1. 1847;
50. LAGET P-L. Jardins hospitaliers. Rev Société Fr Hist Hôp. mai 2009;(133-134).
51. LANTERI-LAURA G. La chronicité en psychiatrie. Le Plessis-Robinson [France]: Institut Synthélabo; 1997. 93 p.
52. BORSA S, MICHEL C-R. La vie quotidienne des hôpitaux en France au XIXe siècle. Paris, France: Hachette; 1985. 246 p.

53. DELION P. Thérapeutiques institutionnelles. 2001;
54. TOSQUELLES F. Le travail thérapeutique en psychiatrie. Erès; 2009. 162 p.
55. BEAUPRETRE A. En-quoi-l'institution-est-elle-soignante? Les psychothérapies institutionnelles :histoire, fondements et utilisations actuelles. 2008.
56. MORNET J. Psychothérapie institutionnelle: histoire & actualité. Nîmes: Champ social; 2007. 184 p.
57. OURY J. Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle. 1^{re} éd. Champ Social; 2003. 320 p.
58. OURY J. Psychanalyse, psychiatrie et psychothérapie institutionnelles. VST - Vie Soc Trait. 2007;95(3):110.
59. MICHAUD G. Laborde, un pari nécessaire: de la notion d'institution à la psychothérapie institutionnelle. Paris, France: Gauthier-Villars; 1977. 122 p.
60. La revue institutions. Hélène Chaigneau, PAROLES, préface Michel Balat. Institutions. 2011.
61. DAUMEZON G. Considérations statistiques sur la situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés [Thèse]. [Cahors, France]: impr. de A. Coueslant; 1935.
62. Ministère de la santé publique et de la population. Circulaire du 15 Mars 1960 relative au plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens. 1960.
63. TOSQUELLES F. Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible ? mars 1975;(17).
64. Colloque « Architecture et psychiatrie ». Architecture et psychiatrie. Kovess-Masféty V, éditeur. Paris: Editions Le Moniteur; 2004. 198 p.
65. SIVADON P. Architecture psychiatrique : principes, tendances actuelles. EMC. 1968;(37-925-C-10):1-5.
66. BASAGLIA F. L'Institution en négation. Arkhe editions; 311 p.
67. LEOVICI S. Psychiatrie de l'enfant et psychanalyse. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 1 1. Paris: PUF;
68. DUCHE D-J. Histoire de la psychiatrie de l'enfant. Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et adolescent, 1 1. Paris: PUF; 1999.
69. Fédération Française de psychiatrie. Pédopsychiatrie et actualité du soin-Dossier de presse-Conseil National professionnel de psychiatrie. 2012.
70. SUTTER-DALLAY AL, GUEDENEY N. Concept de psychiatrie périnatale, histoire, applications, limites. EMC-Psychiatr. janv 2010;7(1):1-8.
71. BAILLEUL L. Un déménagement. Inst Rev Psychothérapie Institutionnelle Eduquer Soigner. mars 2014;(53).

72. LAUDAT B, PASCAL J-C, COURTEIX S, THORET Y. Mener un projet architectural en psychiatrie. EMC - Psychiatr. janv 2008;5(1):1 - 11.
73. SASTRE-GARAU P. L'accréditation est-elle soluble dans les psychothérapies institutionnelles? ou inversement? Rev Hôp Jour Psychiatr Thérapies Institutionnelles. 2004;(6, 50-55):5.
74. CAILLEUX A. L'abri : Etude de la notion d'abri à l'hôpital psychiatrique - mémoire de fin d'études UCL-LOCI. Tournai; 2014.
75. SASTRE-GARAU P, BAILLEUL L. A propos des fondamentaux du soin en psychiatrie, 32 èmes journées de la Société de l'Information Psychiatrique (SIP). Nantes; 2013.
76. TOSQUELLES F. Education & psychothérapie institutionnelle. Mantes-la-Ville (France): Hlatus; 1984.
77. BION WR. Aux sources de l'expérience. Paris: Presses universitaires de France; 2003.
78. DELION P. Accueillir et soigner la souffrance psychique de la personne: introduction à la psychothérapie institutionnelle. Paris: Dunod; 2011.
79. DELION P. La fonction Balint: Sa place dans l'enseignement et dans la formation psychothérapique et son effet porteur dans la relation soignants-soignés. VST - Vie Soc Trait. 2007;95(3):48.
80. GUATTARI F. Psychanalyse et transversalité: essai d'analyse institutionnelle. Paris: La Découverte; 2003.
81. WINICOTT DW, HARRUS-REVIDI G. Les objets transitionnels. Paris: Payot & Rivages; 2010.
82. LEONARD T. Thérapies comportementales et cognitives de l'anorexie mentale. Nutr Clin Métabolisme. déc 2007;21(4):172-8.
83. MAHLER MS, Pine F, Bergman A, Léonard J. La naissance psychologique de l'être humain symbiose humaine et individuation. Paris: Payot & Rivages; 2010.
84. TIPREZ J. Ces patients qui reviennent... Du revolving door syndrome à « l'hospitalophilie », réflexion sur la dépendance aux institutions psychiatriques. [Lille]: Lille 2; 2014.
85. METZ J. Le diagnostic psychiatrique opère-t-il entre l'imaginaire social et le fait politique?
86. KAPSAMBELIS V. Le besoin d'asile des lieux pour les psychoses. Doin Editions; 2011. 241 p.
87. PAUMELLE P, Koechlin P, Tomkiewicz stanislaw. Essais de traitement collectif du quartier d'agités. Rennes: Editions ENSP; 1999.
88. BALAT M. L'accueil -Psychanalyse - Sémiotique - Eveil de coma. 2007.
89. Schéma Régional d'Organisation Sanitaire-1999-2004. Agence Régionale de l'Hospitalisation Nord-Pas-de-Calais; 1999 p. 292.
90. Schéma Régional d'Organisation Sanitaire- 2006-2011. Agence Régionale de l'Hospitalisation Nord-Pas-de-Calais; 2006 mars p. 429.

91. Les disparités régionales en santé mentale et en psychiatrie. Fédération Régionale Rech En Santé Ment F2RSM. juin 2013;(cahier n°1).
92. Programme Régional de Santé Mentale du PRS Nord Pas-de-Calais 2012-2016 Prévention, soins psychiatriques et parcours de vie. ARS Nord-Pas-De-Calais; 2013.
93. L'organisation des soins psychiatriques: les effets du plan « psychiatrie et santé mentale » (2005-2010). Cour des comptes; 2011 déc.
94. Synthèse du rapport public thématique : L'organisation des soins psychiatriques: les effets du plan « psychiatrie et santé mentale » 2005-2010. Cour des comptes; 2011 déc p. 23.
95. Irdes, Institut de recherche et documentation en économie de la santé,. L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale. Quest Déconomie Santé. oct 2014;(n°202):8p.
96. DREES, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Le panorama des établissements de santé. 2013.
97. ROBILIARD D. rapport d'information établi en conclusion des travaux de la mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie et adopté par celle-ci le 10 décembre 2013. Paris: rapport d'information; 2013 déc p. 117. Report No.: 1662.
98. DREES, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. n°810. sept 2012;8.
99. LE BONNEC A. L'intégration de la psychiatrie à l'hôpital général, un tremplin vers une réorganisation profonde du système de santé mentale. [Rennes]: Ecole Nationale de Santé Publique; 2007.
100. Enquête sur les personnes hospitalisées en psychiatrie en attente d'une place en établissement médico-social suite à une notification CDAPH., de l'année 2008,Région Nord-Pas-de-Calais. 2009.
101. Allocution de Nicolas Sarkozy à Antony: Le texte officiel du discours présidentiel. J Fr Psychiatr. 2010;38(3):25.
102. FLORENTIN T, CASTRO B, SKURNIK N. Où en est le syndrome de la porte tournante? Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. oct 1996;Vol 154(7).
103. CASTRO B, Bahadori S, Tortelli, Ailam L, Skurnik N. Syndrome de la porte tournante en psychiatrie en 2006. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. mai 2007;165(4):276-81.
104. FRICK U, FRICK H, Langguth B, Landgrebe M, Hübner-Liebermann B, Hajak G. The Revolving Door Phenomenon Revisited: Time to Readmission in 17'415 Patients with 37'697 Hospitalisations at a German Psychiatric Hospital. PLoS ONE. 8 oct 2013;8(10):e75612.
105. LEDOUX Y, MINNER P. Occasional and frequent repeaters in a psychiatric emergency room. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. févr 2006;41(2):115-21.
106. WEBB S, Yágüez L, Langdon PE. Factors associated with multiple re-admission to a psychiatric hospital. J Ment Health. janv 2007;16(5):647-61.

107. PANKOW G. Structure familiale et psychose. Paris: Flammarion; 2008.

AUTEUR : BAILLEUL

Lucie

Date de Soutenance : 16 Mars 2015

Titre de la Thèse:

**« Spatialités, temporalités et discipline psychiatrique :
Historique des lieux d'accueil, une psychiatrie qui déménage, l'histoire qui reste à
écrire... »**

Thèse - Médecine - Lille 2015

Cadre de classement : psychiatrie

DES + spécialité : psychiatrie

Mots-clés : Histoire de la psychiatrie – Architecture – Asile d'aliénés – Psychothérapie institutionnelle – Déménagement - Espace – Temporalité – Atelier culturel – Fondamentaux du soin

Résumé :

Contexte : Au sein de la discipline psychiatrique, des lieux distincts, au cours de son histoire, ont été proposés afin d'accueillir les personnes souffrant d'un trouble psychiatrique. Actuellement, de nouvelles constructions architecturales et une nouvelle organisation des soins voient progressivement le jour. De nombreux déménagements se réalisent. Des spécificités et des invariants constituent certainement la discipline psychiatrique.

Méthode : Ce travail propose de retranscrire l'évolution des lieux accueillant, ce que l'on a appelé folie, aliénation mentale, maladie mentale ou encore trouble psychique, au cours des différentes époques de l'histoire, de la période Antique à nos jours. C'est au regard d'une institution qui déménage, explicité par un atelier culturel « Des Racines et des Ar[ts]bres », utilisant comme médiation la photographie, que nous nous proposons de développer l'importance des coordonnées spatiales et temporelles dans la démarche de soin. Dans l'écriture de l'avenir de la discipline, des fondamentaux du soin, et certains des enjeux actuels, tenteront d'être décrits.

Résultats : De nombreux allers-retours constituent l'histoire des lieux d'accueil des personnes souffrant de troubles psychiatriques, s'adaptant constamment à certains impératifs sociétaux. Actuellement, des changements spatiaux, tels des déménagements ou des rénovations de services psychiatriques, se réalisent et nécessitent une préparation s'inscrivant dans une temporalité, afin de préparer au mieux patients et soignants dans l'appropriation d'un nouvel espace. Ainsi, la discipline se modifie en permanence, sans avoir changé foncièrement ses paradigmes établis au milieu du XXe siècle. Des aspects bénéfiques pour la discipline, sont certainement à contraster avec d'autres pouvant être plus réducteurs. Ces derniers sont alors à repérer pour tenter de les déjouer. Associés et accompagnant ses changements, des fondamentaux du soin perdurent. Ne pas les négliger reste essentiel, afin de poursuivre une pratique, où le patient et son histoire singulière sont au centre de l'espace thérapeutique.

Composition du Jury :

Président :

- **Monsieur le Professeur P. DELION**

Assesseurs :

- Monsieur le Professeur P. THOMAS**
- Monsieur le Professeur R. JARDRI**
- Madame le Docteur M. LEFEBVRE**

Directeur de thèse :

- **Monsieur le Docteur P. SASTRE-GARAU**