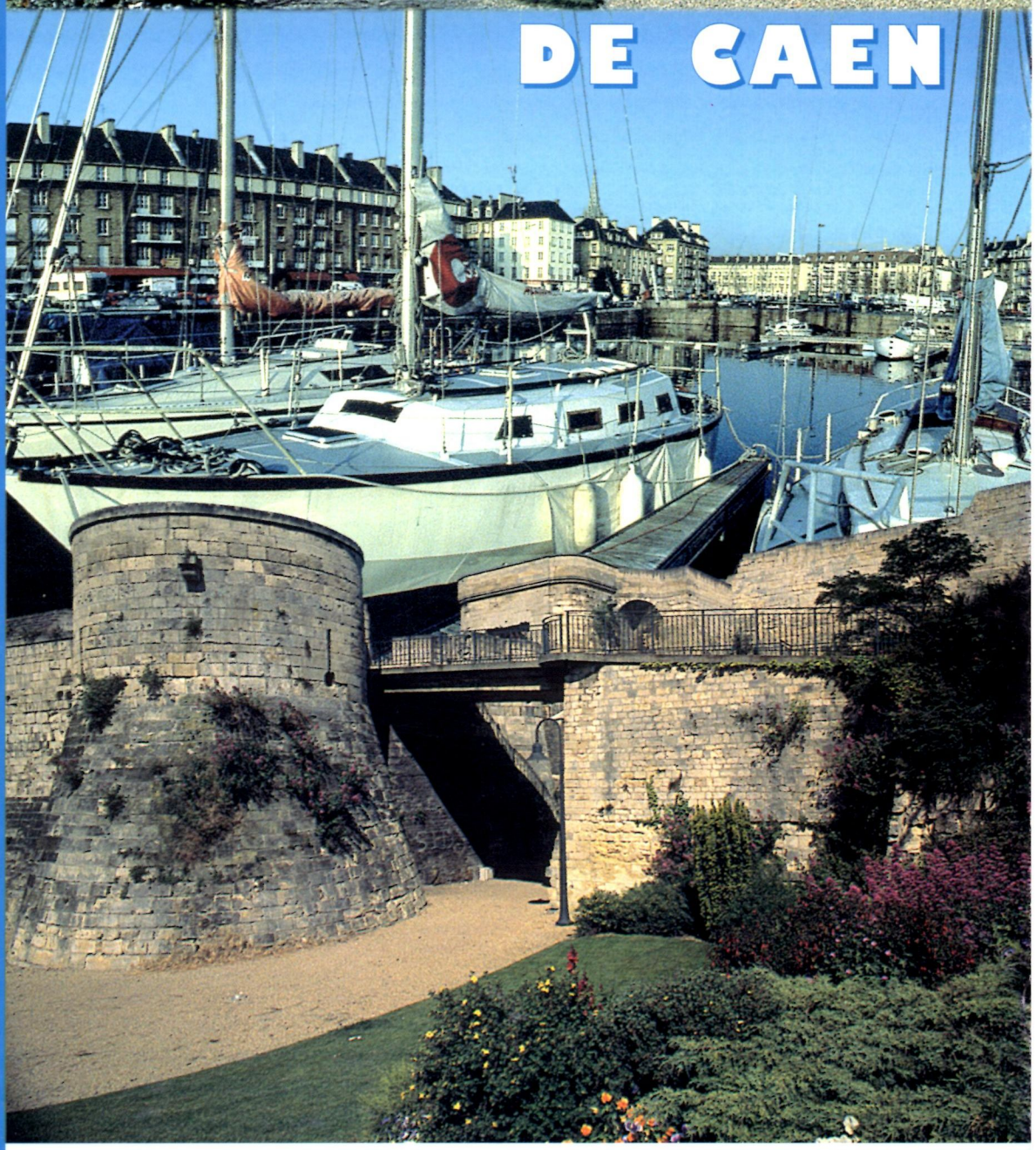
PRATIQUE & RECHERCHES

En Santé Mentale

N° 20



JOURNÉE DE CAEN



REVUE DE L'ASSOCIATION CROIX-MARINE DE BASSE-NORMANDIE

30 F

ISSN 1157-5135

SOMMAIRE

1 ÉDITORIAL

2 BRÈVES

3 INFOS FÉDÉRATION

Journée-rencontre de Caen, 16 mars 1998 :
PLACES ET IMAGES DU MALADE MENTAL

4 TÉMOIGNAGE, SUIVI DE RÉFLEXIONS
M. DESPRAIRIES, MEMBRE DE L'UNAFAM

6 LE SOUTIEN DES TUTEURS À L'INSERTION
M. GAUCHARD, DIRECTEUR DE L'ASSOCIATION TUTÉLAIRE CALVADOSIENNE

9 REGARD D'UN JOURNALISTE.
M. LETONSORER, JOURNALISTE À TSF 98

10 IMAGES DE LA FOLIE :
DE L'ÂGE CLASSIQUE À L'E(R)RE DES RÉFÉRENCES
DOCTEUR ALARY, C.H. DE SAINT-LÔ

PRATIQUE ET RECHERCHES

REVUE DE L'ASSOCIATION CROIX-MARINE BASSE-NORMANDIE

Fondation du Bon-Sauveur, 50360 PICAUVILLE
Tél. 02 33 21 84 00 (poste 8466) - Fax 02 33 21 85 14

Directeur de la publication : Jean-François GOLSE
Responsable de la rédaction : Philippe LAMOTTE
Secrétaire de rédaction : Maryse CORBET
Secrétaire adjointe : Maryline HAMELIN
Comité de rédaction : J.- N. LETELLIER, J. ANDERSON, M. PITON, G. BOITTIAUX, B NOUHAUD, T. JEGARD

Composition et impression : LOCOMOTIVE 02 33 07 54 09 COURCY
Photos : P. LAMOTTE PICAUVILLE
Secrétariat : 02 33 21 84 66

Dépôt légal : 2e trimestre 1998



ÉDITORIAL

Place Et Images du malade mental

"Osons parler de la schizophrénie", tel était le titre d'un atelier animé par le professeur Zarifian lors des dernières rencontres de la psychiatrie qui se sont tenues début avril à Paris.

Cette phrase lapidaire illustre bien le problème posé. Il est devenu en effet banal et facile de parler de dépression, de troubles anxieux, voire de troubles bipolaires de l'humeur mais il reste très difficile de parler de la schizophrénie qui continue de rassembler sous son nom l'essentiel du malheur associé à la notion de maladie mentale.

Il faut remarquer d'ailleurs que la classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement (CIM X) a généralisé l'utilisation du mot trouble à l'ensemble de la pathologie à l'exception… de la schizophrénie.

Changer les mots, changer leurs sens? Le débat ramené à ceci serait futile. Ce qui compte, c'est de débattre des mots, des faits et des réalités, contrastés d'ailleurs qu'ils recouvrent tant il est vrai que le débat et l'information qui remplacent les idées reçues par des connaissances sont un puissant moyen de modifier une image toute faite. Il reste très frappant de constater à quel point et en peu d'années, des campagnes d'information et des débats menés avec constances et détermination ont modifié l'image, au début très péjorative, du SIDA. Mais tout le monde s'y est mis; malades, professionnels, pouvoirs publics.

Il serait certes illusoire de penser qu'une modification des représentations sociales de la maladie mentale suffirait à transformer le sort des malades mentaux; bien d'autres facteurs sont en cause : qualité des soins et des thérapeutiques, qualité des résultats, politique d'insertion sociale et professionnelle, réhabilitation psychosociale… Mais ces différents facteurs sont en interaction constante : une image plus positive de la maladie mentale et de la psychiatrie permet par exemple des soins plus précoces et facilite l'insertion et la réhabilitation psychosociale.

Décidément, osons parler de la schizophrénie.

Le Président,
Jean-François GOLSE.

BRÈVES

par Thierry Jegard

CRÉATION D'UNE ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DES SOINS PALLIATIFS DANS LE NORD-COTENTIN

Le Journal Officiel du 21 février 1998 *(numéro 1139)* a officialisé la création de cette nouvelle association dont le siège social est situé au centre hospitalier de Valognes, avenue du 8 mai 1945.

Cette association bénévole fait appel à tous les intervenants, médecins, soignants, administratifs, familles, sympathisants qui souhaitent promouvoir les soins d'accompagnement spécifiques aux personnes parvenues au terme de leur existence.

L'objet des soins palliatifs est en effet d'apaiser les douleurs et l'angoisse, d'apporter le plus possible de confort et de réconfort à celui qui va mourir, d'accueillir et d'entourer sa famille pendant cette période difficile et même plus tard dans son deuil.

Parmi les objectifs de cette association, figurent la création d'un pôle de soins palliatifs au centre hospitalier de Valognes, le développement de la formation à ce type de prise en charge et la constitution d'un réseau de soins.

Le bureau de l'association est constitué de :
Président : docteur M. BIENVENU,
praticien hospitalier chef de service C.H. Valognes
Vice-président : Madame M. GOLIAS,
infirmière C.H. Valognes
Trésorier : Madame A. HÉBERT,
infirmière C.H. Valognes
Trésorier adjoint : Monsieur R. LECOLEY,
directeur du centre hospitalier de Valognes
Secrétaire : Madame F. TRAULLE,
secrétaire médicale C.H. Valognes
Secrétaire adjoint : Madame C. TYSON,
infirmière C.H. Valognes.
L'association invite toutes les personnes intéressées à la rejoindre.

Pour tout renseignement, contacter Madame TRAULLE C.H. Valognes (Tél. : 02 33 95 70 00, poste 7015)

DU NOUVEAU AU CPO D'ALENÇON

Le secteur d'Alençon a inauguré le 6 mars dernier son nouveau Centre Médico-Psychologique du cours Clémenceau. Cette structure a pris ses quartiers près du Centre Psychothérapique de l'Orne dans d'anciens locaux rénovés. Il rassemble les consultations médicales, psychologiques et infirmières et les structures intermédiaires (foyer, appartement, service d'accueil familial thérapeutique).

Pour sa part, le Centre Hospitalier d'Alençon va accueillir en septembre prochain, un espace d'accueil et d'accompagnement pour patients atteints de maladies chroniques dans le but d'améliorer la qualité de vie de ces personnes, en les aidant à assurer leurs propres soins avec un lieu d'accueil et d'écoute, un pôle pédagogique et de gestion du stress (mise en place de groupes de parole et de séances de relaxation), ce dernier point étant de la responsabilité de l'équipe du Docteur Anderson, chef de service au CPO.

Une subvention de 130 000 F de la Fondation du Crédit Local de France a été allouée pour ce projet.

VOTRE COURRIER

Adressez les nouvelles que vous souhaitez voir apparaître : soit directement à Madame Maryse CORBET, secrétaire de rédaction A.C.M.B.N., Secrétariat du Docteur GOLSE, 50360 Picauville, soit au Docteur PITON, correspondant de la revue pour le département du Calvados, ou au Docteur ANDERSON, correspondant pour le département de l'Orne.

BRÈVES

par Thierry Jegard

INFORMATIONS
"SOUFFRANCE SOCIALE ET PSYCHIATRIE"

Sous l'égide de la DRASS (référents : Mme DUPUIS, Dr PIEDNOIR) se tiendra les 26 et 27 novembre 1998 un colloque bas-normand sur le thème "souffrance sociale et psychiatrie". L'objectif est triple : approfondir la réflexion théorique, discuter des pratiques et mettre en valeur l'expérience et le savoir-faire bas-normand dans un domaine malheureusement d'actualité.

Le comité de pilotage associant les trois DDASS, la DRASS ainsi que les associations Prisme et Croix-Marine se réunit régulièrement et a, d'ores et déjà, prévu que, outre les interventions magistrales, se tiendront sept ateliers sur les thèmes suivants :

- la prévention
- la famille
- formation - organisation
- l'écoute
- la demande
- justice - psychiatrie - social
- les acteurs de terrain aux prises avec les contradictions entre l'économique et le lien social.

Au moment où vous lirez ces lignes, les argumentaires de ces ateliers auront été rédigés et les référents d'ateliers désignés.

L'association Croix-Marine, partie prenante de ce projet, et particulièrement intéressée par un thème à l'articulation du sanitaire et du social qu'elle avait commencé à traiter le 4 mars 1997 à Valognes, (*exclusion et santé mentale*), invite donc, bien au-delà de ses adhérents toutes les personnes qui nous lisent, à s'inscrire dans les groupes de travail et à participer à ce colloque.

Jean-François GOLSE
Président de Croix-Marine Basse-Normandie.

Infos Fédération

Contact : Serge LOQUET,
Délégué régional Croix-Marine Basse-Normandie.

RAPPEL POUR 1998

Les journées nationales Croix-Marine (journées de formation continue) se dérouleront cette année les 14, 15 et 16 septembre 1998 à Besançon sur le thème : "évolution des soins psychiatriques et du travail en équipe".

Le contenu du préprogramme est le suivant :

- **alliance thérapeutique** : familles et équipes de soins,
- **repères humains dans l'équipe** : fonction, rôle et statut,
- **différents lieux d'intervention** : équipe psychiatrique en milieu rural ou urbain,
- **place des outils opérationnels** : dossier de soins, réunions de synthèse, classification…,
- **rapports avec les usagers,**
- **culture hôpital général-hôpital psychiatrique,**
- **liaison entre équipe de psychiatrie enfant et de psychiatrie adulte.**

Renseignements : Christel HILAIRE
Tél. : 01 45 96 06 36
Fax : 01 45 96 06 05

3615 MENTALINFO. (2,23 F la minute)

La Fédération d'aide à la santé mentale Croix-Marine dispose depuis quelques mois de ce serveur minitel, premier annuaire de la santé mentale, qui permet aux professionnels, aux usagers et à tout public d'accéder en particulier aux 7251 établissements répertoriés dans le champ de la santé mentale pour les rubriques :

- soins,
- réadaptation,
- réinsertion,
- travail protégé,
- formation professionnelle,
- enseignement,
- etc.

REVUE FÉDÉRALE

Le conseil d'administration du 24 mars 1998 confirmait le déséquilibre financier important de la revue **"Pratiques en santé mentale"**.
Il suffirait pourtant de 60 nouveaux abonnements par région pour assurer la pérennité de son équilibre.
L'association Croix-Marine de Basse-Normandie ne saurait trop recommander à ses adhérents de s'abonner à la revue nationale ou, pour ceux qui le sont déjà, d'inciter leurs proches à le faire.

Infos Fédération

DIPLÔME INFIRMIER

En intégralité, la réponse faite par M. MAINVILLE, chef adjoint de cabinet de M. KOUCHNER, au président Clément BONNET qui avait attiré l'attention du ministre sur la situation particulière des infirmiers de secteur psychiatrique :

"Monsieur le Président,

Vous avez appelé l'attention de Monsieur Bernard KOUCHNER, Secrétaire d'État à la Santé, sur la situation des infirmiers de secteur psychiatrique.

Comme vous le savez, ces infirmiers, formés jusqu'en 1992, détiennent un diplôme qui n'est pas conforme à la directive européenne de 1977 relative aux infirmiers de soins généraux. Les infirmiers de secteur psychiatrique se sentent effectivement traités différemment de leurs confrères chargés des soins généraux, alors qu'ils ont les mêmes compétences réglementaires et la même carrière en milieu hospitalier.

Monsieur le Ministre a donc réuni les différents syndicats professionnels hospitaliers et libéraux pour trouver une solution qui lui interdit néanmoins de faire des propositions de modification de la directive européenne, car la Commission de Bruxelles y est farouchement opposée. Cette solution consiste, d'une part, à attribuer aux infirmiers psychiatriques un diplôme d'État reconnaissant leur égalité de traitement, et d'autre part, à leur ouvrir une passerelle vers le diplôme d'État infirmier, par le biais d'une formation complémentaire rendue obligatoire par l'état du droit communautaire.

Leurs lieux d'exercice seront en outre étendus, car ces professionnels peuvent rendre des services importants, notamment en milieu scolaire, pénitentiaire et en médecine préventive. Se pose par ailleurs le problème plus général de la politique de santé mentale. C'est dans ce cadre, et pour les infirmiers de soins généraux, que le Ministre envisage de créer une spécialisation en psychiatrie, comme il en existe déjà en puériculture ou en anesthésie.

J'espère que ces indications répondront à votre attente et je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes salutations distinguées."

Fédération d'aide à la santé mentale Croix-Marine
31, rue d'Amsterdam
75008 PARIS
Tél. : 01 45 96 06 36
Fax : 01 45 96 06 05

PLACE ET IMAGES DU MALADE MENTAL
Journée-rencontre de Caen, 16 mars 1998

Je viens vous apporter le témoignage d'une famille qui fait partie de l'UNAFAM (Union nationale des amis et des familles des malades mentaux). Les familles qui font partie de notre association (environ 7000 familles sur 8 500 adhérents) ont un des leurs, le plus souvent un fils ou une fille adulte, atteint de troubles psychiques. Deux fois sur trois, ces troubles sont du type schizophrénique. Notre témoignage concerne notre fille atteinte de troubles schizophréniques vers l'âge de 22 ans. Elle s'est suicidée voici bientôt 4 ans, à l'âge de 40 ans.

Qu'est-ce que la schizophrénie ?

Je reprends la définition du texte de consensus' : "le terme de schizophrénie désigne un groupe de psychoses marquées par l'altération de la vie psychique dans le secteur de la pensée, de l'affectivité, du dynamisme vital. Autour de ce processus de désagrégation s'ordonnent des syndromes cliniquement identifiables malgré l'absence d'étiologie et de symptomatologie spécifiques".

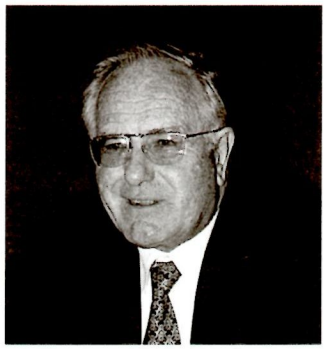
La schizophrénie est donc multiforme. On pourrait dire que chaque schizophrène a sa schizophrénie ou que les schizophrénies font partie d'une nébuleuse aux contours indécis. Au sujet des schizophrènes, il y a trois points qu'il faut absolument connaître :

- leur importance numérique. Par recensement, on obtient un ordre de grandeur de 1 % de la population, c'est-à-dire en Basse-Normandie 12000, plus de 500000 en France (5 fois plus que le sida).
- La population touchée : de jeunes adultes.
- La difficulté singulière du diagnostic, lequel nécessite souvent une très longue observation.

Témoignage

Claire était la quatrième de nos sept enfants. Elle était vive et gaie. À 18 ans, elle était une belle jeune fille ayant de la personnalité. Elle travaillait en dilettante et eut son bac sans se donner beaucoup d'efforts. Elle était douée pour les langues et rêvait d'aller faire du commerce à l'étranger. À 20 ans, alors qu'elle était élève en IUT commercial, elle abandonne les cours. Elle part travailler au pair en Angleterre, au Canada. Avec ses économies, elle voyage aux USA, en Allemagne. Elle reste quelque temps en Israël, dans un kibboutz, elle s'y plaît beaucoup.

Les premiers troubles sur-

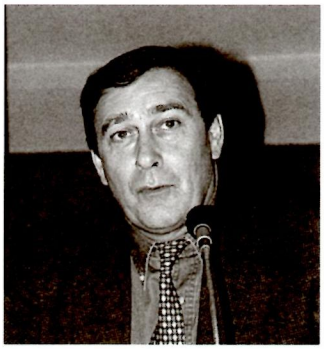


Témoignage, suivi de réflexions

Par M. DESPRAIRIES,
Membre de l'UNAFAM

viennent vers l'âge de 22 ans. Nous sommes désorientés. Nous savons aujourd'hui qu'il s'agissait de délires, d'hallucinations. Nous comprenons aujourd'hui que l'inimaginable désordre dans lequel elle vivait n'était qu'un reflet de ce qui se passait dans sa tête. Nous nous posions des questions : que se passe-t-il, qu'avons-nous fait pour que de telles choses arrivent ? nous ne comprenions pas.

Il faut s'arrêter sur ce mot "comprendre". Comprendre c'est concevoir mais aussi admettre. Nous ne comprenions pas parce que nous ne concevions pas et plus encore nous n'admettions pas. Cependant, dans notre couple, les regards étaient décalés. Nous savons aujourd'hui que c'est le cas le plus fréquent : la mère comprend avant le père, elle est intuitive, plus près des sources de la vie. Le père qui se veut rationnel reste longtemps incrédule. Pour Claire, l'époque des crises dura 10 à 12 ans. Il faut dire une épreuve qui s'appelle HDT (hospitalisation sur demande d'un tiers) : hospitalisation faite à notre demande et avec notre concours, épreuve insoutenable. Il faut dire notre désespoir, quand nous fut asséné sans explication un diagnostic



M. BLOUET, Conseiller Général, est intervenu lors de cette journée-rencontre

couperet. Ce n'est pas imaginable de nos jours. Il faut dire surtout la souffrance d'une jeune femme. En dehors des crises, il y avait le quotidien. Notre fille habitait près de chez nous et venait nous voir tous les jours. J'étais souvent au travail ou en voyage et sa mère était seule confrontée à la désespérance de son enfant, qui, dans un flot de paroles, recherchait un sens à sa vie. Mais en dehors des crises, il y avait des coins de ciel bleu, pendant un an. Claire s'est occupée d'une vieille dame cultivée. Toutes deux prenaient plaisir à converser en Anglais. Elles étaient très attachées l'une à l'autre. Claire était heureuse, mais la vieille dame mourut. Vers l'âge de 32 ans, Claire est réputée stabilisée. À cette époque, nous quittons la région parisienne et nous retrouvons Ouistreham où nous avons de vieilles attaches familiales. Claire est heureuse de ce changement. Elle s'installe à Hérouville Saint-Clair dans un petit appartement qu'elle arrange avec beaucoup de goût. Plusieurs essais de réinsertion échouent : ce qu'on lui propose est au-dessous de ses capacités intellectuelles et au-dessus de ses capacités à se plier à une norme. La solitude lui pèse de plus en plus, son masque se durcit, reflet de sa tristesse. Je veux terminer par un peu de ciel bleu : quand elle choisissait une cantate de Bach que nous écoutions ensemble, rassérénés, quand elle s'occupait de ses neveux qu'elle adorait et qu'elle ne voyait que trop rarement, l'un d'eux n'avait que 4 ans quand elle disparut, nous rappelait spontanément, il y a peu de temps, le beau souvenir qu'il avait gardé d'elle.

Réflexions

1- La psychiatrie ne doit pas avoir les yeux fixés sur le modèle somatique. En santé, la place du somatique est majeure. Par ailleurs, son modèle rassure. Une maladie est connue par ses paramètres, ses causes, l'homme est rassuré par ce qui lui semble rationnel.

2- Mais la réalité profonde de l'univers psychique est mystère. Étymologiquement "psyché" c'est un mot superbe, c'est "le souffle de la vie", "l'âme", "l'esprit", les cartésiens ajouteraient "la pensée". La psychiatrie fait appel à la biologie, à la psychologie, à la sociologie, mais elle ne peut être réduite à aucune de ces disciplines, elle est au-dessus.

3- La psychiatrie doit marquer sa spécificité, absolument, à travers le vocabulaire, pour commencer : le mot "maladie" doit être prohibé. Les classifications internationales parlent depuis longtemps de "disorders". Alignons-nous et parlons de "troubles". Si on ne veut plus parler de "maladie", il faut éviter le mot "malade". Le mot "malade" substantif, peut être remplacé par "patient". Le mot "malade", adjectif, est aisément remplaçable par "souffrant de". Le mot "mental" conduit à de multiples ambiguïtés : il renvoie à l'intelligence (cf. débile mental), il renvoie usuellement à la folie dans l'expression "maladie mentale", la maladie mentale est systématiquement confondue dans le grand public avec le "handicap mental". On rencontre fréquemment cette

confusion quand on parle "insertion".
En résumé, quand nous voulons parler des névroses, des psychoses etc, parlons de troubles psychiques. Disons : "untel souffre de troubles psychiques", ou, si l'on a défini ces troubles, disons : "untel souffre de troubles schizophréniques, d'anorexie, de dépression, etc."
En conclusion, la psychiatrie a beaucoup changé depuis vingt ans. Mais son image dans la société reste encore floue. On est tenté actuellement de faire appel à la psychiatrie pour résoudre des problèmes où elle ne devrait intervenir qu'au second degré.
La psychiatrie doit donner d'elle-même une image claire, une image forte et affirmer avec fierté sa spécificité. ■

1 *Conférence de consensus : "stratégies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizophréniques". Fédération française de psychiatrie et UNAFAM, janvier 1994.*

M. DESPRAIRIES,
UNAFAM
18, rue du
Dr-TILLAUX
14000 CAEN
Tél. 02 31 85 24 87

Le soutien des tuteurs à l'insertion

Par M. GAUCHARD,
Directeur de l'association tutélaire Calvadosienne



Parler de Tutelle, c'est utilement en préambule clarifier les différents dispositifs existants pour distinguer chacun d'eux et différencier le contenu et la portée des uns et des autres.

Parler de tutelle, c'est en effet sous un terme générique évoquer plusieurs dispositifs légaux que sont les mesures de Tutelle aux Prestations Sociales et les mesures de protection souvent appelées tutelles aux majeurs protégés.
Le premier dispositif mis en place par une loi du 18 octobre 1966 relative à la Tutelle aux Prestations Sociales, vise ou s'adresse à des bénéficiaires de prestations sociales en difficulté pour garantir leur sécurité matérielle, situation que les textes articulent autour, je cite : "*de conditions d'alimentation, de logement ou d'hygiène manifestement défectueuses ou lorsque les prestations ne sont pas utilisées dans l'intérêt du bénéficiaire*".
Ce dispositif concerne deux types de populations différentes. D'abord des familles qui ont la charge d'enfants et qui bénéficient de Prestations sociales à caractère familial. Nous sommes là dans le champ de la protection de l'enfance. C'est le juge des enfants qui a compétence pour le prononcé de telles mesures. Il désigne une personne morale, une association tutélaire pour exercer cette mesure auprès des familles en grande difficulté matérielle et confie à l'association une double mission : celle de gérer avec la famille les prestations sociales au mieux des intérêts des enfants et celle de permettre par l'action éducative que le délégué à la tutelle va engager une responsabilisation maximale de la famille pour garantir la sécurité matérielle des enfants et trouver ou retrouver autonomie d'action. Je ne m'attarderai pas sur ce dispositif même s'il peut être d'un réel soutien à l'insertion quand il permet à des parents malades mentaux, avec le concours des autres partenaires, de restituer ou de favoriser la responsabilité parentale en les aidant à assumer l'aspect matériel de l'éducation de leurs enfants.
Cette mesure de tutelle aux prestations sociales, loi 66, peut également concerner des adultes bénéficiaires d'une prestation sociale. Les plus importantes seront vite listées : le ***RMI, l'AAH, l'ACTP*** et plus récemment la ***PSD.***
Là également, il s'agit d'une situation matérielle de grande précarité dans laquelle l'adulte évolue.
La désignation du tuteur par le ***Juge des Tutelles du Tribunal d'Instance*** doit permettre une meilleure sécurité matérielle et favoriser un accompagnement et un soutien pour aider l'adulte à trouver ou retrouver la responsabilité dans la gestion de la réalité financière qui est la sienne. Dans ces deux situations les personnes concernées, familles ou adultes, gardent leur pleine capacité juridique. Ils gardent leurs droits civils. Ce sont les seules prestations dont ils sont bénéficiaires qui font l'objet de la mise sous tutelle et non les personnes. Ce sont des mesures dynamiques qui allient aide à la gestion et

accompagnement éducatif et qui sont moins privatives de liberté que les tutelles aux majeurs protégés.
Cette mesure de tutelles aux prestations sociales adulte, dénommée ***TPSA*** par les professionnels, mériterait un toilettage voire une refonte. Les études réalisées ou en cours, destinées aux ministères, démontrent que ce dispositif concerne des clientèles, en nombreux points comparables à celles des tutelles ou curatelles du Code Civil que nous évoquerons par la suite. Il concerne des adultes présentant des handicaps sociaux, familiaux, psychologiques etc. voire des états pathologiques, marginalisés ou risquant de le devenir, et vivant de revenus sociaux versés sous conditions de ressources.
Ces adultes présentent, en raison de l'un de ces handicaps ou de plusieurs facteurs surajoutés, toutes les caractéristiques d'une personne démunie, fragilisée au point de ne pouvoir envisager une réelle autonomie qu'au prix d'un accompagnement sur les plans tant de la vie quotidienne que de la gestion de ses revenus, la défense de ses droits administratifs et sociaux, sa santé, son insertion ou sa réinsertion sociale. Souvent ces populations font l'objet d'une mesure de protection du Code Civil (curatelle ou tutelle) alors qu'une tutelle à la prestation sociale, moins privative de liberté et de droits, serait une réponse pertinente à leur problématique. Aussi le prononcé des TPSA, comme alternative aux mesures d'incapacité du Code Civil, est-il à favoriser.
Aussi le "toilettage" de la loi de 18.10.1966, relative à la TPSA, est-il nécessaire pour permettre son extension aux clientèles décrites quand elles ne sont pas bénéficiaires de prestations sociales mais par exemple d'allocations de chômage ou de faibles rémunérations dans le cadre de stages de formation ou de contrats emploi solidarité.
La TPSA devenant alors une forme d'accompagnement, de conseil patrimonial et social, pourrait éviter le recours trop fréquent aux mesures majeur protégé de façon à ce que "l'incapacité" ne devienne pas le statut des pauvres. Sa finalité resterait un objectif d'insertion, de réinsertion personnelle, sociale, familiale, professionnelle, à partir d'un accompagnement social avec comme support pédagogique, la gestion des revenus et une action d'aide, pour une durée limitée dans le temps, sur décision judiciaire et renouvelable en fonction d'une véritable évaluation et d'objectifs de travail construits et contractualisables.

Le second dispositif, celui qui relève de la loi du 3 janvier 1968, concerne les majeurs protégés, secteur que vous connaissez bien. Nous retrouverons les trois régimes de protection que le Juge pourra mettre en place :

- **La Sauvegarde de Justice** qui est ouverte pour un majeur qui a besoin s'être protégé dans les actes de la vie civile
- **La Curatelle** qui est une mesure d'assistance. Le curateur assiste le majeur dans les actes juridiques lorsque, dit ***l'article 508 du Code Civil***, sans être hors d'état d'agir lui-même, il a besoin d'être conseillé ou contrôle dans les actes de la vie civile.
- **La Tutelle** qui est une mesure de représentation. La tutelle est ouverte quand le majeur a besoin d'être représenté d'une manière continue dans tous les actes de la vie civile.

Toutes ces mesures, à des degrés divers, sont privatives de liberté et de droits civils voire civiques. Aussi, ces mesures ont-elles leurs détracteurs qui mettent en avant le cadre coercitif de ces dispositifs juridiques et qui soulèvent l'aspect enfermant des libertés et de toute forme d'autonomie. Au risque de paraître provocateur et par trop réducteur, au risque de tomber dans des clichés faciles, je ne peux laisser passer l'envie de me faire l'avocat de ces détracteurs.
Quelle gageure, en effet, de parler de soutien du tuteur à l'insertion quand tous les actes du mandataire spécial dans la sauvegarde de justice, du curateur ou du tuteur tendent à les amener à se substituer au majeur protégé.
Quelle gageure de parler de liberté individuelle quand malgré l'arbitrage du Juge, le tuteur concentre entre ses mains tant de pouvoir et d'autorité.
Quelle gageure de parler insertion quand la ***loi de 68*** relative aux majeurs protégés fait converger ses finalités sur la gestion du patrimoine sans placer d'objectifs quant à l'accompagnement et le soutien de la personne.
Quelle inquiétude de voir grossir en courbe exponentielle le nombre de mesures de protection et le recours à ces mesures pour des personnes pour lesquelles les difficultés sont trop souvent d'ordre social et économique.
La tutelle devient trop souvent, nous semble-t-il, une mesure sociale de dernier recours lorsque les différentes tentatives d'interventions relevant de l'action sociale traditionnelle n'ont pu aboutir.
Ce sont les personnes que les effets de la précarisation conduisent à des situations d'extrême fragilité budgétaire, trop souvent destructives sur le plan psychologique. Conséquences que l'on décline alors, avec désocialisation, errance, absence de logement, dépendances multiples, dénuement extrême.



Quelle question que de constater la pression de la tenaille qui nous positionne entre les magistrats décideurs et gros pourvoyeurs de mesures, mais qui ne font par ailleurs que répondre à la demande, et les financeurs qui n'accompagnent pas les courbes de croissance pour nous doter de moyens nécessaires.

Quelle interrogation dans ce contexte quand les délégués à la tutelle voient leur charge de travail s'alourdir en même temps qu'ils voient les situations se complexifier et trop souvent les relais partenariaux s'évanouir.

Paradoxalement, si les courbes de croissance clignotent au rouge, si la charge de travail presse et si le recours de plus en plus fréquent à la mise en tutelle comme réponse "sociale" à des problèmes de plus en plus larges, tous ces indicateurs traduisent bien, en plus de problématiques recensées, l'évolution et la place de la tutelle comme réponse pertinente, devenue nécessité et sécurité, dans les dispositifs d'interventions sociales et médicales auprès des personnes protégées et en particulier les malades mentaux.

Dans cette évolution, est désormais admise, la place accordée à l'aide et à l'accompagnement à la personne, tant au niveau des discours politiques que des ambitions ou intentions, mais également au niveau des pratiques.

Une place de plus en plus importante est accordée à l'aide et l'accompagnement à la personne et sans aucun doute, cette dimension aujourd'hui reconnue, place la fonction tutélaire dans l'intervention de service social. Elle s'inscrit bien dans le soutien à l'insertion. Et là, je quitterai le camp des détracteurs pour rejoindre la défense des dispositifs tutélaires.

La défense de ceux qui sur le terrain et au quotidien accompagnent les malades mentaux et les personnes fragilisées, je veux parler des délégués à la tutelle, qui font du cadre légal d'intervention qui est le leur, un point d'appui, un levier pour passer de la contrainte tutélaire à une action d'autonomie et d'insertion. Dans le paradoxe encore, pour une mesure privative de libertés, synonyme de perte de droits civils et civiques, la référence au respect de la liberté des personnes est fondamentalement présente dans notre action, dans nos approches.



Bien sûr, cette question de liberté renvoie aux questions et aux réflexions sur les limites de l'autorité des délégués qui exercent les tutelles mais elle est centrale dans notre intervention et sert de référence pour l'orientation de notre pratique. Le souci de reconquête d'un espace de liberté, la finalité de "l'autonomisation" constituent et l'horizon idéal de l'intervention et sa finalité extrême. Cela peut sans doute apparaître antinomique quand il s'agit de mesures de tutelles qui se caractérisent par un retrait ou des pertes d'autonomie, mais c'est pourtant l'objectif des délégués à la tutelle et des associations tutélaires qui résolument travaillent dans une dynamique vers plus d'autonomie et de soutien à l'insertion. Bien sûr, nos objectifs vont se décliner en fonction des capacités et des potentialités de chacune des personnes protégées et au rythme gradué de leur évolution possible.

Ces objectifs vont passer par le quotidien de leur vie. Ils vont être liés à la satisfaction de leurs besoins immédiats, c'est une préoccupation importante pour le délégué que de s'assurer en priorité que ces besoins pourront être satisfaits. Vont dominer là les besoins alimentaires, vestimentaires, les besoins liés au logement qu'il faut rechercher, trouver, aménager, investir et habiter dans des conditions qui permettent un réel cadre de vie. Vont être présents également, les objectifs de protection de la personne face à tous les "dangers" qu'elle peut courir, tant les accidents et les violences qu'elle peut provoquer que ceux dont elle peut être victime. Le soutien à l'insertion va souvent passer aussi par le maintien à domicile, alternative à l'hospitalisation ou à l'accueil en structure.

En plus d'une présence et d'une organisation importante de la vie quotidienne, le délégué à la tutelle va souvent être le lien pour activer ou réactiver un réseau d'intervenants auprès du malade mental. À tous les niveaux, le délégué à la tutelle va viser une insertion et un équilibre de vie sociale. Les aspects matériels de la gestion d'argent et des biens des personnes, l'organisation de leurs conditions matérielles de vie sont le plus souvent possible associés à la satisfaction des besoins du majeur pour un mieux vivre et un mieux être.

Cet objectif va favoriser également l'intégration de la personne dans son environnement et lui permettre un cadre de vie socialisant et faciliter, autant que faire se peut, une vie relationnelle qui ne soit pas faite que de peurs, de heurts, de solitude et d'exclusion. C'est aussi un objectif de citoyenneté : essayer de faire en sorte que la personne reste ou redevienne "citoyen", qu'elle ait une vie de relation, qu'elle ne soit pas exclue. Notre mission c'est aussi faire en sorte que la personne soit un citoyen reconnu malgré la privation de tout ou partie de ses droits civils ou civiques.

Cette dynamique d'insertion

touche tous les aspects de la vie quotidienne et sociale des individus sans oublier tous les aspects professionnels et de formations quand ils sont accessibles ou en projet. Mais toujours nos objectifs vont introduire ou réintroduire la conquête ou la reconquête des libertés, la construction ou la reconstruction d'une citoyenneté, alors que la demande extérieure est pressante, que les attentes sont lourdes, nombreuses et de tous horizons.

Comme si le délégué à la tutelle devait réussir là où il est difficile de guérir et de soigner, comme si le délégué à la tutelle devait rassurer tous les partenaires parce qu'il est celui que veille au grain et qui en suppléance devrait garantir tout ce que la personne en souffrance ne peut assumer seule. ■

M. GAUCHARD
Directeur des services
Association tutélaire
Calvadosienne
61, route de Port en
Bessin, BP 344
14403 BAYEUX CEDEX
Tél. : 02 31 51 14 14



Regard d'un journaliste

Par M. LETONSORER,
journaliste à TSF 98

Cette journée est placée sous le thème de l'image et de la place du malade mental. Avant j'aimerais vous parler du cadre et du contexte qui m'ont amené à être en contact, à travailler avec différents publics. Je suis journaliste dans une radio locale associative et aussi responsable de cette radio. Je fais aussi partie des fondateurs. Il faut remonter à 1981 lorsque le monopole de radiodiffusion a été cassé. Des radios libres naissaient tous les jours. Soif de liberté, soif de différence aussi. Il n'y avait qu'une voix (ou presque) et tout à coup il y en eut des dizaines et des dizaines. Un véritable chambardement. Toutes les expériences devenaient possibles, la parole confisquée retrouvait sa liberté.

Avoir un micro et un émetteur ne suffit pas. Les projets petit à petit se sont affinés et le secteur de la radio a très rapidement évolué. Il s'ouvrait là, en effet, un champ de profit fantastique qui ne pouvait laisser indifférent un certain nombre de financiers. On peut identifier 2 grands secteurs : le secteur commercial, le secteur associatif. Les objectifs sont bien différents et les moyens vont l'être aussi très rapidement. TSF 98 a choisi de rester dans le secteur associatif.

Née de la volonté de donner la parole à tous, et en particulier à tous ceux qui ne l'ont pas, il nous a semblé que seul le secteur associatif pouvait nous permettre de faire aboutir notre projet ou du moins nous permettre d'aller le plus possible dans sa réalisation. C'est bien un désir de liberté qui nous a toujours guidés et un désir d'ouvrir le plus largement possible l'antenne à tous les horizons, à toutes les cultures, dans les limites d'un certain nombre de règles (règles de déontologie, respect des valeurs, etc.)

C'est bien dans ce cadre que j'ai été amené à travailler avec de nombreux publics, tous différents les uns des autres, individuels ou collectifs, dits normaux ou pas. Je ne suis pas éducateur, psy, travailleur social. C'est bien en tant que responsable d'une radio locale associative que j'accueille des animateurs radio. Ils sont là pour réaliser une émission, c'est un objectif que l'on réalise depuis maintenant de nombreuses années.

Quel est donc le regard que porte le journaliste sur ce public? J'avoue qu'il a fallu que je réfléchisse longuement pour essayer d'apporter une réponse à cette question. Remonter très longtemps en arrière, le premier atelier radio à plus de dix ans maintenant. La première demande est venue de la structure, le foyer Cluny. Il y en eut d'autres depuis. Nous avons répondu oui, assez rapidement parce qu'il nous semblait que cette activité faisait partie intégrante de notre projet. Cependant cela n'a pas été sans nous poser des questions, auxquelles nous n'avions pas vraiment de réponses. Il faut aussi reconnaître une certaine peur. C'était l'inconnu auquel nous allions être confrontés. Nous maîtrisions l'outil radio. Nous commencions à bien maîtriser l'approche et l'apprentissage pour des bénévoles qui avaient un projet d'émission et souvent leur seule bonne volonté pour toute technique.

Avec ce nouveau public, nous étions un peu désemparés avant le démarrage de l'atelier proprement dit. C'est un public que nous ne connaissions pas du tout. Le projet d'émission était bien là, mais quels rapports allions-nous

avoir avec eux? Nous n'étions pas du tout formés pour accueillir ce genre de public, comment allions-nous réagir? et eux comment allaient-ils réagir vis-à-vis de nous? autant de questions qui très vite ont trouvé des réponses. Avant que l'on ne commence l'atelier bien sûr, mais principalement quand l'atelier a démarré vraiment, lorsque nous apprenions à nous connaître.

Ce qui a été primordial dans nos rapports : la radio, la conception de l'émission, se retrouver tous autour de la table pour discuter d'une seule chose, quel était notre prochain sujet, comment allions-nous le traiter. Cela est passé aussi par la phase d'apprentissage : de l'utilisation du matériel, de la parole, ce n'est pas la même lorsque l'on est devant le micro ou simplement entre nous, de la construction d'une émission.

La question que l'on peut se poser : quelle différence y a-t-il dans ce processus entre les animateurs bénévoles et ce public particulier? je ne peux m'empêcher de penser à cette réflexion d'un salarié du CAT. Nous réalisions une émission au CAT, nous étions allés voir le film le 8e jour, l'émission portait sur le film. Nous en avons discuté et la question de la différence est venue. Question précise d'un éducateur : "***le 8e jour***, *c'est la différence que l'on doit accepter. Qu'en pensez-vous?*" La réponse d'un des salariés est venue, très rapide : "*quelle différence, il n'y a pas de différence entre nous! tu sais quelle différence il y a entre toi et nous? c'est que toi tu poses des questions bêtes...*" cet atelier, comme tous les autres fait partie maintenant intégrante de la radio. Les émissions sont programmées dans la grille.

Le seul problème qui reste : elles sont produites à un rythme aléatoire et ne peuvent donc pas être incluses dans la grille que nous éditons en début d'année. Par contre j'ai l'impression que ces animateurs ont le sentiment d'appartenir à la radio et par conséquent d'avoir des responsabilités par rapport à ce qui est diffusé. ■

M. LETONSORER
Journaliste à TSF 98
1010, quartier des belles portes
14200 Hérouville Saint Clair
Tél. : 02 31 43 98 98

Images de la folie : de l'âge classique à l'è(r)re des références

Par le docteur ALARY,
C.H. de Saint-Lô



Quelques définitions[1]...

La folie

1. Dérèglement mental, démence.
2. Manque de jugement, aveuglement, inconscience.
3. Idées, paroles, actions déraisonnables, insensées.
4. Dépenses excessives.
5. Engouement, passion, vif penchant pour quelque chose.
6. Faire avec passion, éperdument, excessivement : aimer...

Mais aussi : maison de plaisance, premier nom des épigrammes (XV^e siècle).

L'aliénation

1. Transmission volontaire à autrui de la propriété d'un bien ou d'un droit
2. État de quelqu'un qui est aliéné, qui a perdu son libre arbitre
3. État d'un sujet dont les facultés mentales sont gravement altérées et ne lui permettent plus de mener une existence compatible avec la vie sociale.

En philosophie : - chez HEGEL, la ***Fremdheit*** *traduit une perte de soi, l'esprit perdant sa liberté dans les choses ou dans un langage dévié de son sens. "Ce que l'on expérimente[2] dans ce monde, c'est que ni les essences effectives du pouvoir et de la richesse ni leurs concepts déterminés, bien et mal ou la conscience du bien et du mal, n'ont de vérité; mais tous ces moments se pervertissent plutôt l'un dans l'autre et chacun est le contraire de soi-même"[3].*

Chez MARX, en référence à la division du travail, "l'action propre de l'homme se transforme pour lui en puissance étrangère qui s'oppose à lui et l'asservit au lieu qu'il la domine". ALTHUSSER a remarqué que la théorie de l'aliénation n'a constitué que le premier état du marxisme et n'apparaissait pas dans le capital et les écrits ultérieurs. "L'aliénation ne constitue pas une véritable critique des formes de l'objectivité économique"[4].

Un peu d'histoire...

XX^e siècle avant J.-C.

Papyrus de Kahoun, plus

ancien document médical connu, traitant pour la psychiatrie de l'hystérie.

XIX^e siècle avant J.-C.
À Babylone, les *asu* (médecins) et les *wasipu* (exorcistes) se partagent les soins. Le *barum* (devin) prédit l'avenir. Ébauche de pharmacopée, du diagnostic clinique séparé de la divination et base du pronostic.

Antiquité grecque
- HIPPOCRATE et la tradition hippocratique. Définition de l'hystérie proche de celle des Égyptiens. La tradition hippocratique domine la médecine gréco-latine même si certains introduisent des variantes, ainsi le traitement égyptien est enrichi du mariage pour les jeunes filles et du remariage pour les veuves. L'hystérie est attribuée, comme chez les Égyptiens, à des mouvements de l'utérus qui compriment les autres organes. La thérapeutique est basée sur le fait que l'utérus est un être vivant qui se déplace au travers du corps (cf. prolapsus). Il faudra attendre JORDAN, au XVII^e siècle, pour que le siège de l'hystérie ne soit plus l'utérus mais le cerveau.
- SORAMUS D'ÉPHÈSE introduit la relaxation comme méthode thérapeutique.
- ARÉTÉE DE CAPADOCE montre que l'hystérie est aussi masculine (cathocus).

Antiquité romaine
GALIEN nie que l'hystérie est liée à un déplacement de l'utérus dans l'organisme féminin. La cause sexuelle de la maladie est maintenue, mais rapportée à une rétention, dans l'utérus, d'un liquide équivalent au liquide séminal.

354-430
SAINT AUGUSTIN : il y a une relation entre péché et érotisme, le plaisir sexuel est l'œuvre des esprits malins, la continence sexuelle est une vertu. De plus, existe une distinction (dont les bases ne sont pas précisées) entre maladie (châtiment envoyé par Dieu) et possession.
- disparition de l'étiologie sexuelle de l'hystérie jusqu'à la fin du XVIIIe siècle.
- bulle d'INNOCENT VIII (484) sur la lutte contre les sorcières.
- inquisition et bûchers.
- la médecine devient l'exclusivité des hommes d'église, partagés plus ou moins tacitement avec les empiriques et les guérisseurs.

Au Moyen Âge, la folie fera partie intégrante de l'expérience de chacun en tant que catégorie du sacré. Mais l'église y verra le signe d'une possession démoniaque : la folie est à la fois le règne de Satan et la fin du monde. Cette assimilation du fou à l'hérétique et au sorcier va persister jusqu'à la fin du XV^e siècle. L'errance[5] et le bûcher représentent alors les deux modes de persécution du fou.
De tout temps, et la sorcière en sera la plus exemplaire illustration avec le fou, la structure de la croyance est liée à la structure de la société ce qui produit un code permanent permettant de repérer les individus et les suspects. Dans ces jeux de miroirs, la sorcière, comme l'hystérique, est d'abord une femme[6] et a un rôle constant, ambigu, créateur et destructeur. E. BADINTER situe cette malédiction à partir de 2 textes :
- le livre de la genèse, en trois actes :

1 La création de l'homme. Le voyant déçu de ne pas trouver de compagne, Dieu rendort Adam, lui prend une côte et forme autour un tissu de chair. Ainsi naquit la femme.
2 La femme, responsable du péché, est responsable de la perte de l'homme
3 Les malédictions : j'aggraverai tes labeurs et tu accoucheras dans la douleur
La femme devient coupable du malheur de l'homme et est assimilée au serpent, c'est-à-dire au démon tentateur.

- SAINT AUGUSTIN affirme : "*la femme est une bête qui n'est pas ferme, ni stable, ni haineuse, nourrissant de mauvaises pensées. Elle est la source de toutes les querelles et injustices*".

Cette malédiction originelle trouve son pendant dans les cultes païens (cultes de la fertilité, de Diane chasseresse, de Dyonisos) ou l'on retrouve d'ailleurs volontiers le thème incestueux mère-fils passé "pudiquement" sous silence dans la Bible[7].
Il est intéressant de noter que, jusqu'à SAINT AUGUSTIN, on en était resté au Concile d'Ancyne (314) qui stipulait que "*c'est un péché de croire à des propos de folles qui se croient possédées par le démon*".

X^e siècle
Développement de la médecine Arabe, influencée par HIPPOCRATE et la médecine indienne.
IBN SINNA (*AVICENNE*) écrit les Canons de la Médecine. C'est la base de la culture médicale des pays d'Islam mais aussi de l'Occident chrétien.
AL RAZI décrit la rougeole et la variole.

XIII^e siècle
IBN AL NAFIS décrit la petite circulation.

XVI^e siècle
Jean WIER écrit que "*les prétendues sorcelleries sont le fait de pauvres vieilles à l'esprit chancelant, dépressives ou affolées, trompées par le diable*".
PARACELSE pense que "*la nature est la seule origine des maladies attribuées à la sorcellerie*".
Apparition des ***Narrenschift***, dont *la Nef des Fous* de Bosch. La nef des fous fait son apparition dans le paysage imaginaire de la Renaissance, étrange bateau ivre qui file le long des fleuves de Rhénanie et des canaux flamands, traverse un paysage de délices où tout est offert au désir. La folie est alors une des formes même de la raison : "*il n'est de pire folie que de ne pas savoir quelle part de folie est la sienne*".
Au XV^e et au XVI^e siècles, la folie devient l'enjeu du conflit religion-médecine mentale. L'Édit de 1656 crée 5 maisons (la Pitié, la Salpêtrière, la Savonnerie, Bicêtre et Scipion). En 1662, la mesure d'enfermement est étendue à tout le royaume. Vénériens, dissipateurs, oisifs, homosexuels, blasphémateurs, alchimistes, libertins, fous :

toute une population bariolée se trouve soudainement recluse dans les asiles qui deviendront, deux siècles plus tard, le champ clos de la folie. Enfermée, la folie va cependant devenir l'objet d'études et d'expérimentations approfondies de la part des médecins car si, dans son mode de traitement, la folie prend le visage de l'animalité et si l'asile s'identifie bien souvent au bestiaire, la médecine mentale s'attache à l'assimiler à la maladie. WILLIS, SYDENHAM et Lazare RIVIÈRE rattachent les effets de la folie à des lésions organiques.
Les fous sont chassés des villes, ancrage de la tradition des pèlerinages et des saints guérisseurs.

XVII^e siècle

ZACCHIA (1584-1659) esquisse les principes de la psychologie juridique moderne dans les questions médico-légales. Il emploie pour la première fois le terme de démence pour désigner les états d'aliénation mentale et insiste sur la nécessité d'une compréhension médicale du fou et de son irresponsabilité pénale. L'ordonnance de 1670 associe démence et irresponsabilité en déclarant que "*les furieux ou insensés n'ayant aucune volonté ne doivent pas être punis, l'étant assez de leur propre folie*".
Charles LEPOIS, médecin de Charles III de Lorraine, affirme que le cerveau est le siège de l'hystérie.
La médecine se sépare de la religion.
• 1672 : COLBERT interdit les bûchers.

XVIII^e siècle

Les fous sont mal nourris, couverts de haillons, chargés de chaînes et de colliers de fer, confinés dans des cabanons, couchés sur une paille pourrie. Ils sont offerts en spectacle à la bonne conscience d'une raison sûre d'elle-même. En France, la promenade à Bicêtre et le spectacle public des grands insensés demeure jusqu'à la révolution l'une des distractions dominicales de la bourgeoisie.



Lors de la révolution française, PINEL (1745-1826), à Bicêtre, délivre les aliénés de leurs chaînes. En Angleterre, W. TUCKER fonde avec la secte des Quakers une maison de santé où le fou n'est plus soumis à la rigueur corporelle. PINEL, et avant lui BOISSIER de SAUVAGES, imitant les méthodes des zoologistes et des botanistes, donnent une description détaillée des états d'aliénation mentale et élaborent des classifications minutieuses.
Le premier à formuler la théorie des monomanies est ESQUIROL qui inscrit dans la maladie mentale une virtualité dangereuse, créant ainsi une brèche ou pourra s'engouffrer l'appareil judiciaire par le biais de l'expertise.
• 1766 : MESMER publie sa thèse sur "*l'influence des planètes sur la santé*".
• 1773 : MESMER guérit Mlle OESTERLINE (qui a une hystérie de conversion) en apposant des aimants sur les parties malades de son corps. Il passe du magnétisme minéral au magnétisme animal. Utilisation de la catharsis. Il va être interdit d'exercice.
• 1789 : La Révolution Française pose le principe de la liberté individuelle, principe fondamental de la psychiatrie.
• 1793 : PINEL libère le fou de sa condition d'aliéné, "*brise ses chaînes*" pour le consacrer comme malade.
• 1796 : CULEN introduit le terme de névrose, maladies du système nerveux qu'on appellerait aujourd'hui psychosomatiques.

XIX^e siècle

La criminalité s'accroît et les juridictions pénales vont faire appel au concours de toutes les sciences de l'homme et singulièrement au psychiatre.
• 1822 : BAYLE décrit les premières formes typiques des maladies mentales et leur évolution.
Suivront ESQUIROL, LASÈGUE, BAILLARGER, RÉGIS, WERNICKE et KRAEPELIN, en Allemagne dont l'œuvre, à la fin du siècle, marque l'apogée de ce type d'approche.
• 1838 : vote de la "*législation sur les aliénés et les enfants assistés*". Elle pose, selon FOUCAULT le problème d'un véritable retour de la chasse aux sorcières en organisant l'internement administratif dans des établissements publics ou privés "*d'individus dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui*". Elle ouvre également la voie à l'association d'un traitement psychiatrique et d'une répression pénale judiciaire.
La folie est "cernée" par la raison et devient maladie. La médecine mentale se constitue sur le modèle de la médecine du corps. Les grands aliénistes cherchent à attribuer chaque maladie mentale à une lésion organique déterminée et, à défaut d'une cause organique indiscutable, ils se contentent de notions comme l'hérédité ou la dégénérescence (que l'on retrouvera dans la littérature naturaliste, par exemple ZOLA ou GABORIAU).
• 1850 : Ernst VON FEUCHTERSLABEN introduit les termes de Psychose, Psychiatre. Il préconise la psychothérapie et recommande

l'analyse des rêves.

• 1853 : CARTER introduit le terme de refoulement, la cause la plus fréquente de l'hystérie étant "*les passions sexuelles et les efforts faits par le malade pour les cacher et les refouler*".

• 1856 : Naissance de FREUD. Il s'installe à Vienne à l'âge de 4 ans après la ruine de son père. En 1873, il débute ses études de Médecine et entre, en 1876, dans un laboratoire de physiologie où il manquera de peu la découverte du neurone (1891). Il se lie avec Breuer et termine ses études en 1881, abandonnant, pour des raisons matérielles, la carrière de chercheur. En 1884, il découvre les propriétés analgésiques de la cocaïne, pressent ses propriétés anesthésiantes, expérimentant le produit sur lui-même, mais arrête ses recherches du fait de ses fiançailles. En 1885, neurologue, il fait un premier séjour en France, à la Salpêtrière, chez CHARCOT où il observe les effets sur l'hystérie de l'hypnose et de la suggestion. Il traduira les œuvres de CHARCOT en 1886. Un second séjour en France, en 1889, chez BERNHEIM à Nancy, l'amène à s'interroger sur les limites de l'hypnose.

De retour à Vienne, il travaille avec BREUER avec lequel il rompra brutalement en 1896, après une conférence sur l'étiologie sexuelle de l'hystérie qui fait scandale. Il débute alors son auto-analyse, au travers d'une correspondance avec W. FLIESS qui durera 10 ans. Pendant cette période, il n'a ni disciple, ni collaborateur.

Après avoir utilisé la technique cathartique, il recourt donc à l'hypnose puis à la suggestion à l'état de veille (1895-1899). En 1897, il met en évidence le complexe d'Œdipe, en 1899, les souvenirs écrans et en 1900 l'interprétation des rêves, pour la première fois objet d'étude scientifique.

XX^{e} siècle

Progressivement, Freud, à l'instar de BERNHEIM, montre que les événements traumatisants ne sont pas oubliés mais refoulés. Leur remémoration entraîne des résistances.

Pour lever ces résistances, il faut aider le patient à abandonner toute attitude critique et à interpréter le matériel fourni → règle fondamentale de libre association. 1905 → 1920 : développement du mouvement psychanalytique et les premières ruptures. Puis élargissement (limité) international : JONES (Toronto puis Londres), ABRAHAM (Berlin), FERENCZI (Budapest). La psychanalyse ne deviendra vraiment internationale qu'après 1920. Le premier ouvrage publié en France l'est en 1914 par RÉGIS et HESNARD.

À partir de 1920, après la guerre, FREUD modifie radicalement sa théorie avec l'introduction de la notion de pulsion de mort (***Thanatos***), notion qui "s'impose" à lui, et qui est opposée à la pulsion de vie.

En 1923, il donne le 2e topique (Moi, Ça, Surmoi).

Avec FREUD, la folie cesse d'être absurde et incompréhensible. Elle est chargée de sens et représente une tentative pour exprimer des problèmes trouvant leur origine dans l'enfance. De l'inventaire des symptômes, la psychanalyse passe à l'étude du fonctionnement mental, rompant avec la tradition *Kraepelinienne*, l'intérêt se déplaçant de la maladie au malade. C'est l'émergence du sujet.

Après sa mort (en 1923, il subit une première intervention pour un cancer de la mâchoire qui l'emportera en 1939. Dès cette époque, le problème de la mort est très présent dans sa vie. En 1938, il s'installe à Londres pour fuir les nazis), la psychanalyse se développe de façon exubérante en Angleterre et aux USA, elle régresse dans les pays de langue allemande et se développe beaucoup en France à partir de 1926 puis dans les pays latins.

On peut distinguer depuis quatre grandes tendances :

- à la suite d'ABRAHAM, il s'agit de pénétrer dans un passé plus reculé, d'aller au plus profond de l'inconscient. Cette orientation sera marquée, en Angleterre et culmine avec Mélanie KLEIN qui met en évidence l'importance des conflits des premiers mois. Ainsi, les notions de stade, ou d'angoisse de castration données par FREUD sont secondarisées, voire considérées comme superficielles.
- une seconde tendance met l'accent sur les conflits actuels de l'individu avec l'entourage, un représentant typique, HORNEY, insiste sur le fait que le névrosé est partagé entre son besoin de dépendance passive et sa défense active contre une société hostile.
- la troisième tendance, représentée par la fille de FREUD, Anna, insiste sur la fonction intégrative du Moi, étudiée à la fois dans sa relation avec le monde extérieur et dans sa relation avec le monde intérieur des pulsions.
- la quatrième tendance est représentée en France par son fondateur, J. LACAN. Né en 1901, il passe sa thèse en 1932 (de la psychose paranoïaque...). Dès 1936, il met en évidence le stade du miroir, qui subjective le sujet, le différencie de l'autre qui devient étranger et fonde les registres imaginaire et symbolique. Dès 1950, époque où il débute son enseignement, il insiste sur le retour à FREUD. Mais, son utilisation du structuralisme, de la linguistique, le fait qu'il se situe de plus en plus dans le champ de l'anthropologie le marginalise par rapport aux instances officielles (IPA). Une scission intervient en 1953 mais, il faudra attendre 1964 pour qu'il fonde sa propre école, l'EFP. Il la dissout en 1980, quelques mois avant sa mort en 1981, laissant derrière lui, après moult scissions, un appareil théorique considérable, mais aussi une myriade d'institutions.

Aliénation et sujet de la folie

Le XX[e] siècle, c'est aussi la psychiatrie sociale, la sectorisation, la psychothérapie institutionnelle, la désinstitutionnalisation, sur laquelle il y aurait à réfléchir autrement qu'en termes militants (New-York et Cogoletto), la chimiothérapie (la camisole chimique pour les uns, la liberté des malades mentaux pour les autres), le glissement de la maladie mentale à la santé mentale et l'on pourrait continuer ainsi dans un inventaire à la PRÉVERT tant le monde de la maladie mentale s'est complexifié et diversifié en sortant des murs et en se rouvrant au monde.

M. FOUCAULT[8], pour qui la folie est une structure globale de l'être répondant aux contradictions de la réalité sociale, affirme la radicale hétérogénéité de la maladie mentale et de la maladie organique. La folie se constitue en porte parole des incohérences de la structure sociale. C'est aussi la position des antipsychiatres comme les Anglais LAING et COOPER et l'italien F. BASAGLIA.

Très souvent[9], on considère que Michel FOUCAULT comprend le moment de fondation de la psychiatrie (à savoir, au sens large, l'œuvre de PINEL) comme la poursuite (sous caution scientifique) d'un large mouvement d'exclusion des fous qui aurait commencé dès l'âge classique avec le grand renfermement du monde de la déraison dans l'Hôpital Général. Les analyses de Gladys SWAIN[10] et de Marcel GAUCHET tentent au contraire de ressaisir l'œuvre de PINEL dans la perspective d'une inclusion du monde de la folie. Enfermer l'insensé en compagnie du libertin, de l'homosexuel, du dissipateur de fortune et du blasphémateur, c'est considérer que le fou est coupable de sa folie. Pour une perception classique, le fou est celui qui choisit librement l'erreur. S'il est coupable de sa folie c'est qu'il en est en même temps le sujet. L'avènement de la modernité coïnciderait pour FOUCAULT au contraire avec une objectivation complète et sans reste de la folie. Le fou commencerait à exister sous le regard du psychiatre comme cet objet dont il détiendrait, lui, psychiatre, la définition exacte. La reconnaissance d'une innocence fondamentale du fou aurait alors comme revers immédiat son enfermement.

Pour Gladys SWAIN, l'œuvre de PINEL signifie au contraire l'émergence d'une relation humaine à l'insensé, c'est-à-dire la reconnaissance de la possibilité d'un dialogue avec lui. Il n'y a pas de fou, qui soit assez enfermé dans sa folie pour qu'on ne puisse communiquer avec ce qui, en lui, reste préservé du délire. PINEL (dans le Traité médico-philosophique de l'aliénation mentale) suppose un sujet de la folie, celui qui, dans le fou, se refuse à sa folie, ou se trouve à distance d'elle. G. SWAIN voit dans l'érection des murs non le symbole de l'exclusion qu'y verra FOUCAULT, mais le souci d'une exacte spécialisation des établissements consacrés au traitement des aliénés qui se manifeste un peu partout mais s'est manifesté auparavant dans l'histoire, ailleurs il est vrai, dans le monde islamique et sans laisser de postérité efficace[11].

Délivrant les fous des vieilles hantises, des superstitions et des terreurs séculaires en les délivrant de leurs chaînes, ils en auraient, du même coup, permis à terme une approche non seulement sans concession à des préjugés irréfléchis et donc positive, mais encore compréhensive et frayant la voie d'une reconnaissance du sens dans l'apparemment insensé où se fonde le possible d'une psychothérapie vraie.

Le commerce thérapeutique se comprend alors comme la tentative d'éveiller toujours plus à lui-même le sujet privé par sa folie. Ce sujet qui sert de point d'attaque à l'action thérapeutique est un sujet raisonnable, un sujet de dialogue, et non pas une singularité irréductible. La subjectivation de la folie selon SWAIN signifie l'effort de la part du psychiatre pour éveiller à lui-même ce sujet raisonnable qui continue à exister dans le fou.

La signification du geste libérateur de PINEL et de TUCKER n'est intelligible, pour FOUCAULT, qu'à la condition de le replacer dans une trame historique dont il constitue comme l'aboutissement, et dont les fils majeurs se sont noués un siècle et demi plus tôt lors du coup de force contre la déraison sur lequel s'est instauré l'ordre de la raison classique : le grand renfermement. Rien de plus dans l'apparition de l'asile et l'idéal philanthropique de ses promoteurs que le résultat d'un ultime remaniement interne de l'espace d'enfermement mis en place autour des années 1650.

En tout cas, les écrits de SWAIN et de FOUCAULT nous permettent de penser deux modèles de subjectivation. La reconnaissance, d'une part, et d'autre part la résistance. Peut-être toute relation à la folie oscille-t-elle inévitablement entre le montage spontané de structures de reconnaissance et de points de résistance. Ils posent cette question unique : comment faire pour que, dans le rapport à la folie et au fou, la subjectivation ne soit pas un assujettissement, que l'éveil d'un sujet à lui-même ne soit pas l'imposition forcée d'identités.

"Tantôt on voit trop de folie et tantôt pas assez. La folie n'est pas dans sa visibilité, et c'est ce qui fonde l'existence d'un spécialiste de la folie, formé à la percevoir par-delà le piège des apparences. Le mythe à cet égard est efficacement énonciatif de l'origine de la science justement dite "spéciale" : il en dit en effet quelque part la raison d'être et la nécessité, à savoir que le regard psychiatrique doit se conquérir

Aliénation et sujet de la folie

Le XX[e] siècle, c'est aussi la psychiatrie sociale, la sectorisation, la psychothérapie institutionnelle, la désinstitutionnalisation, sur laquelle il y aurait à réfléchir autrement qu'en termes militants (New-York et Cogoletto), la chimiothérapie (la camisole chimique pour les uns, la liberté des malades mentaux pour les autres), le glissement de la maladie mentale à la santé mentale et l'on pourrait continuer ainsi dans un inventaire à la PRÉVERT tant le monde de la maladie mentale s'est complexifié et diversifié en sortant des murs et en se rouvrant au monde.

M. FOUCAULT[8], pour qui la folie est une structure globale de l'être répondant aux contradictions de la réalité sociale, affirme la radicale hétérogénéité de la maladie mentale et de la maladie organique. La folie se constitue en porte parole des incohérences de la structure sociale. C'est aussi la position des antipsychiatres comme les Anglais LAING et COOPER et l'italien F. BASAGLIA.

Très souvent[9], on considère que Michel FOUCAULT comprend le moment de fondation de la psychiatrie (à savoir, au sens large, l'œuvre de PINEL) comme la poursuite (sous caution scientifique) d'un large mouvement d'exclusion des fous qui aurait commencé dès l'âge classique avec le grand renfermement du monde de la déraison dans l'Hôpital Général. Les analyses de Gladys SWAIN[10] et de Marcel GAUCHET tentent au contraire de ressaisir l'œuvre de PINEL dans la perspective d'une inclusion du monde de la folie. Enfermer l'insensé en compagnie du libertin, de l'homosexuel, du dissipateur de fortune et du blasphémateur, c'est considérer que le fou est coupable de sa folie. Pour une perception classique, le fou est celui qui choisit librement l'erreur. S'il est coupable de sa folie c'est qu'il en est en même temps le sujet. L'avènement de la modernité coïnciderait pour FOUCAULT au contraire avec une objectivation complète et sans reste de la folie. Le fou commencerait à exister sous le regard du psychiatre comme cet objet dont il détiendrait, lui, psychiatre, la définition exacte. La reconnaissance d'une innocence fondamentale du fou aurait alors comme revers immédiat son enfermement.

Pour Gladys SWAIN, l'œuvre de PINEL signifie au contraire l'émergence d'une relation humaine à l'insensé, c'est-à-dire la reconnaissance de la possibilité d'un dialogue avec lui. Il n'y a pas de fou, qui soit assez enfermé dans sa folie pour qu'on ne puisse communiquer avec ce qui, en lui, reste préservé du délire. PINEL (dans le Traité médico-philosophique de l'aliénation mentale) suppose un sujet de la folie, celui qui, dans le fou, se refuse à sa folie, ou se trouve à distance d'elle. G. SWAIN voit dans l'érection des murs non le symbole de l'exclusion qu'y verra FOUCAULT, mais le souci d'une exacte spécialisation des établissements consacrés au traitement des aliénés qui se manifeste un peu partout mais s'est manifesté auparavant dans l'histoire, ailleurs il est vrai, dans le monde islamique et sans laisser de postérité efficace[11].

Délivrant les fous des vieilles hantises, des superstitions et des terreurs séculaires en les délivrant de leurs chaînes, ils en auraient, du même coup, permis à terme une approche non seulement sans concession à des préjugés irréfléchis et donc positive, mais encore compréhensive et frayant la voie d'une reconnaissance du sens dans l'apparemment insensé où se fonde le possible d'une psychothérapie vraie.

Le commerce thérapeutique se comprend alors comme la tentative d'éveiller toujours plus à lui-même le sujet privé par sa folie. Ce sujet qui sert de point d'attaque à l'action thérapeutique est un sujet raisonnable, un sujet de dialogue, et non pas une singularité irréductible. La subjectivation de la folie selon SWAIN signifie l'effort de la part du psychiatre pour éveiller à lui-même ce sujet raisonnable qui continue à exister dans le fou.

La signification du geste libérateur de PINEL et de TUCKER n'est intelligible, pour FOUCAULT, qu'à la condition de le replacer dans une trame historique dont il constitue comme l'aboutissement, et dont les fils majeurs se sont noués un siècle et demi plus tôt lors du coup de force contre la déraison sur lequel s'est instauré l'ordre de la raison classique : le grand renfermement. Rien de plus dans l'apparition de l'asile et l'idéal philanthropique de ses promoteurs que le résultat d'un ultime remaniement interne de l'espace d'enfermement mis en place autour des années 1650.

En tout cas, les écrits de SWAIN et de FOUCAULT nous permettent de penser deux modèles de subjectivation. La reconnaissance, d'une part, et d'autre part la résistance. Peut-être toute relation à la folie oscille-t-elle inévitablement entre le montage spontané de structures de reconnaissance et de points de résistance. Ils posent cette question unique : comment faire pour que, dans le rapport à la folie et au fou, la subjectivation ne soit pas un assujettissement, que l'éveil d'un sujet à lui-même ne soit pas l'imposition forcée d'identités.

"Tantôt on voit trop de folie et tantôt pas assez. La folie n'est pas dans sa visibilité, et c'est ce qui fonde l'existence d'un spécialiste de la folie, formé à la percevoir par-delà le piège des apparences. Le mythe à cet égard est efficacement énonciatif de l'origine de la science justement dite "spéciale" : il en dit en effet quelque part la raison d'être et la nécessité, à savoir que le regard psychiatrique doit se conquérir

contre un regard aveugle... Le trajet qui nous mène de la folie qui égare par défaut de visibilité à la folie qui leurre par excès de manifestation est certes le trajet d'une occultation. Il n'en conduit pas moins d'une borne à l'autre du territoire moderne de la folie. Il marque nettement les deux limites entre lesquelles s'est constituée la connaissance que nous en avons : la folie n'est pas aussi complète que ses formes extérieures le donnent à croire ; là où rien ne se montre de la folie il est possible néanmoins qu'il y ait folie. Les juges exigeant une folie manifeste pour absoudre, et les experts s'efforçant de montrer la folie là où l'évidence ne la trahit point, le vulgaire désespérant de la fermeture entière de l'aliéné sur lui-même, et les aliénistes révélant la possibilité d'une communication en dépit des apparences : tel est l'espace nouveau du savoir et de la pratique qui se circonscrit d'une scène de libération à l'autre"[12].

Et aujourd'hui, quelles représentations avons-nous de la folie ?

Je me limiterai à quelques remarques, en vrac, comme un billet d'humeur tant il est vrai que, selon le principe d'HEINSENBERG, tout observateur n'est pas étranger au phénomène qu'il observe surtout, ajouterai-je, s'il fait partie du phénomène observé. Car, malgré tous les progrès, la médiatisation et la dédramatisation de la maladie mentale, le fou continue de fasciner et de faire peur et le psychiatre d'être "aussi fou" que son malade.

Certes, comme les généraux en temps de guerre du Golfe, le psy est appelé à la rescousse pour comprendre la marche et la folie du monde et des hommes, mais lui et son patient demeurent encore des êtres en marge, inquiétants, chez qui l'on ne se rend pas encore, tout au moins sous nos latitudes, de gaieté de cœur.

La société, en crise, tend à élargir son recours au psy et avec lui, s'élargit le champ de ses compétences. Mais :

- Jusqu'où la violence sociale doit-elle être entendue par le psy?
- Jusqu'où la souffrance sociale doit-elle être entendue comme un symptôme?
- La psy possède-t-elle le plâtre de la fracture sociale?
- Que sont les nouvelles pathologies?
- Doivent-elles être décrétées par la Loi ou les ordonnances judiciaires?
- Qui est fou dans un monde où l'on tue, dans une indifférence et un silence assourdissant, son proche, presque soi-même, au nom de la différence ou de Dieu (ne proclame-t-on pas alors fou de Dieu?).

Reprenons sur ce plan les propos du Dr J.-P. LEBRUN[13] sur le rapport au savoir et à Dieu.



"Quand une société est organisée autour de la religion, le social semble obéir au proverbe : "l'église est toujours au milieu du village". En poussant plus loin cette métaphore, ajoutons que la présence de l'église au milieu du village est commode pour savoir où est le café du coin : celui-ci, en général, se trouve en face de la sortie de l'église. L'église permet donc à chacun de s'orienter. Dans une société organisée par la science, l'adage "l'église est au milieu du village" ne fonctionne plus. Il est remplacé par : "toutes les boutiques de savoir se valent pour autant qu'elles soient cohérentes". En effet, le savoir de l'anthropologue est tout aussi intéressant que le savoir de l'économiste ou du philosophe. Une multitude de boutiques de savoir coexistent et, pour autant que chacune soit cohérente, elles se valent. Donc, au lieu d'avoir un repère unique, la société en a plusieurs, et il est malaisé de dire lequel a effectivement la prépondérance, sauf à devoir reconnaître qu'en fin de compte, lorsque plus rien ne sert de point de repère, c'est l'empirisme et le pragmatisme économique qui, de facto, ont la prévalence.

Il n'y a, spontanément, plus de place pour l'impossible dans une société organisée autour du discours de la science. Ainsi, en médecine : si nous avions les moyens à notre disposition, nous arriverions à vaincre le cancer ; si nous avions les moyens à notre disposition, nous pourrions construire des individus qui n'auraient plus de défauts génétiques ; si nous avions les moyens à notre disposition... : nous pourrions multiplier à l'infini les exemples de ce type. La foi dans le progrès est telle que nous en arrivons à penser que si nous avions les moyens à notre disposition, nous ne serions plus mortels. C'est dans la logique même du dispositif. La mort n'apparaît donc plus que comme un accident, comme un avatar. C'est comme ça que le monde organisé autour de la science nous la fait percevoir, même si par ailleurs nous continuons à savoir que de toute façon c'est toujours elle qui vaincra. La mort n'est pourtant nullement un avatar de notre condition, elle en est, bien plutôt, une donnée irréductible. À tel point que nous faisons coïncider début de l'humanité et culte des morts, premières sépultures. La spécificité de

l'humanité a donc bien partie liée à la prise en compte de la mort. À la considérer comme un pur et simple avatar, nous lui faisons perdre sa signification fondamentale, nous nous traitons comme des animaux qui n'ont plus aucun souci pour leurs congénères une fois que ces derniers ont rejoint le statut de cadavre. Et ce faisant, en ne reconnaissant plus la mort à sa place, nous devenons paradoxalement, inhumains".

Quant au sujet de la folie, il demeure en grande partie hétérogène. De fou, il est devenu aliéné puis dément puis patient puis sujet. Il tend à devenir aujourd'hui usager[14] ou client[15], signifiants issus du monde économique.

Cette dégradation du statut de sujet est contemporaine d'un discours du type "*le patient est au cœur de nos préoccupations*". Mais il n'est plus observé et évalué aujourd'hui qu'au travers de ses comportements, la CIM 10 et la DSM IV ayant fait disparaître de la scène tout élément psychogénétique ou pourrait être mis en jeu l'inconscient.

Il est cependant question d'un retour de l'hystérie "classique" dans les versions ultérieures, l'hystérique ne s'en laissant pas compter par son actuelle dissociation, autrefois réservée aux schizophrènes[16], et sa nouvelle appellation "histrion"[17], guère plus flatteuse.

Il doit se soumettre à des protocoles, scientifiques, thérapeutiques et administratifs qui présupposent son évolution et son devenir, laissant peu de place à l'invention et à l'émergence de la différence.

Comme la séméiologie de l'hystérie, dévalorisante et péjorative, c'est tout le discours de la psychiatrie qui peut être connoté négativement : traiter quelqu'un de paranoïaque, d'hystérique de schizophrène est plus courant que de parler d'hypertendu ou d'insuffisant rénal...

Certes, nous ne pouvons nous extraire du monde dans lequel nous évoluons tous (patients, famille, équipes médicales, infirmières, paramédicales et administratives) : rapport(s) au(x) savoir(s) et aux références, progrès des connaissances et des dispositifs de soins, importance croissante des moyens d'information, contraintes économiques, exigences et objectifs assignés par les tutelles (organisation de la santé, contrats et projets d'établissement, dossiers de soin, accréditation, évaluation...).

La pathologie évolue, même si l'on peut se demander si les pathologies dites nouvelles ne sont pas seulement des formes et expressions actuelles de pathologies plus anciennes oubliées ou le produit de notre regard moderne sur ces pathologies.

C'est pourtant l'occasion de s'interroger sur la place du Sujet dans notre dispositif de soins, sur la crise de l'identité de ce Sujet au travers des difficultés sociales que Paul-Laurent ASSOUN décrivait récemment comme celles du "malheur social", sur le sens que nous avons à donner à la difficulté pour ce Sujet de se réinscrire dans un monde qui le prive aujourd'hui du lien le plus primaire mais aussi le plus essentiel, le lien social.

Ce que l'on appelle la crise, vocable au nom duquel bien des décisions sont prises aujourd'hui, n'est-il pas autre chose qu'une crise du symbolique qui, dans la crise langagière qu'elle provoque, rend si difficile l'énonciation d'une parole qui ne soit pas seulement un verbiage et empêche de nommer en dehors des procès ou des procédures.

Le "fou", en posant inlassablement la question du Sujet, pose celle de son hétérogénéité : être biologique, social, affectif, désirant, être conscient et inconscient, universel dans sa vocation et singulier dans son essence. Il nous interpelle aussi sur l'Inquiétante étrangeté de la différence et du semblable que chacun d'entre nous est pour chaque autre.

Aujourd'hui où l'on voit se développer les techniques réductrices, n'envisageant les individus qu'au travers de leurs schémas comportementaux, fussent-ils finement décrits et décryptés, où l'on voit ignorer dans de prestigieuses classifications les mouvements de l'inconscient, on doit s'interroger sur le risque de simplification du rapport au patient, devenu entretemps client et en position d'objet et non de sujet du soin, au motif de la nécessité de quantifier.

Le fou pose aussi la question de la nécessaire inscription dans la temporalité, dans un monde où l'instantané, le fugace et le factice prennent le pas sur la durée qui est le propre de la maladie mentale et de son traitement.

Le risque des techniques réductrices, qu'elles soient conceptuelles, biologiques, thérapeutiques mais aussi administratives, est de transformer le psychiatre en auxiliaire social dont l'action pourra certes être mieux évaluée à la fois qualitativement et quantitativement, ce qui permettra alors de mieux ajuster les coûts, avec le risque que le critère économique ne prenne le pas sur le critère humain. Hélas, Tocqueville, parlant d'un pays d'où nous proviennent tant de ces "nouveaux" concepts, reste d'actualité quand il nous rappelle qu'une "*idée fausse, claire et précise a plus de chances de réussir qu'une idée complexe*".

Folie et pouvoir : TRIBOULET n'a pas été remplacé et le fou du roi, seul à pouvoir lui dire la vérité, n'existe plus. Ceci ne veut pas dire que la folie a déserté le camp du pouvoir. Mais il n'y a plus aujourd'hui de place que pour les histrions[18] ou les serviteurs. Et le destin de B. Tapie et de P. Bérégovoy illustre le caractère tragique de leur trajectoire et de leur chute.

Pour conclure...

Je citerai cet aphorisme de Confucius : "*on peut priver une armée de son général en chef, on ne saurait priver le dernier des hommes de son libre arbitre*"[19]. ■

1 *Issues, ainsi que quelques commentaires ultérieurs, du Grand Larousse Universel, Librairie Larousse, Paris, 1984.*

2 *Phénoménologie de l'esprit.*

3 *Faut-il voir là l'ancêtre de la formule de LACAN, "cet autre que moi-même n'est autre que moi-même" en référence à l'inquiétante étrangeté.*

4 *Lire le Capital.*

5 *Comment ne pas penser au livre des morts égyptien et à la pérégrination des âmes. La mort posait de nombreuses questions aux anciens égyptiens. Leur science s'efforça de donner une explication à la disparition du souffle vital. Dans l'au-delà, le mort devait accomplir un long trajet semé d'embûches. Pour les déjouer, il existait une sorte de guide que ne possédaient pas les pèlerins de Gheel.*

6 *Mais les bûchers ont emporté nombre d'obsessionnels ou de mélancoliques délirants, délivrés par le feu de leurs pensées blasphématoires, obscènes ou des malédictions dans lesquelles ils entraînaient, ou croyaient entraîner, leurs proches parfois également emportés dans la tourmente. Et que dire des inquisiteurs, dans leur quête des "preuves de la culpabilité", obsessionnelle jusqu'à la paranoïa et volontiers perverse dans la recherche du sigillum diaboli... Le couple que forme la sorcière et son juge fonctionne en miroir : l'inquisiteur recherche minutieusement des zones d'anesthésie sur le corps dénudé et épilé de sa victime. Il importait que la sorcière avouât tout, y compris les pires turpitudes sexuelles, aveu que l'inquisiteur complétait par la torture, afin que le plus croustillant n'y manquât point. Tout se passe comme si l'inquisiteur était purgé de ses mauvaises pensées en les projetant sur la sorcière.*

7 *On retrouve dans le Coran des versets animés du même esprit dont se sont emparés les "fous de Dieu", intégristes et autres Talibans : "Celles d'entre vos femmes qui commettent l'acte immoral, demandez à quatre des vôtres de témoigner contre elles. S'ils témoignent, enfermez-les dans les maisons jusqu'à ce que la mort mette fin à leur vie ou que Dieu leur aménage une issue" (4-15)...*

8 *Éloge de la folie à l'âge classique, Tel, Gallimard, 1972.*

9 *La suite de ce texte doit beaucoup à l'intervention de Frédéric GROS aux Journées nationales 1997 de la Fédération Croix Marine dont on trouvera le texte dans Pratiques en santé Mentale, 1998, n° 1, "Réhabilitation du sujet et réhabilitation sociale", p. 21-23.*

10 *Le sujet de la folie.*

11 *"Mais en laissant toutefois en occident même une marque au moins indirecte avec les établissements spécialement réservés aux aliénés qu'édifiera l'Espagne du XV^e siècle à l'imitation vraisemblable des "manicomes" des grandes cités arabes. PINEL parle de l'asile de Saragosse, fondé en 1425, "d'exemple qu'on ne saurait trop faire connaître".*

12 *Le sujet de la folie.*

13 *Au XXV^e Colloque des Hôpitaux de jour à Saint-Lô en 1997.*

14 *Personne qui a recours à un service, en particulier à un service public.*

15 *Personne ou collectivité qui reçoit de quelqu'un, contre paiement, des fournitures commerciales ou des services ; ou bien encore, personne, individu quelconque ou encore, plus historiquement : personnage ou famille qui, à Rome, se trouvait liée à un personnage de haut rang.*

16 *La conversion était-elle trop religieuse et moins scientifique ?*

17 *Acteur qui jouait des farces grossières avec des accompagnements de flûte ; jongleur, baladin, parodiste improvisateur ; celui qui se donne en spectacle, charlatan ridicule.*

18 *Ce terme est-il plus noble que celui d'hystérique ?*

19 *Les entretiens de Confucius, Connaissance de l'Orient, Gallimard, 1987.*

Cet exposé doit beaucoup à beaucoup. Outre ceux cités dans le texte, l'auteur s'est aussi référé entre autres à :

- *Alain BADIOU :* Théorie du sujet, L'ordre Philosophique, *Le seuil, Paris, 1982.*
- *Franco BASAGLIA et Franca BASAGLIA ONGARO :* La majorité déviante, *10/18, 1976.*
- *Paul BERCHERIE :* Histoire et structure du savoir psychiatrique, I. les fondements de la clinique, *Émergences, Éditions universitaires, 1991.*
- *Umberto ECO :* Comment voyager avec un saumon, *Grasset, Paris, 1997*
- *Jacques ESPRIT :* La fausseté des vertus Humaines, *Aubier, Paris, 1996.*
- *Pierre PICHOT :* Un siècle de psychiatrie, *édité en 1983 par les Laboratoires ROCHE.*
- *Daniel WIDLÖCHER :* Les nouvelles cartes de la psychanalyse, *Éditions Odile Jacob, Paris, 1996.*

...et mille excuses à tous ceux qui ont été oubliés.

