Cahiers de Psychologie Politique

N° 24 | 2014
numéro 24 - Janvier 2014

Aliénation psychiatrique : volonté politique ou maladie nosocomiale ?

Anne SIEGESMUND

David FRANK ALLEN

Édition électronique :
URL :
https://cpp.numerev.com/articles/revue-24/1672-alienation-psychiatrique-volonte-politique-ou-maladie-nosocomiale
DOI : numerev_849
ISSN : 1776-274X
Date de publication : 15/01/2014

Cette publication est sous licence **CC BY-NC-ND** (Attribution - No commercial - No derivatives).

Pour **citer cette publication** : SIEGESMUND, A., FRANK ALLEN, D. (2014) Aliénation psychiatrique : volonté politique ou maladie nosocomiale ?. *Cahiers de Psychologie Politique*, (24). https://doi.org/10.34745/numerev_849

Après le mouvement de libération des asiles de l’après-guerre, du fait de la volonté de rationalisation des soins psychiatriques, nous assistons au retour insidieux de pratiques asilaires. Les signifiants maîtres de la modernité : rendement, efficacité, rationalisation et l'organisation pyramidale tant de la division du travail que de la responsabilité conduisent à la maltraitance généralisée.
L’hôpital psychiatrique, détroussé de son âme par l’inquisition de la bureaucratie dans ses murs et dans ses pratiques, fait du malade un consommateur de soins sans droits ni devoirs, et accule ses personnels au passage à l’acte. L'aliénation psychiatrique redouble l'aliénation de la structure.

After an attempt to open psychiatric hospitals towards the larger population came the control of institutions by management technisues with quantitive evalutions, time & motion studies and so on, this caused on the one hand the decline of the humanitarian aspect of psychiatry and the introduction of a medical ideology based on profit, management techniques and a chain of command that causes badly treated clinical teams to mistreat their patients in return. The bureaucrats are a cancer that grows in kills clinical work - cost efficiancy specilists are called in for huge fees that bleed the system it is supposed to cure. No more patients - patients no more but rather clients who are made to " feel responsible" for thier treatment. Aliennation by management -industrial-psychiatry simply doubles the aliennation of psychosis.

Mots-clés :

Rappel historique

Pendant et après la guerre, la famine a ravagé la France et a particulièrement touché les asiles.Selon Max Lafont[1], 40 000 malades sont morts de « cachexie » entre 1939 et 1945. Lorsque la guerre a pris fin, et que les citoyens survivants sont rentrés des camps, ils ont dû affronter la sinistre vérité : pendant que les nazis exterminaient dans les camps en Allemagne et en Pologne, mourraient massivement dans leur propre pays des malades mentaux, victimes de l’indifférence, de l’oubli et de la ségrégation.

Cette réalité historique est refoulée des années durant. Si les familles qui le demandent sont tenues au courant de l’origine du décès de leur proche (sous couvert toutefois de

vocabulaire médical : cachexie et ses effets secondaire c'est-à-dire œdèmes, arythmie cardiaque…), les premiers comptes rendus officiels ne paraitront pas avant les années 80 (notamment avec la thèse du docteur Lafont).

C'est sans doute la prise de conscience du fait que la France, ses dirigeants, ses citoyens ont laissé mourir de faim les plus démunis qui a provoqué le mouvement de libération des asiles que nous avons connu.

Dans certains hôpitaux, les malades ont survécu à la famine : c'est le cas notamment de celui dirigé par Tosquelles à Saint Alban, équipé d'une ferme suffisante pour nourrir sa population, malades comme soignants. Tosquelles vérifie par la même occasion le formidable potentiel thérapeutique de cette ferme. Les malades, investis de la mission vitale de nourrir les uns et les autres, voient leur état psychique s'améliorer nettement. Dans ce climat, l'hôpital de Saint-Alban, isolé dans les montagnes, devient un lieu de Résistance, cache des maquisards, entretient la liberté de penser, d'écrire (hébergeant notamment Paul Eluard), et la liberté psychiatrique. Ce mouvement de Résistance et de liberté est la source de la psychothérapie Institutionnelle, dont l'influence irradiera la pensée psychiatrique pendant toute la période des trente glorieuses.

De ce mouvement, nait un impératif : il n'est plus acceptable que les asiles ressemblent à ce point aux camps de concentration. Pour les survivants de la guerre ou des camps, il faut en finir avec les hauts murs, les gardiens, la misère, les sévices corporels[2] et moraux et les privations.

De destruction de murs en reconsidération du malade mental, de l'asile au secteur psychiatrique, de la lecture de Kraepelin à celle de Tosquelles et de la psychanalyse, le malade mental a pu alors reprendre une place au sein de la cité.

Contexte économique, lien social et place du fou dans la cité

L'hôpital psychiatrique et le monde autour de lui ont bien changé. L'heure n'est plus aux trente glorieuses, dont l'optimisme avait coloré l'économie, le lien social et les idéaux, et pendant lesquelles le capitalisme permettait au plus grand nombre de s'enrichir et de consommer.

Toute idéologie mise à part, le capitalisme agit sur le lien social. Il est fondé sur l'individualisme et l'accroissement et comme tout système, il tend vers le désordre[3]. Le fonctionnement du capitalisme, fondé sur la croissance (économique et démographique) semble avoir atteint ses limites. Les exclus, la pauvreté, le chômage s'étendent, tandis que les richesses semblent circuler dans un cercle de privilégiés de plus en plus réduit. L'ambiance est morose, la « croissance » s'essouffle. L'individualisme exacerbé étiole le lien social. Mais le capitalisme est un « discours » (au sens lacanien, c'est-à-dire un fonctionnement social) rôdé, un mouvement perpétuel : il se suffit à lui-même, et son

ancrage dans les sociétés et son emprise sur l'individu semblent inébranlables. Il semble que nous ne puissions sortir de ce système économique et social à moins d'une « révolution ».

L'ambiance et l'optimisme de la société ont une conséquence directe sur l'ambiance des Institutions psychiatriques et sur la place du « fou » au sein de cette société. Par ailleurs, le sujet psychotique n'est pas conforme à l'individu idéal du monde capitaliste. Il est rarement productif (au sens d'Henry Ford) et il est par ailleurs moins prompt à l'obéissance, car, nous renseigne Lacan, il est « hors discours » d'emblée. On ne peut attendre de lui qu'il soit dupe d'un discours, et les injonctions de docilité, de consommation et de productivité du capitalisme ne peuvent l'atteindre de la même façon que les autres. Chaque discours est un semblant auquel nous adhérons sans le savoir : c'est la base du lien social. Mais le fou, c'est l'homme libre[4], Improductif, pauvre, déviant.

« Psychiatrie Moderne »

Parallèlement, une « nouvelle » psychiatrie a traversé l'atlantique, et s'impose dans notre pays comme figure de modernité et « d'efficacité ». Les jeunes psychiatres sont aujourd'hui pour beaucoup formés au DSM. Nous arrivons au 5^{ième} opus de cette classification quantitative, « athéorique » américaine, qui n'a pas grand-chose à voir avec la formation qu'ont reçu les psychiatres aujourd'hui proches de la retraite.

Nos psychiatres sur le départ ont grandi dans un pays en reconstruction, se relevant des horreurs de la guerre dans une économie optimiste et une Europe se réclamant de la fraternité. Nos jeunes psychiatres ont achevé leur formation dans un monde en crise économique, dont les signifiants maitres sont efficacité, consommation, silence.

Leur psychiatrie, inspirée du DSM, n'est pas basée sur l'écoute attentive des malades ni sur l'analyse subtile de leurs discours. Elle se base sur des « faits ». Les diagnostics se construisent à partir d'échelles et d'items à cocher. Si le malade remplit assez de critères, alors il est étiqueté schizophrène, autiste, TOC. A chaque maladie correspond un protocole : tel traitement, telle molécule, telle durée. Cette psychiatrie s'impose car elle est celle qui correspond le plus à notre époque : elle se veut scientifique, efficace, pragmatique. Le DIM (diagnostic informatisé médical) est plus important que la « clinique » au sens de Minkowski, Freud ou Dide.

La Pieuvre Bureaucratie

Cette « nouvelle psychiatrie » réifiante est adaptée à la volonté de rationalisation économique des dépenses de santé des autorités politiques, que les Agences Régionales de Santé font respecter.

Les règles à appliquer sont simples et partent d'un seul principe : un malade coûte cher.

Quel que soit le mal dont il est atteint, il doit être soigné rapidement, sortir du système de santé le plus vite possible, pour le moindre coût. C'est ce que nous nommons « efficacité ». Ainsi existe-t-il des normes, par exemple, la durée moyenne de séjour (DMS) ne doit pas excéder un certain nombre de jours dans les services « d'entrée », dont le rôle est d'accueillir, d'orienter les patients et de gérer les crises.

Pour que l'efficacité soit mesurable, évaluable, le plus simple est d'appliquer des protocoles, de quantifier des actes. Ainsi a-t-on inventé la tarification à l'acte pour les services de médecine (TAA) et la « valorisation de l'activité en psychiatrie (VAP), dont l'application est cependant toujours compromise et repoussée.

Les actes à fournir sont décidés certes par le médecin, mais contrôlés par des normes, des évaluations et des protocoles généraux qui ne sont pas de sa responsabilité mais auxquels il doit se soumettre. Le médecin doit rendre compte et justifier de sa pratique à des instances bureaucratiques, dont le rôle est l'évaluation perpétuelle et l'attribution d'argent en conséquence, c'est-à-dire, dans notre moderne capitalisme, de moyens. La responsabilité du psychiatre est ainsi partiellement amputée au profit d'un tiers, dont la subjectivité est effacée par la tâche bureaucratique qu'il doit accomplir, et qui ne concerne ni le malade, ni le médecin, ni la relation qu'il y a entre eux, mais de simples données quantifiables.

Ainsi est rognée la relation entre l'acte et l'intention qui le dirige, entre le médecin et son malade. Ce qui importe pour le bureaucrate, ce n'est pas pourquoi le Docteur X. a prescrit de l'haldol à monsieur H. Il ne veut que connaitre le nombre d'injection que le docteur X. a prescrit dans le mois, et mesurer combien de monsieur H. sont entrés dans son service, ainsi que combien de jours ils sont restés, combien d'actes ont-ils subis, « *toutes choses égales par ailleurs* ».

Par l'application d'une logique comptable qui a pénétré ses murs et s'est emparé d'une partie de l'autorité, la psychiatrie se retrouve « rationnalisée ». On peut ainsi « parler chiffre », c'est-à-dire « parler des faits », dégagés des fioritures qui pourraient enrober une telle vérité mathématique. En fait, ce fonctionnement est basé sur un postulat : on peut quantifier et évaluer la psychiatrie. Ce qui revient à dire que « le soin psychiatrique » est la somme de tous les actes quantifiables qu'il propose.

Le système bureaucratique régit la psychiatrie bien que ses « ouvriers » (que nous nommerons « bureaucrates », pour plus de simplicité) n'aient aucune compétence en la matière.

Ce système parachève l'idée que la psychiatrie n'est pas tant affaire humaine que de chiffres, prenant le parfait contrepied de la pensée de la psychothérapie institutionnelle dont les principaux outils étaient inquantifiable: transfert, relations interhumaines, ambiance, discours.

En plus de ce système de comptabilité, la psychiatrie moderne est le miroir de la société. Tout est organisé selon une hiérarchie pyramidale : l'autorité, la responsabilité,

le savoir supposé sont distribués selon le grade de chacun, du médecin à l'infirmier. Le temps passé avec les malades suit une distribution inverse. Le bureaucrate n'a pas de savoir supposé ni de contact avec les malades, mais il possède néanmoins autorité et (diverses) responsabilités.

Ce système tend à noyer la responsabilité de chacun. En Psychiatrie, l'organisation pyramidale de la division du travail, et la distribution équivalente des responsabilités tend à délester chacun d'une partie de sa conscience professionnelle car chacun tend à penser qu'il ne fait qu'appliquer une décision dont il n'est pas à l'origine. Ce faisant, le système rend plus invisible la maltraitance généralisée des malades mentaux, puisque personne (c'est inexact, nous y reviendrons plus tard) ne s'en sent directement responsable.

Car le malade est bel et bien maltraité par ce système. Parce qu'on lui demande de rentrer dans des protocoles qui n'ont pas été pensé pour lui, parce qu'on estime que le soigner revient à faire de lui l'individu le plus conforme au standard possible, parce qu'il se retrouve forcément mis à la porte du soin qu'on lui impose et auquel il a de moins en moins droit de cité. Et parce qu'il ne peut en être autrement dans un système où son propre médecin est contraint par des règles qui n'existent que pour « limiter les frais ».

Par ailleurs, il est maltraité parce que le système pyramidal accule les personnels les moins gradés au passage à l'acte.

Celui qui s'en sent responsable

Les soignants au contact quotidien des malades sont les derniers maillons de la chaine, la base de la pyramide (de laquelle on aurait exclu les patients…). Les infirmiers, aides-soignants, les agents, qui n'ont pas leur avis à donner puisqu'ils n'ont pas le savoir, symboliquement détenu par le médecin. Partant du principe que nous avons évoqué, « toutes choses égales par ailleurs », notre système de santé a aboli la formation d'infirmiers psychiatriques, puisque toujours selon ce principe, l'exécutant qu'est le soignant n'a pas besoin de savoir pourquoi il agit.

Les soignants sont appelés à être les bras et les jambes non-pensants de l'Institution psychiatrique. Ils injectent la molécule, isolent, surveillent. Ils sont livrés à la violence du transfert psychotique, à l'angoisse et à la souffrance psychique lesquelles, nous le savons, appellent à la réaction psychique de défense et de sauvegarde, et mènent à l'agressivité et à la maltraitance. Chaque lieu où l'on rassemble des humains, que ce soit dans un but médical, éducatif, punitif, tend à devenir concentrationnaire[5].

Les soignants sont abandonnés à eux-mêmes, dérivant dans un navire moderne sans capitaine. Moderne, cette psychiatrie ne l'est d'ailleurs pas, puisque le DSM reprend des idées vieilles comme la psychiatrie et la maltraitance des fous : l'idée de la maladie mentale organique (kraepelinienne[6]), les traitements de chocs notamment électrique (datant de la domestication de l'électricité). Elle mène aux mêmes dérives : la

contrainte,la domination, la vision binaire du normal et du pathologique.

Etude de cas

J'ai rencontré, dans le cadre d'un de ces « hôpitaux modernes », un patient dont le parcours illustre les échecs de ce système. Monsieur H. est un sujet psychotique « chronique », dont l'institution ne sait pas quoi faire. Il a un long passé psychiatrique derrière lui, a été hébergé en foyer et dans divers organes psychiatriques, mais, pour des raisons diverses, a toujours finit par en sortir, pour revenir dans le système psychiatrique par le service dit « d'entrée ». Les institutions au long cours sont toutes débordées, et refusent de l'accueillir.

Monsieur H. souffre d'hallucinations. « *Je suis mort* », répète-t-il. Il déclare que l'odeur de cadavre dégagée par son corps lui est insupportable. Par ailleurs, il lui est pratiquement impossible de se retrouver seul en dehors de l'institution psychiatrique : il a alors la sensation d'être suivi, écouté, persécuté d'une menace diffuse. L'idée de se retrouver dehors lui provoque des angoisses majeures, lors desquelles il se recroqueville sur lui-même, tremblant et trempé de sueur, cherchant quelqu'un pour lui indiquer « *comment réussir à mourir* ».

Lorsque je le rencontre, monsieur H. est hospitalisé depuis plusieurs mois dans un service d'entrée où « *il ne peut pas rester* », la DMS étant de 21 jours.

Le « projet » pour le malade, c'est de sortir définitivement de l'hôpital et de vivre seul chez lui. On lui a trouvé un appartement, que l'on a ensuite meublé, et dans lequel on lui fait passer plusieurs nuits et journées par semaine. Lorsque l'on vient le chercher dans le service pour l'emmener à son appartement, il se recroqueville et pleure dans les couloirs, ou se plonge dans un profond sommeil. Au cours de l'année son poids dégringole. En effet, pourvu de son pécule à chaque départ il est sommé de se nourrir seul « chez lui » le soir et le lendemain. Il perdra plus de 40 kg dans l'année.

Lorsque j'émets l'idée qu'il est tout simplement impossible à cet homme « d'habiter » dans cet appartement, on me rétorque : « *il n'a pas le choix* » ou « *nous n'avons pas d'autres projets pour lui* » ; ou encore « *il devrait aller en foyer, mais il n'y a pas de place, et il ne veut pas changer de secteur pour rester près de sa mère* », « *il sortira et reviendra, c'est toujours mieux que s'il reste* ».Cette dernière assertion ayant directement lien avec la DMS que nous avons évoqué.

Le malade terrassé d'angoisse subit l'injonction de rentrer dans le moule préétablit par la « psychiatrie moderne » : il ne correspond à aucun « projet » proposé par le secteur, mais on le contraint à rentrer dans un moule pour lui synonyme de mort. Alors il reste la majorité du temps dans les murs du service d'entrée, poussé dehors par une équipe désemparée, sorti administrativement de force régulièrement pour le bien être des statistiques de l'Institution.

On entend en réunion d'équipe les conséquences de l'absence de formation à ce qu'est la psychose : « *Il n'y a rien à tirer de ce gars là* », « *j'ai menacé de le mettre dehors pour le faire réagir* », « *il est histrionique* ».

Est-ce une perversion du système, de l'équipe qui se trouve désarmée face à son cas, ou une violence du contre-transfert, on a écrit à monsieur H. un « contrat » dans lequel il accepterait de se rendre à ce domicile régulièrement. Seulement, pour qu'il le signe, on lui a présenté comme suit : « *Vous êtes ici pour vous soigner. Si vous ne collaborez pas, nous avons le droit de vous faire sortir définitivement de l'hôpital* ».

Mais qui se sent responsable de la maltraitance de monsieur H. ? Ce n'est pas vraiment le médecin, qui subit les contraintes logistiques du secteur psychiatrique et qui doit respecter les consignes du directeur de l'hôpital, qui lui-même est contraint par l'ARS, et ce n'est pas l'ARS, qui ne fait que faire appliquer des décisions politiques. Chacun ne fait que son travail. « L'ordre » auquel chacun obéit n'est pas identifié, il semble émaner d'un brouillard, ce qui n'empêche aucunement son application.

L'aliénation psychiatrique

Et le malade lui, subit tous les effets pervers, depuis le haut jusqu'au bas de la pyramide : la violence de certains soignants sans culture psychiatrique, l'absence d'écoute, les traitements invasifs pour lesquels on trouve toujours le moyen de se passer de son consentement, les allées et venues à l'hôpital pour respecter la DMS, l'exclusion sociale, le poids de son improductivité, la clochardisation, la mort précoce, l'oubli, l'indifférence.

Subissant sa folie et celle du monde, condamné à sédimenter puisque l'oubli et les traitements de chocs en sont les voies inéluctable, on ne lui demande que de faire vite, et de se taire. L'aliénation psychiatrique serait alors une maladie nosocomiale, induite par l'abus de bureaucratie et de logique sans âme dans nos hôpitaux. La psychiatrie ne peut se passer ni de l'humain ni de temps. On pourrait même le résumer ainsi : la psychiatrie c'est du temps humain. Prétendre s'en passer ne peut mener qu'à l'engrenage de toujours plus de folie et de mort. L'acte le plus significatif de la psychiatrie post-industrielle est l'abandon de la tradition clinique et son abdication grotesque à l'idéologie de la marchandise.

1 « Déterminisme sacrificiel et victimisation des malades mentaux. Enquête et réflexions au sujet de la mortalité liée aux privations dans les hôpitaux psychiatriques français pendant la période de la seconde guerre mondiale. »)

2 De Fréminville,Bernard la raison du plus fort, traiter ou maltraiter les fous ?, édition du seuil, 1977

3 Deuxième principe de la thermodynamique

4 LACAN (J.), Petit Discours aux Psychiatres, Conférence au Cercle d'Etudes dirigé par H. Ey, 1969, inédit.

5 Goffman, Asiles, éditions de minuit, 1968

6 Allen D F l'age de kraepelin, L'information psychiatrique, 1996, vol X

Allen D F, *l'age de kraepelin*, L'information psychiatrique, 1996, vol X

De Fréminville, B, *La raison du plus fort, traiter ou maltraiter les fous,* Seuil, 2001

Delion, P, *chronicité en psychiatrie aujourd'hui, Historicité en Institution,* Erès, 2004

Goffman, E, *Asiles*, éditions de minuit, 1968

Lafont, M, *L'extermination douce , La cause des fous - 40 000 malades mentaux morts de faim dans les hopitaux sous Vichy,* Le bords de l'eau Eds, 2000

Oury, J, *La psychothérapie Institutionnelle,* Payot, 1977