

L'institution psychiatrique en question

In: Revue française de sociologie. 1971, 12-1. pp. 57-92.

Citer ce document / Cite this document :

Castel Robert. L'institution psychiatrique en question. In: Revue française de sociologie. 1971, 12-1. pp. 57-92.

http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/rfsoc_0035-2969_1971_num_12_1_1949

Abstract

Robert Castel : Questioning the institution.

Following the analysis of some of the most significant psychiatric or psychoanalytical works recently published which question the institutional organization of mental medicine, our study uses the evidence given by the agents who are professionally concerned in bringing out the extra-medical stakes of the crisis. In order to do this we clearly distinguish between a psycho-sociology of the psychiatric establishment dealing with the internal organization, the traditions, the professional practices etc., and a sociology of the psychiatric institution within a theoretical frame that considers the psychiatric system in general as a power and social control apparatus. This direction must be privileged since it makes it possible to go beyond the psychiatric rationalizations and to tackle the objective functions assumed by mental medicine.

Resumen

Robert Castel : La institución psiquiátrica controvertida.

Basándose en el análisis de algunas publicaciones entre las más significativas de los alienistas o de los psicoanalistas que vuelven a discutir de la organización institucional de la medicina mental, vuelve hacia atrás el estudio, desde el testimonio de los agentes profesionalmente concernidos hasta los riesgos no médicos de la crisis. Para ello se distingue con claridad : una psicología del establecimiento psiquiátrico centrado en el estudio de su organización interna, de sus tradiciones, de sus prácticas profesionales, etc., una sociología de la institución psiquiátrica misma dentro del cuadro de una teoría del sistema psiquiátrico en general, considerado como aparato de poder y comprobación social. Se debe privilegiar esa orientación porque permite ir más allá de las racionalizaciones psiquiátricas, y lograr las funciones objetivas que asume la medicina mental : la gestión de ciertas contradicciones específicas del sistema social.

Zusammenfassung

Robert Castel : Die psychiatrische Institution wird in Frage gestellt.

Ausgehend von der Analyse einiger der typischsten neuen Publikationen von Psychiatern oder Psychoanalytikern, die die institutionelle Organisation der Psychiatrie in Frage stellen, führt diese Studie von den Zeugenaussagen der beruflich Betroffenen zu den extra-medizinischen Werten der Krise, die aufs Spiel gesetzt werden. Dabei wird Folgendes unterschieden: eine Psycho-Soziologie der psychiatrischen Anstalt (aufs Studium seiner inneren Organisation, seiner Traditionen, seiner beruflichen Tätigkeiten etc. gerichtet), eine Soziologie der psychiatrischen Institution als solcher im Rahmen einer Theorie der psychiatrischen Einrichtung im Allgemeinen, aufgefasst als System der Macht und der Sozialkontrolle. Diese Richtung muss bevorzugt werden, insofern sie es zulässt, die psychiatrische Rationalität durchzubrechen und zu den objektiven Funktionen durchzustossen, die von der Psychiatrie ausgeübt werden: die Betreuung gewisser spezifischer Gegensätze des sozialen Systems.

резюме

Robert Castel : Психиатрические институты ставятся под вопросом.

После анализа нескольких недавних и значительных публикаций психиатров и психоаналитиков которые ставят под знаком вопроса институциональную организацию психической медицины, исследование проходит от свидетельств прямо касающихся профессиональных работников до позамедицинские установки кризиса. Для того чтобы это сделать оно резко отличает : психосоциологию от психиатрических заведений устремленных к изучению своей собственной внутренней организации, к своим традициям, к своей профессиональной практике и т. д., социологию психиатрической институции собственно говоря в рамках теории психиатрической системы в общем, которая представляется как аппарат власти и социального контроля. Такое поставление вопроса необходимо главным образом постольку поскольку оно позволяет опередить психиатрическую рационализацию и приступить к объективным функциям за которые ответственна психическая медицина — медицина управления некоторыми специфическими противоречиями социальной системы.

ROBERT CASTEL

L'institution psychiatrique en question

La crise institutionnelle qui sévit en psychiatrie s'est récemment trahie, entre autres indices, par la parution quasi simultanée d'un nombre considérable d'ouvrages et d'articles dont les auteurs, presque toujours des praticiens, remettent en cause l'organisation et parfois l'existence même des instances officielles de prise en charge des malades mentaux. Cette critique n'épargne plus le statut d'exception que s'était arrogé la psychanalyse en organisant sa pratique et le mode de formation de ses praticiens sans référence à l'existence de cette médecine mentale traditionnellement centrée sur l'hôpital psychiatrique. A partir de l'analyse de quelques-unes des plus significatives parmi ces publications (1), je tenterai de remonter du témoignage des agents professionnellement concernés aux enjeux extra-médicaux de la crise. Par ce moyen, je voudrais surtout montrer comment, selon le contenu social que l'on donne

(1) Pour s'en tenir à l'édition en langue française et à une période d'un peu plus d'une année, en faisant abstraction des articles isolés, l'ensemble de la littérature consacrée à ces problèmes institutionnels comprend :

— Ouvrages français : Jacques DURAND-DASSIER, *Psychotérapies sans psychothérapeute*, Paris, Ed. de l'Epi, 1970; Roger GENTIS, *Les murs de l'asile*, Paris, Maspero, 1970; André LEVY, *Les paradoxes de la liberté, dans un hôpital psychiatrique*, Paris, Ed. de l'Epi, 1969; Maud MANNONI, *Le psychiatre, son « fou » et la psychanalyse*, Paris, Ed. du Seuil, 1970; P. C. RACAMIER, et al., *Le psychanalyste sans divan*, Paris, Ed. Payot, 1970.

— Traductions en français : Franco BASAGLIA et al., *L'institution en négation*, Paris, Ed. du Seuil, 1970; Denis V. MARTIN, *Aventure en psychiatrie*, Paris, Ed. du Scarabée, Cemea, 1969; Ronald LAING, *La politique de l'expérience et le Moi divisé*, Paris, Stock, 1969 et 1970. David COOPER, *Psychiatrie et anti-psychiatrie*, Paris, Ed. du Seuil, 1970.

— Numéros spéciaux de revues, ou numéros où ce thème est dominant : *Etudes freudiennes* (1 et 2) nov. 1969; *L'information psychiatrique*, 46, (8), « Psychanalyse et thérapie institutionnelle », 1^{re} partie, oct. 1970, 2^e partie, déc. 1970; *L'interprétation*, 4 (1 et 2), « Psychanalyse et/ou institutions psychiatriques ». [Montréal], janvier-juin 1970; *Partisans* (46), « Garde-fous, arrêtez de vous serrer les coudes », 1969; *Présences* (108), « Feux croisés sur l'hôpital psychiatrique », 3^e trimestre 1969; *Recherches*, « Spécial psychothérapie institutionnelle », mai 1970; *Topique* (1 et 2), oct. 1969 et fév. 1970.

au concept même d'*institution*, on est conduit à des interprétations très différentes du malaise actuel de la psychiatrie et de la psychanalyse et de l'ambiguïté qui caractérise leurs rapports.

I

Chronologiquement, et aux Etats-Unis d'abord, c'est l'hôpital psychiatrique qui a commencé à polariser la curiosité sur ces questions, et cet intérêt ne s'est pas démenti depuis plus de vingt ans que s'est instaurée une tradition d'études sociologiques sur les problèmes de la médecine mentale (2). Il est tentant d'expliquer cette vogue par l'effet de scandale que présente, au sein d'une société qui prétend à l'efficacité et à la rationalité, l'archaïsme des structures hospitalières et l'absolutisme des relations sociales qui y règnent encore souvent. Ces îlots déshérités figurent assez bien en effet la contre-image d'une « nouvelle société » en laquelle il est rassurant de ne voir qu'une anomalie vouée à une rapide disparition, quitte à noircir quelque peu le tableau : les locaux vétustes et sur-occupés, d'une laideur choquante, la saleté, la rigidité militaire du règlement, la pénurie d'appareillages techniques modernes, les processus de prise de décision caractérisés par l'absence totale de « concertation », la lenteur avec laquelle cheminent les informations en empruntant les circuits les plus irrationnels, le gaspillage du temps et des énergies, le croupissement dans l'oisiveté et l'ennui, etc., tout, dans cet hybride de caserne courtelinesque et de fabrique du XIX^e siècle, rappelle une cristallisation des rapports sociaux en laquelle le capitalisme avancé ne peut reconnaître au mieux qu'une strate archéologique périmée de son propre développement, d'autant plus choquante qu'elle est désormais inefficace. Ainsi Deutsch, en 1948, intitulait « *The Shame of the States* » l'un des premiers ouvrages qui attirent l'attention sur ces problèmes (3).

Le souci d'effacer cette « honte » relaie immédiatement la curiosité qui s'attache aux derniers vestiges de la préhistoire d'une société en voie de normalisation, et rencontre la volonté des psychiatres d'humaniser le fonctionnement de l'hôpital et de le rendre « thérapeutique ». Il existe en effet une réciprocité totale entre le point de vue psychiatrique moderne dominant qui s'est développé dans la lignée de Sullivan, des théoriciens des groupes et de la psychanalyse revue et corrigée (la maladie mentale résulte essentiellement d'une perturbation des relations interpersonnelles et le traitement consiste surtout à amener les malades à prendre conscience de ces relations perturbées pour apprendre à en nouer de nouvelles) et celui des sociologues ou des psycho-sociologues, si tant est que la dis-

(2) A titre d'indice, dans certaines universités américaines, les sujets consacrés aux hopitaux représentent plus du tiers des mémoires soutenus et les établissements psychiatriques se taillent la plus grande part dans cet ensemble (cf. Ch. PERROW : « Hospitals : technology, structures and goals » in James G. MARCH ed., *Handbook of Organisations*, Chicago, Rand Mc Nally and Co, 1965). De même la section de « social psychiatry » constitue aux Etats Unis la spécialisation sociologique numériquement la plus importante.

(3) A. DEUTSCH, *The Shame of the States*, New York, Harcourt Brace, 1948.

tion puisse ici avoir un sens, spécialistes qualifiés de ce type de relations. Un état de symbiose intellectuelle profonde a ainsi marqué le développement des études sur l'hôpital psychiatrique durant les vingt dernières années, un ensemble de recherches inspirées par Lewin, Moreno et leurs continuateurs ayant procuré à la fois une idéologie et un ensemble de procédures techniques au projet de modifier la pratique psychiatrique en mettant entre parenthèses la question de ses finalités sociales (4).

Je propose d'appeler ici *psycho-sociologie de l'établissement psychiatrique* une telle démarche qui réduit pour l'essentiel l'étude de l'« institution » à l'analyse de son organisation interne, de ses traditions, de ses pratiques professionnelles, des types d'interaction qu'elle permet entre les différentes catégories de personnels et de malades, etc. Sa caractéristique générale consiste à appréhender l'ensemble de ces conduites institutionnalisées en fonction de leur plus ou moins grande pertinence à réaliser la finalité proclamée de la psychiatrie, la guérison des malades. Cette orientation devrait être clairement distinguée de la *sociologie de l'institution psychiatrique* proprement dite qui constitue un des domaines stratégiques de la théorie du *système psychiatrique* en général envisagé comme un appareil de pouvoir et de contrôle social. Selon la première perspective on suppose que les difficultés que rencontre actuellement la psychiatrie tiennent pour l'essentiel à l'archaïsme d'une organisation qui contredit aux exigences d'une gestion rationnelle. S'il s'agit ainsi de mettre fin à des survivances, de rattraper des retards, de résorber des dysfonctionnements, la bonne marche de l'établissement psychiatrique ne pose pas de problèmes qualitativement différents de ceux que présente à l'expert en technique organisationnelle le fonctionnement de n'importe quel établissement social, et le sociologue est parfaitement qualifié pour

(4) On trouvera une présentation critique de l'ensemble de cette littérature in Ch. DUFRANCATEL, « La sociologie des maladies mentales. » *Current Sociology*, 16 (2) 1968, particulièrement le chapitre IV, « L'institution psychiatrique », pp. 168-198. L'état du financement de la recherche sociologique en France fait que cette orientation n'y est guère développée. Cf. cependant A. LEVY, *Les paradoxes de la liberté dans un hôpital psychiatrique*, op. cit. Levy interprète l'échec relatif des « nouvelles méthodes » dans l'hôpital qu'il observe à partir de l'anxiété déclanchée chez les soignants par les tentatives pour abolir les anciennes structures d'autorité; il suggère une meilleure pédagogie du personnel, la prise en compte de la totalité de ses réactions conscientes et inconscientes, davantage de réalisme et un partage plus effectif des responsabilités de la part du médecin-directeur, etc. Ces remarques sont justes, mais l'analyse s'arrête au moment où l'on commence à voir que ces réactions des agents ne sont que le prix payé, au niveau de la subjectivité de l'équipe soignante, pour l'impossibilité objective de concilier, même dans l'hôpital psychiatrique le plus moderne, l'idéologie permissive qui inspire les pratiques d'avant-garde et le fait même de l'internement, dont la raison principale n'est pas nécessairement thérapeutique. Cet ouvrage exprime ainsi les principales caractéristiques de cette production: les problèmes de pouvoir sont immédiatement traduits en termes d'autorité, la dépendance du malade est rapportée à l'existence d'une hiérarchie rigide que la démocratisation des processus de décision et la libéralisation des circuits de communication peut abolir ou du moins neutraliser, etc. Si le sociologue joue un certain rôle critique pour apprécier les résultats qu'obtient la pratique psychiatrique, mettant au besoin en cause les moyens qu'elle emploie pour y parvenir, la contradiction la plus générale à laquelle il puisse ainsi accéder est celle qui existe souvent de fait entre les prétentions des psychiatres et leurs réalisations effectives. Mais il s'interdit de remonter à ce qui, en dehors de l'institution, peut déterminer les apories de son organisation.

intervenir comme auxiliaire du gestionnaire. De l'autre point de vue, l'intérêt principal de l'étude de « l'institution » psychiatrique tient à ce qu'elle représente l'un des lieux où éclate sous sa forme la moins voilée une des contradictions fondamentales des sociétés modernes entre une idéologie humaniste, libérale et rationalisatrice d'une part, et d'autre part l'existence d'instances officielles qui institutionnalisent la ségrégation sociale et perpétuent les formes les plus absolutistes du pouvoir sur l'homme. Il devient dès lors plus difficile au sociologue de proposer aux réformateurs des « solutions » humaines, réalistes et raisonnables qui auraient pour effet de dissimuler le fondement socio-politique du système. Que signifie, quant à la nature profonde d'une société « libérale » le fait que la prolifération des « institutions totalitaires » (asiles, prisons, colonies agricoles, *work houses*, etc.), soit contemporaine de son instauration ? Que signifie, dans la société actuelle, la crise généralisée des « institutions » — les efforts pour promouvoir la démocratie thérapeutique dans les hôpitaux, la resocialisation dans les prisons, la concertation dans les entreprises, la participation à l'université — crise qui répercute une évolution générale des formes dominantes du pouvoir de l'autorité-coercition à la persuasion-manipulation ?

C'est à ce contexte que je me réfère en parlant d'« institution » psychiatrique et — voir les remarques de conclusion à cet article — de « théorie du système psychiatrique ». Historiquement d'abord, la loi de 1838 a mis au centre de son dispositif une *institution*, l'asile, qui s'inscrit au milieu d'autres institutions dans une stratégie de reprise en main complète de certaines catégories sociales (fous, criminels, indigents, chômeurs...) dont la présence constitue un danger d'autant plus vivement perçu que le développement du capitalisme naissant entraîne la dissolution des rapports sociaux antérieurs. « Institution » signifie ici la constitution, entre la famille et la vie professionnelle, de nouvelles instances de socialisation où un nouveau type de relation pédagogique est mis en place pour domestiquer un groupe de déviants en leur recomposant le profil humain exigé par les normes dominantes (5). L'isolement en effet, plaque tournante du dispositif, non seulement neutralise les reclus en traçant autour d'eux un cordon sanitaire, mais aussi et surtout il circonscrit une sorte de laboratoire social dans lequel une véritable stratégie du conditionnement peut se déployer systématiquement. Tout dans l'ordonancement interne de l'asile, du dispositif architectural aux modalités du traitement — la séparation des sexes, la rupture des liens familiaux et de voisinage, le travail monotone, l'omniprésence du règlement, le

(5) Cf R. CASTEL « Le traitement moral, médecine mentale et contrôle social au XIX^e siècle », *Topique* (2), février 1970. On peut démontrer entre autres éléments stratégiques qui donnent à la synthèse asilaire sa signification sociale : 1) que la loi de 1838 proposée par le Ministère de l'Intérieur, amendée et votée par les deux Chambres à la suite de longs débats politiques, est le fruit d'un compromis négocié entre les grands aliénistes (Esquirol, Falret, Ferrus...) et les représentants du pouvoir d'Etat, qui aboutit à définir un « pouvoir médical » à mi-chemin entre le pouvoir administratif et le pouvoir judiciaire ; 2) que la constitution d'une « médecine spéciale », spécifiquement habilitée pour intervenir en ce domaine, dépossède les anciennes instances légitimes de prise en charge de la folie (la famille, la communauté d'habitat, le clergé, l'autorité judiciaire, et même la médecine ordinaire).

comptage rigide du temps, la suppression de tout superflu, de toute fantaisie, de toute initiative, etc. — tout a pour double fin de faire table rase des moindres différences significatives dans le monde extérieur et de reprogrammer complètement l'existence en fonction des exigences de l'ordre, de la bienséance, de la discipline et du travail (6).

Ces caractéristiques que l'on retrouve avec des variantes dans la recomposition des espaces de détention et de production opérée à la même époque (7) ont traversé sans modification fondamentale un siècle d'histoire. Que signifie dès lors — épistémologiquement et politiquement — pour une « sociologie de l'institution psychiatrique », l'impasse totale faite sur cette dimension ? On dira peut-être que « le problème n'est plus le même ». C'est précisément toute la question. Elle reste ouverte tant que l'on n'a pas démontré que la problématique *sociale* de l'institution psychiatrique peut être entièrement résorbée par la solution des difficultés *médicales et organisationnelles* que rencontre l'hôpital à fonctionner comme *établissement de soin*. Supposer cette question résolue pour porter exclusivement intérêt aux relations observables au sein de l'organisme montre à nouveau (cf. Wright Mills) à quel point l'oubli de la dimension historique d'un problème — ou plus pernicieusement sa réinterprétation en termes de « retards », d'« archaïsmes », etc. — est la meilleure manière de censurer son impact sociologique le plus actuel. Car indépendamment du travail thérapeutique qui peut simultanément être accompli, ce qui est ainsi « oublié », ce n'est rien moins que le problème de la place et de l'efficace spécifique du système psychiatrique dans l'éventail des instances sociales d'inculcation, de normalisation, de sélection et d'épuration : institutions familiale, juridique, politique, religieuse, etc.

Cette distinction que je suggère entre psycho-sociologie de l'établissement et sociologie de l'institution est donc à mes yeux essentielle. Non seulement elle repose sur des conceptions divergentes de la nature sociale de l'institution, mais elle commande une appréciation toute différente de l'évolution de la médecine mentale et de la signification des réformes qui y sont actuellement en cours. Cependant toutes ses implications ne sont pas immédiatement évidentes. L'intention de cet article est de prendre un détour pour les dégager progressivement à partir du lieu d'où elles surgissent d'abord, au ras de la pratique psychiatrique. L'un des traits les plus frappants de la situation psychiatrique récente me paraît être

(6) En termes médicaux, il faut évidemment distinguer les « incurables » et les « curables ». Le programme complet de réhabilitation passe par la guérison et s'applique donc à ces derniers seuls, les incurables étant à tout le moins neutralisés par l'internement.

(7) Cf J. DONZELOT, « Espace clos, travail et moralisation », *Topique* (3), mai 1970. La formule générale de l'action maximale sur l'homme qui sous-tend cette utopie constructiviste comme « raison » de l'institution totalitaire est donnée par J. Bentham dans son célèbre *Panopticon* (1970) : « Si on pouvait trouver un moyen de se rendre maître de tout ce qui peut arriver à un certain nombre d'hommes, de disposer de tout ce qui les environne de manière à opérer sur eux l'impression que l'on veut produire, de s'assurer de toutes leurs actions, de leurs liaisons, de toutes les circonstances de leurs vies, en sorte que rien ne pût échapper ni contrarier l'effet désiré, on ne peut douter qu'un moyen de cette espèce fût un instrument très énergique et très utile que les gouvernements pourraient appliquer à des objets de la plus grande importance. »

en effet cette prise de conscience, opérée par certains psychiatres qui, en radicalisant leur démarche réformatrice, commencent à déchirer le voile des justifications purement thérapeutiques pour découvrir le réseau des antagonismes sociaux qui décident à tous les niveaux des modalités de l'intervention médicale (8). J'analyserai donc ici quatre ouvrages récents de psychiatres ou de psychanalystes qui me paraissent poser, implicitement ou explicitement, la question du dépassement du point de vue médical sur l'institution. Le choix que je fais est strictement orienté en fonction de cette intention méthodologique. Je ne donnerai pas un compte rendu exhaustif des ouvrages cités, mais je m'efforcerai de dégager à partir de la critique qu'ils appellent ou qu'ils opèrent la possibilité d'une analyse objective du système psychiatrique dont j'esquisserai en conclusion la démarche. Seront donc retenus :

— Au plus près encore de la problématique psychiatrique, un courant visant une réorganisation plus rationnelle de l'établissement thérapeutique. Cette orientation sera représentée ici par P. C. RACAMIER *et al.*, *Le Psychanalyste sans divan*, dans la mesure où la tendance psychanalytique qu'il illustre prétend prolonger et accomplir le mouvement de réforme institutionnelle inauguré depuis la fin de la seconde guerre mondiale.

— La critique de l'espérance selon laquelle de tels réaménagements commandés par la volonté de transformer de l'intérieur la pratique et la théorie médicales pourraient apporter une solution aux problèmes d'ensemble de la médecine mentale, qu'on les envisage à partir d'une appréhension psychanalytique de la vérité de la folie (Maud MANNONI, *Le Psychiatre, son « fou » et la psychanalyse*), ou sous l'angle de la mise en question de la structure de l'établissement de soin (Roger GENTIS, *Les Murs de l'asile*).

— La tentative d'auto-destruction complète de la pratique et de l'idéologie psychiatriques à partir de la dénonciation de leur fonction sociale

(8) Si ces remarques sont fondées, il vaudrait la peine de réfléchir sur le paradoxe selon lequel ce n'est pas aux Etats-Unis, où une tradition de recherches sur le sujet s'est implantée de longue date, que sont parus les ouvrages qui posent les questions les plus radicales sur l'institution; et ce ne sont même pas des sociologues, dans la mesure où ils entérinent les fins de la psychiatrie, qui posent ces questions. Bien entendu il y aurait des exceptions à cette « loi ». D'une part, centrant mon propos sur l'institution, je mets entre parenthèses l'ensemble des recherches qui étudient, soit les déterminants socio-économiques, culturels, ethniques, etc., qui aboutissent à l'internement, dans la ligne des recherches écologiques de Chicago, soit les processus non médicaux qui aboutissent à l'« étiquetage » psychiatrique (théories du « labelling », dans la ligne des travaux de l'école « interactionniste », avec H. S. Becker, E. Goffman, E. Lemert, Th. Scheff, A. Straus, etc. D'autre part, s'agissant de l'institution proprement dite, il faudrait faire un sort particulier à E. Goffman, *Asiles*, trad. fr. E. de Minuit, Paris, 1968. Dans le vocabulaire que je suggère, on peut dire schématiquement que : 1) Goffman dégage parfaitement la structure interne de l'hôpital psychiatrique et 2) il la replace au sein d'un éventail d'autres structures sociales, esquissant par la médiation du concept d'institution totalitaire (*total institution*) la rupture avec le point de vue médical et le passage de la psycho-sociologie de l'établissement à la sociologie du système psychiatrique. Mais, rançon de la méthode ethnographique qu'il emploie : 1) la portée de cette opération demeure essentiellement classificatoire parce que 2) elle ne prend pas en compte les rapports de force extérieurs au système qui conditionnent l'équilibre de ces structures dans l'espace social et dans le temps historique (cf. R. CASTEL, « Présentation » de l'édition française d'*Asiles*, *op. cit.*).

par le mouvement « anti-psychiatrique » italien (Franco BASAGLIA et al., *L'Institution en négation*).

Une telle « hiérarchie » ne va pas sans une certaine partialité, mais celle-ci apparaîtra peut-être légitimée, si on se souvient que l'orientation choisie ici n'est pas la seule possible, et qu'en particulier elle met complètement entre parenthèses le point de vue clinique et thérapeutique (9).

II

Aux lendemains de la seconde guerre mondiale a pris naissance en France — ainsi que dans la plupart des pays occidentaux — un vaste mouvement de réforme des hôpitaux psychiatriques dont les inspirateurs s'accordaient sur un certain nombre de principes : exigence d'une amélioration de l'infra-structure matérielle de l'hôpital, politique de la « porte ouverte » pour atténuer la coupure hôpital-monde extérieur, importance donnée au travail en équipe et à la formation des personnels, développement des « cliniques d'activité » (G. Daumezon) pour étendre la relation thérapeutique au-delà du rapport médecin-malade, etc. Il est possible qu'une orthodoxie psychiatrique très stricte n'ait pas toujours présidé aux initiatives prises par les représentants de ce mouvement et qu'un certain empirisme médical les ait rendues également accueillantes à la chimiothérapie, aux techniques de groupe, à la thérapie occupationnelle et, progressivement, à une utilisation très souple de certaines techniques et de certains concepts psychanalytiques. Toutefois, à lire les textes des principaux promoteurs du mouvement (10), on s'aperçoit qu'ils étaient clairement conscients du fait que leur tentative pouvait aboutir seulement à la condition de s'inscrire dans le cadre d'une modification d'ensemble de la politique de la société à l'égard des malades mentaux. Un pareil changement exigeait non seulement l'obtention de moyens matériels considérables, mais aussi la prise de décisions stratégiques visant à mettre fin à la ségrégation sociale des malades mentaux. Ces moyens ayant

(9) Ainsi l'ordre que je propose ne contredit pas le fait, par exemple, que l'ouvrage de Racamier est sans doute plus riche, pour un usage *directement* psychiatrique, que celui de Gentis. Pour des raisons analogues, et sans aucunement me prononcer sur la valeur des réalisations pratiques des anti-psychiatres anglais, je m'attacherai ici quasi-exclusivement à l'exposé des travaux de la tendance italienne. L'élaboration théorique de l'anti-psychiatrie anglaise me paraît en effet s'accommoder d'un éclectisme difficile à justifier où se retrouvent mêlés les apports de la psychanalyse, de la phénoménologie, de la critique sociale, du surréalisme, du socialisme utopique etc. et dont la dominante — affinité sentimentale plus qu'influence directe sans doute — ne serait à chercher du côté de la métaphysique bergsonienne avec ses dichotomies du superficiel et du profond, de l'objectif et du subjectif, du social et de l'humain dont il est bien difficile de faire un usage sociologique.

(10) Né de la pratique quelque peu clandestine des années 40, principalement à Saint-Alban, mûri par la prise de conscience socio-politique permise par la guerre (faut-il rappeler que plusieurs dizaines de milliers de malades mentaux sont littéralement morts de faim en France sous l'occupation ?), le mouvement tient son premier concile aux journées de Sainte-Anne des 27 et 28 mars 1945. Voir principalement les publications de L. BONNAFÉ, G. DAUMEZON, L. LE GUILLANT, Fr. TOSQUELLES. On trouvera dans *Le Psychanalyste sans divan*, pp. 192-195, une bibliographie sur la question due à P. Béquart.

été pour l'essentiel refusés, et les quelques initiatives globales prises plus ou moins détournées de leur sens (cf. l'histoire de l'application ou de la non-application de la circulaire de 1960 sur la « sectorisation »), on comprend qu'un certain pessimisme ait succédé à l'enthousiasme des débuts, et que ce mouvement marque en ce moment quelque peu le pas. A partir de ce contexte, qui représente un facteur déterminant de la « crise » actuelle de la psychiatrie en France, on peut penser soit que le malaise et ses solutions relèvent principalement de la médecine mentale elle-même et exigent une sorte de reprise en main qui lui assure un développement plus rigoureux, soit qu'il faut se placer en dehors de la psychiatrie pour comprendre la situation dans son ensemble et éventuellement y apporter remède. Roger Gentis et les anti-psychiatres illustrent cette seconde position, P. C. Racamier et ses collaborateurs représentent assez bien la première.

La tentative d'une transformation véritablement scientifique de la pratique psychiatrique a été, aux yeux des auteurs du *Psychanalyste sans divan* eux-mêmes, rendue possible par la destruction du contexte traditionnel qui a libéré les relations humaines au sein de l'hôpital :

« Cette révolution sans violence a donc décarcéralisé l'institution psychiatrique. Elle en a secoué l'épaisse poussière, l'a débarrassée de ses effets les plus délétères, et finalement a laissé apparaître l'importance véritable des relations psychologiques rétablies entre les médecins, les malades et les soignants » (p. 59).

Si en particulier la psychose a pu résister si longtemps aux prises de la thérapeutique, c'est que les structures de l'asile réitéraient et renforçaient les défenses pathogènes de la structure psychotique. Avec un certain optimisme (nous y reviendrons), il paraît entendu qu'une telle organisation est aujourd'hui définitivement révolue, comme sont aussi dépassées par leur maladresse ou leur naïveté les impasses des premières tentatives de libéralisation :

« Certes, l'asile d'autrefois était le lieu privilégié pour obliger les défenses narcissiques des malades à ne trouver d'autres normes que l'autisme hébéphrénocatatonique et le délire. Une certaine humanisation entraîna un paternalisme que Bonnafé dénonçait autrefois. Tout cela est aujourd'hui heureusement dépassé, le malade est traité en être humain, tout l'effort des services modernes tend à lui garder sa dignité, il prend part à des réunions où sont prises des décisions concernant les activités sociales et thérapeutiques du service qui l'accueille » (R. Diatkine, p. 34).

Cependant la psychiatrie classique est incapable de parachever sa révolution. « La vétusté, l'insuffisance, l'approximation des conceptions psychiatriques les plus courantes » (p. 54), le poids des habitudes asilaires, la bonne volonté aveugle de la plupart des psychiatres paralysent le mouvement et le condamnent aux tâtonnements d'un empirisme inconsistant.

« C'est alors que les questions difficiles se dévoilent » (p. 60). C'est alors aussi qu'intervient la psychanalyse qui est « *de naissance et par essence une science de la connaissance agissante et de la vérité efficace* » (souligné par l'auteur, p. 55). Elle est requise pour assumer un problème

psycho-pathologique, le traitement des psychoses, mais à travers la solution systématique qu'elle en propose, elle aboutit à réinterpréter complètement les structures de l'institution de soin. Grâce à la psychanalyse, le système psychiatrique peut devenir ce qu'il a toujours prétendu être et toujours échoué à être, une organisation purement thérapeutique, la solution adéquate au problème médical et social posé par l'existence de la psychose. Il y réussira d'autant mieux d'ailleurs qu'il saura s'assouplir jusqu'à remettre complètement en question l'hospitalocentrisme traditionnel. Les collaborateurs du *Psychanalyste sans divan* sont aussi les promoteurs de la fameuse « expérience du XIII^e arrondissement » proposée comme modèle d'une organisation moderne de prévention, de traitement et de post-cure : des équipes mobiles d'intervention auprès des différents groupes sociaux, rattachées de manière très souple à des institutions diversifiées (non seulement l'hôpital, mais surtout des ateliers protégés, des clubs, des hôpitaux de jour ou de nuit, des foyers de post-cure, etc.), doivent assurer la couverture psychiatrique complète de la population.

L'ouvrage traite longuement des difficultés *techniques* à résoudre, et de modalités *pratiques* à mettre en place pour atteindre cette fin. Tout tourne autour du souci de respecter une double exigence à première vue contradictoire : ne pas trahir l'acquis d'une approche proprement psychanalytique de la maladie mentale, et inventer des techniques institutionnelles toutes différentes de celles qui ont fait leur preuve en situation duelle. Cette gageure explique la modestie des auteurs dans l'exposé des innovations concrètes qu'ils proposent, mais sur le plan du principe il est constamment réaffirmé que c'est par cette seule voie qu'il peut être mis fin à la crise de la psychiatrie.

Quelle est exactement cette voie ? Elle consiste à faire fonctionner complètement l'institution rénovée comme un instrument de technique analytique, en présupposant que la réalisation de ce programme thérapeutique apporterait une solution *d'ensemble* aux problèmes posés par l'institutionnalisation de la maladie mentale. Plus précisément la psychanalyse, même institutionnelle, se jouant toujours à travers une relation interpersonnelle orientée par un médecin, c'est sur la possibilité de promouvoir le *leadership* effectif du psychanalyste dans l'institution assouplie que se joue en dernière analyse le sens de cette tentative :

« Si l'influence psychanalytique pénètre dans son organisme de soin, elle doit être cohérente et globale... Et cela veut dire tout aussi simplement que *tous* les responsables institutionnels doivent partager la même formation psychanalytique afin de pouvoir développer une politique institutionnelle coordonnée, à laquelle tout le monde est associé selon son rôle et ses possibilités propres » (p. 74).

Il faut néanmoins être réaliste : si la psychanalyse doit régner sans partage au sein de l'institution comme base du consensus idéologique entre les « soignants », la division du travail autorise qu'elle soit répercutée différemment aux différents échelons selon les compétences et les responsabilités de chacun. Puisque la hiérarchie du savoir, du pouvoir et des tâches thérapeutiques se recouvrent exactement, seuls les dirigeants

ont besoin d'être des psychanalystes à part entière, les employés subalternes se contentant de diffuser un savoir auquel ils ont accès par personne interposée. Comme dans l'analyse freudienne de l'armée et de l'église (11), c'est le rapport d'identification au leader qui assure, avec la suprématie de celui-ci, le consensus dans l'institution. Mais c'est désormais le fait même d'être psychanalyste qui justifie et rend incontestable le charisme du chef.

« Ce que le psychanalyste apporte aux jeunes psychiatres ainsi qu'aux soignants qui l'entourent dans l'institution, c'est d'abord et avant tout un *modèle d'identification* » (p. 68).

Ce consensus aura ensuite le meilleur effet sur les malades, d'autant que les organismes de soin sont agencés jusque dans leur détail pour en répercuter les bienfaits dans tous les rouages de l'institution.

La crise institutionnelle se réduit donc, quant à l'essentiel, à une crise du savoir et de l'autorité, qui trouvera sa solution si l'on peut réorganiser le collectif de soin de telle sorte qu'il soit une émanation directe du savoir-pouvoir psychanalytique. Que ce remède soit proposé par les « psychanalystes-leaders » eux-mêmes pourrait conduire à se demander si la solution n'a pas été construite pour les besoins de leur cause plutôt qu'à partir d'une analyse d'ensemble du fonctionnement institutionnel (12). On est également tenté d'ironiser sur la nature véritable de ce « modèle d'identification » et, chaque société ayant le modèle qu'elle mérite, de comparer ce psychiatre-psychanalyste qui nous est proposé comme image de la santé à la figure du psychiatre traditionnel auquel malades et personnels étaient énergiquement conviés à obéir (13). Plus sérieusement,

(11) S. FREUD, « Psychologie collective et analyse du moi », trad. fr. in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1951.

(12) Si les responsables de l'institution étaient aussi les psychanalystes du personnel, le problème de la communication des informations serait résolu en même temps que celui de l'autorité. Cette mauvaise plaisanterie fait apercevoir par quelles voies une communauté psychanalytique pourrait réaliser une structure hiérarchique parfaitement fonctionnelle et apporter du même coup la solution à l'aporie à laquelle se heurtent les experts en technique organisationnelle : comment une gestion peut-elle être à la fois énergique, efficace et acceptée des subordonnés, l'exercice de l'autorité ayant en général pour contre partie l'opposition des administrés, la perte d'une grande quantité d'informations à travers la structure hiérarchique etc., sans même parler d'une possibilité de révolte des subordonnés qui pourraient se découvrir exploités. Bien entendu ce n'est là qu'une « utopie » nullement préconisée par les auteurs du *Psychanalyste sans divan* et même exclue de leur système, puisque les non-médecins n'ont pas « besoin » comme on l'a vu, d'être psychanalysés. Mais en observant les modalités de la pénétration de la psychanalyse telle qu'elle se dessine dans d'autres milieux que psychiatriques, on peut craindre que l'hypothèse ne soit pas si absurde qu'elle le paraît.

(13) P. C. RACAMIER, p. 68 : « Débarassé d'attributs olympiens, le psychanalyste offre un exemple de tolérance sans masochisme, de présence sans complaisance, de fermeté sans fausse prestance, d'acceptation et d'utilisation contrôlée des réactions affectives personnelles, et enfin de curiosité sans impatience ».

Scipion PINEL, *Traité complet du régime sanitaire des aliénés*, Paris, Mauprivez, 1836, p. 43 : « ...On ne peut trop inculquer aux aliénés la forte persuasion de la puissance d'un seul qui tient leur sort entre ses mains, qui punit, qui pardonne et qui délivre.

Tel doit être le pouvoir illimité du médecin en chef : alors son influence augmente encore sa considération, et lui permet de régulariser toutes les parties du service, par l'impulsion que leur imprime une volonté ferme et tenace dans le bien. Il justifie de tous ses moyens l'importance de ses devoirs et de sa responsabilité... Son abord est digne et calme, sa voix grave, son regard doux et bienveillant... Un

il faut tirer les conséquences du fait que c'est à faire de l'autorité médicale le fondement de l'institution (14) et à répercuter son pouvoir dans de nouvelles sphères grâce à la capillarité des nouvelles structures mises en place que s'emploient les auteurs du *Psychanalyste sans divan*. En ce sens leur tentative renouvelle et prolonge l'inspiration de la psychiatrie la plus classique, puisque le thème de l'omniprésence et de l'omniscience du médecin est l'un des éléments les plus constants de la problématique asilaire (15). Il y a cependant une différence essentielle. L'aliéniste se pensait consciemment comme le *délégué* au sein de l'asile des pouvoirs et des normes extérieurs (16). Ici le psychanalyste est lui-même, dans l'institution, la loi et la norme, en même temps que l'agent thérapeutique principal. Il est nécessaire d'explicitier ce que l'on postule, et les problèmes que l'on omet de soulever en lui accordant un tel statut.

Le postulat, c'est que « la relation de service » pour parler comme Goffman, c'est-à-dire le « libre » contrat entre un spécialiste et un client peut s'appliquer comme tel en situation psychiatrique. Or l'un des problèmes cruciaux de la psychiatrie tient au fait que l'usage de ce schéma fonctionne le plus souvent comme une idéologie dissimulatrice. Cela n'est pas seulement vrai, ainsi que Goffman l'a démontré en ce lieu, au sein de l'hôpital psychiatrique, mais aussi dans toute situation psychiatrique, parce que cette situation ne peut se définir exclusivement comme un rapport inter-psychologique (le fameux « colloque singulier », fût-il ici étendu à la dimension d'un groupe). Pour employer un langage qui demeure encore anodin : le médecin, psychiatre ou/et psychanalyste, joue au sein de l'institution et hors d'elle de multiples rôles. Les identifier sur la base du rapport thérapeutique, c'est s'épargner la peine de les analyser dans leur spécificité et leurs finalités contradictoires ; c'est surtout une manière commode d'éviter de poser la question sociologiquement fondamentale : au nom de quoi (ou de qui) le psychiatre-psychanalyste exerce-t-il cette fonction de modèle, *de quelle autorité est-il le délégué ?* Nous y reviendrons. Il suffit pour l'instant de remarquer que l'assimilation non critique psychanalyste - santé mentale - bien du patient enferme la problématique du *Psychanalyste sans divan* dans un psychiatrocentrisme intégral et lui interdit d'aborder le problème de l'institution psychiatrique autrement que pour proposer des aménagements techniques sur la valeur desquels il n'y a pas à se prononcer ici. En voyant dans une application judicieuse de la psychanalyse la panacée susceptible de surmonter toutes les apories institutionnelles, cette position s'enferme dans un cercle psycho-sociologique où, même à travers l'équipe, c'est le rapport

tel médecin est philosophe dans toute l'étendue du terme : il connaît le monde, et il le fréquente peu ; il connaît les infirmités humaines, et il en fait les vrais éléments de la science de l'homme ; il ne suit aucun système, il les juge ; également en garde contre les écarts de l'imagination et le stupide entêtement de l'ignorance, il a le génie de sa vocation, le véritable génie de la science, qui ne craint pas de marcher en avant quand les faits et la logique le soutiennent ».

(14) « Vous n'arriverez à rien tant que vous n'aurez pas restauré l'autorité médicale ; ensuite seulement vous pourrez la partager » (Racamier, p. 165).

(15) Cf. Michel Foucault, *Histoire de la folie*, Paris, Plon, 1961, particulièrement le chapitre « La naissance de l'asile ».

(16) Cf. R. CASTEL « Le traitement moral », *loc. cit.*

en miroir du « soignant » et du « soigné » qui fournit l'axe de toute réflexion sur le processus de l'institutionnalisation. Que ce soit l'image prestigieuse du psychanalyste que l'on trouve dans ou derrière le miroir ne change rien du fait que, sociologiquement parlant, on est ainsi renvoyé en-deçà de l'analyse proposée par les initiateurs des premières tentatives de réforme de la psychiatrie, qui avaient eu au moins le mérite de voir que la transformation de la structure institutionnelle exigeait tout autre chose que le remplacement d'une théorie médicale par une autre théorie médicale, fût-elle d'inspiration psychanalytique (17).

III

Il est normal que les conflits théoriques qui déchirent la psychanalyse aient des retombées lorsqu'il s'agit de promouvoir une organisation nouvelle des institutions psychiatriques; il est normal aussi que ces divergences recoupent des oppositions politiques puisqu'il s'agit en fait de définir une politique de la santé mentale laquelle, qu'on en soit conscient ou non, n'a jamais été et n'est jamais sans rapports avec une politique de la santé sociale, c'est-à-dire avec la politique tout court. Représentante de la tendance lacanienne (*Le psychiatre, son « fou » et la psychanalyse* est d'ailleurs dédié à Jacques Lacan), Maud Mannoni dénonce ce rôle de pôle d'identification du psychiatre, en lequel elle voit le moyen d'une intégration de la fonction médicale à la fonction politico-administrative de maintien de l'ordre établi :

« Aux notions de rééducation émotionnelle du patient (en vogue dans certains cercles psychanalytiques), nous opposons une logique de l'inconscient et l'étude de ce qui est opérant au niveau du désir. C'est de cette étude que dépend l'avènement du sujet à une parole personnelle. Ceci amène le psychiatre à se situer à un autre pôle que celui de l'iden-

(17) On est d'autant plus fâché de devoir tirer cette conclusion qu'il y a chez Racamier un effort réel pour intégrer l'apport de ce qu'il appelle la « sociologie dynamique ». Mais il couvre de ce label exclusivement les techniques lewiniennes du *resolving social conflict* et la psycho-sociologie des petits groupes. A titre d'exemple, P. C. Racamier fait plusieurs fois état (cf. pp. 86-90) de l'étude pilote de STANTON et SCHWARTZ (*The Mental Hospital, a study of institutional participation in psychiatric illness and treatment*, New York, Basic Books, 1954) qui montre le rapport étroit existant entre, d'une part les troubles présentés par les malades hospitalisés, en particulier les épisodes d'agitation, et d'autre part les dissensions qui existent au sein de l'équipe soignante. Sans nier les heureuses implications possibles d'une telle prise de conscience pour les malades, on voit comment l'assimilation de l'investigation à des recherches de ce type aurait pour effet de rendre impossible tout accès proprement sociologique au fait psychiatrique, en réduisant son étude à celle des modalités de sa prise en charge en milieu psychiatriqué.

Je dois ajouter que je me suis exclusivement attaché ici à l'analyse du *Psychanalyste sans divan* parce qu'il présente le mérite de porter la solution qu'il préconise au niveau d'une politique d'ensemble de la santé mentale. On trouvera des formulations plus nuancées mais sans doute moins cohérentes du même problème par des partisans d'une solution voisine dans le numéro spécial de la revue canadienne *Interprétation*, op. cit., en particulier dans les contributions de J. AZOULAY, P. ISRAËL, J. FRÉCOURT. Cf. aussi les deux numéros spéciaux de *Recherches psychiatriques*, « Psychothérapie et institutions : l'expérience du XIII^e arrondissement de Paris », (16 et 17), 2^e et 3^e trimestres 1967.

tification au représentant de l'ordre moral, c'est-à-dire à refuser le rôle que la société voudrait lui faire jouer » (p. 28).

Ce refus se fonde sur une conception théorique de la nature de la folie à laquelle pourrait servir d'exergue l'aphorisme de Jacques Lacan : « l'être de l'homme, non seulement ne peut être compris sans la folie, mais il ne serait pas l'être de l'homme s'il ne portait en lui la folie comme limite de sa liberté » (18). Par rapport à toutes les théories psychiatriques anciennes et modernes de la maladie mentale qui, de la psychopathologie des passions d'Esquirol à l'organo-dynamisme moderne en passant par l'organicisme de la fin du XIX^e siècle, la conscience morbide de Blondel ou la psychasthénie de Janet, se fondent toutes sur une conception péjorative de la folie appréhendée en terme de manque et de moindre-être, se retrouve ici l'écho de l'aspect le plus subversif de l'œuvre de Freud qui subordonne la réalité au fantasme et par là la maxime de l'adaptation à la recherche de la vérité du sujet. Dans ce cadre, le problème de la santé psychologique ne peut se confondre avec celui de l'acceptation de la norme sociale. Non qu'il faille pour autant se livrer à une apologie de la folie : c'est bien plutôt la problématique conformiste qui, posant la folie comme le simple contraire de la normalité, ressortit à une erreur théorique et pose le faux problème d'un choix manichéen entre raison du groupe et délire individuel. La « folie », certes, est exclue et rejetée de la société, ou du moins de la nôtre, mais elle représente cependant moins une formation intrinsèquement aberrante qu'une demande dont le sens est à dégager et à laquelle ont fait défaut les moyens pour accéder à une expression socialement reconnue. Il faut donc être attentif aux accidents de parcours — familiaux, sociaux, etc. —, aux contingences de l'existence qui sont responsables de cet avortement du sens. Toute idée de « guérison » n'est pas ainsi répudiée, mais il faut dénoncer l'ambiguïté de techniques qui se contentent de domestiquer la folie comme on « tasse » un délire, ce qui en termes psychanalytiques revient à faire jouer l'intervention thérapeutique du côté des forces du refoulement.

Ces thèmes situent l'orientation de Maud Mannoni en affinité avec certaines des thèses de « l'anti-psychiatrie » à laquelle elle consacre plusieurs développements empreints de compréhension (19). Comme elle le remarque justement (p. 173), c'est l'option « guérison » - « folie permise » qui trace aujourd'hui la vraie ligne de partage en psychiatrie (20). Cette option, elle hésite elle-même à la prendre franchement. Accordant que « L'adaptation peut, dans certains cas, être facteur de santé. Que le dire vrai ne puisse, dans notre société, s'exprimer que dans la délinquance ou la folie éclaire ce qui dans notre système se trouve faussé » (p. 231), elle ne va pas comme l'anti-psychiatrie jusqu'à « défendre le fou contre la société » (p. 170). Certes la psychanalyse peut s'accorder avec certaines

(18) J. LACAN « Propos sur la causalité psychique », *Ecrits*, Paris, Ed. du Seuil, 1966, p. 176.

(19) Mais qui ne dégagent malheureusement pas l'originalité de la tendance italienne par rapport au courant anglo-saxon.

(20) Option qu'il faut se garder de confondre avec le clivage psychiatrie-psychanalyse puisqu'on retrouve du même côté, avec les psychiatres dits traditionnels, la plupart des psychanalystes qui s'occupent d'institutions.

thèses fondamentales des anti-psychiatres, comme la nécessité de déplacer le lieu d'émergence de la « maladie mentale » de l'individu « malade » à la constellation familiale (21). Elle peut aussi suivre avec sympathie certaines innovations pratiques de l'anti-psychiatrie comme l'institution du *home* où le sujet en difficulté peut, sans aucune contrainte normativante, mener jusqu'au bout le « voyage » de sa folie (22). Mais elle ne saurait sans se renier franchir le pas qui consiste à poser la « maladie » comme un avatar dont l'aliénation sociale de l'individu fournirait toutes les clefs. Elle distinguera donc nécessairement le trouble psychique, qui a son lieu dans l'économie inconsciente du sujet, et la manipulation de ce trouble par le contexte social :

« Dans ce livre s'est poursuivie une double démarche : d'une part, l'étude de la maladie en elle-même; d'autre part, l'étude du rapport que la société établit avec elle » (p. 225).

Sur le second point on peut être « anti-psychiatre »; mais transposer la démarche au premier, ce serait se retrouver aussi... anti-psychanalyste. C'est pourquoi le propos du *Psychiatre, son « fou » et la psychanalyse* est beaucoup moins systématique que celui des anti-psychiatres :

« Ce que j'ai essayé de mettre en question, c'est non pas tant la nature de la folie ou de ses causes que la façon dont elle est appréhendée dans le contexte social d'aujourd'hui » (p. 226).

Il ne saurait être question, pour des raisons qui apparaîtront à travers l'analyse de *L'Institution en négation* de Fr. Basaglia, de faire grief à Maud Mannoni de ne pas épouser dans toutes ses conséquences la position anti-psychiatrique anglo-saxonne; il faut cependant se demander si la sympathie qu'elle éprouve pour les tenants d'une critique institutionnelle radicale ne se dégrade pas en fait de pure subjectivité à partir du moment où elle se dérobe devant la tâche d'appliquer cette critique aux conditions d'exercice de la psychanalyse elle-même. Quant à l'essentiel, sa tentative revient en effet à un plaidoyer pour un pur exercice de la psychanalyse, dégagé des contraintes normativantes imposées par une organisation sociale de la santé mentale qui vise l'adaptation à l'ordre davantage que la libération du sujet. Mais cette intention respectable échoue à dégager un contexte institutionnel dans lequel elle pourrait se réaliser sans ambiguïté.

Maud Mannoni s'en prend ainsi à « la mutation technocratique » qui lie la psychanalyse « au pouvoir qui la met en place » (p. 227). Mais cette perversion est-elle purement et simplement due au fait que le psychanalyste « abdique son point de vue d'analyste dès qu'il s'engage dans le secteur public. Y faisant carrière, il se change en super-psychiatre, gardant ses qualités d'analyste pour sa seule clientèle privée » (p. 174) ? Tout se passe comme si une tare originelle frappait toutes les tentatives pour institutionnaliser la médecine mentale comme un service public :

« Le cadre dans lequel la psychanalyse est amenée à se déployer com-

(21) On trouvera dans l'article de P. FEDMA « Psychose et parenté » *Critique* (257), octobre 1968, un bon exposé des sources de ce thème dominant de l'anti-psychiatrie anglo-saxonne.

(22) Cf. in R. LAING, « Metanoïa : Some experiences at Kingsley Hall », *Recherche*, décembre 1968, pp. 51-57, une relation particulièrement impressionnante d'un tel « voyage ».

promet la plupart du temps les conditions nécessaires à son existence même... Dès qu'une société songe à mettre en place une organisation de « soins », elle fonde cette organisation sur un système de protection qui est avant tout rejet de la folie » (p. 232).

Ce qui n'est pas dit explicitement, mais ressort me semble-t-il nécessairement de cette position du problème, c'est que la psychanalyse, pour garder sa pureté, en est réduite à entériner la vieille dichotomie entre psychanalyse de clientèle et psychiatrie publique, colloque singulier et gardiennage à l'hôpital, traitement individuel et manipulation en masse, quitte à ce que quelques mécènes financent trois ou quatre institutions de pointe irréprochables politiquement et psychanalytiquement (par exemple « l'école expérimentale » de Bonneuil-sur-Marne qu'administre Maud Mannoni et où de fait une expérience du plus haut intérêt se déroule, mais sans que l'auteur pose à aucun moment le problème des conditions sociales de son universalisation) (23).

S'il faut bien entendre ainsi « les conditions nécessaires à l'existence même » de la psychanalyse, il est étrange que la pointe avancée de la contestation psychanalytique se retrouve sur la même ligne que celle des défenseurs traditionnels de la médecine dite « libérale ». On peut en apercevoir la raison théorique qui est toujours l'insuffisante élucidation des conditions d'exercice de la médecine mentale en général et de la psychanalyse en particulier. A la place de cette analyse fonctionne une opposition commode entre un « discours médical » compromis par l'exercice du pouvoir et une vérité analytique qui flotte dans un *no man's land* social. La psychanalyse peut alors épuiser sa vigilance critique à attaquer l'image-repoussoir d'une psychiatrie « normativante », « répressive », etc. sans voir les bénéfices tant primaires que secondaires que lui vaut la présence de ce « mauvais objet ». Car faire unilatéralement haro sur le psychiatre, c'est oublier que celui-ci n'est somme toute dans cette répartition des rôles en médecine mentale que l'ilote du psychanalyste, celui qui, en assumant les cas de « psychiatrie lourde », permet que se perpétuent les singularités de l'exercice actuel de l'analyse. C'est ainsi se donner une projection commode pour éviter de poser la question fondamentale : si la psychanalyse représente bien, comme le soutiennent ses adeptes, la meilleure technique d'assistance et la moins aliénante, comment (*dans quelles institutions*) répartir ses services sur une base moins inégalitaire ? Sinon il reste à rêver une réorganisation de la psychanalyse sous la forme d'enclaves privilégiées dans lesquelles les libres détenteurs de la vérité sur la folie seraient affranchis du poids des déterminismes sociaux (24).

(23) Je dois rappeler que l'orientation de cet article est résolument théorique, avec toutes les limites que cela comporte. Par conséquent il ne saurait être question d'y lire, même entre les lignes, et pas plus ici qu'à propos de l'antipsychiatrie anglaise, des tentatives type XIII^e arrondissement, etc., le moindre jugement sur la valeur pratique-thérapeutique d'une expérience concrète. Je ne peux davantage, faute de documentation précise, faire état de l'initiative du Laboratoire de Psychanalyse de la Bastille, qui paraît se dérouler sur la base d'une mise en question plus radicale des conditions sociales de la pratique psychanalytique.

(24) Dans les milieux analytiques cette question surgit actuellement sous la forme d'une interrogation sur la nature et les fonctions des sociétés de psychanalyse, de

Faute de prendre suffisamment au sérieux cette question — la question de l'institutionnalisation de la psychanalyse — dans des implications non-analytiques, Maud Mannoni tient en dernière analyse un discours double : orthodoxie freudienne revue par Lacan d'une part, qui ne s'est pas donné les moyens depuis Freud de dépasser d'une manière convaincante le cadre étroit de la pratique dans laquelle son fondateur l'avait insérée ; conscience socio-politique aiguë d'autre part, qui la rend sensible au caractère insatisfaisant de cette situation (osons le mot : de cette situation qui fait de la psychanalyse, pour l'essentiel, une pratique de classe), mais dont la conséquence effective la plus claire consiste à dénoncer comme suspects de compromissions théoriques ou politiques tous les efforts pour y échapper (25).

Après la tentative de Racamier et de ses collaborateurs, cette impasse confirme que ce n'est pas en élargissant ou en radicalisant la théorie psychanalytique que l'on peut poser le problème de l'institution psychiatrique dans sa dimension proprement sociale et politique. Chez Racamier, le recours à la psychanalyse fonde un véritable ethnocentrisme psychiatrique : l'unité de soin y est pensée, sous réserve de gros efforts techniques à déployer, comme possiblement transparente à l'intention thérapeutique et tout entière manipulable par une volonté médicale habile et éclairée. Le refus de Maud Mannoni de cette colonisation de la psychiatrie par

la manière dont s'y transmet le savoir et s'y répartit le pouvoir. Cf. le chap. VIII de M. Mannoni « La psychanalyse didactique et la psychanalyse dans l'institution » pp. 196-222. Malheureusement le problème de l'institution de la psychanalyse dans les sociétés de psychanalyse dissimule celui, plus fondamental, de la place des institutions psychanalytiques dans la société. Ainsi le débat se réduit-il pour l'essentiel à un conflit d'écoles, alimenté par les scissions internes au milieu. Cf. pour une analyse plus approfondie de la question, les n° 1 et 2 de *Topique*, loc. cit., articles de P. AULAGNIER-CASTORIADIS, F. PERRIER, N. PERRIER, J. P. VALABREGA, et dans le numéro 6, à paraître en juin 1971, article de E. et M. ENRIQUEZ. Cf. aussi dans *Etudes freudiennes*, loc. cit., les articles de R. BARANDE et J. L. DONNET. Pour les implications plus proprement politiques du problème, cf. *Partisans* (46), loc. cit., articles de Fr. GANTHERET « La psychanalyse comme institution » et de R. LOURAU « L'institution de l'analyse ».

(25) Freud lui-même semble moins catégorique dans la mesure, apparemment limitée, où la question l'intéresse. Dans le texte capital « Les voies nouvelles de la thérapeutique psychanalytique », il prévoit « qu'un jour la conscience sociale s'éveillera et rappellera à la collectivité que les pauvres ont les mêmes droits à un secours psychique qu'à l'aide chirurgicale qui est déjà assurée par la chirurgie salvatrice » et qu'alors « des traitements gratuits » seront dispensés dans « des cliniques ayant à leur tête des médecins psychanalystes qualifiés et où l'on s'efforcera, à l'aide de l'analyse, de conserver leur résistance et leur activité à des hommes qui sans cela s'adonneraient à la boisson, à des femmes qui succombent sous le poids des frustrations, à des enfants qui n'ont le choix qu'entre la dépravation et la névrose », quitte à ce qu'il faille « mêler à l'or pur de l'analyse une quantité considérable du plomb de la suggestion directe » voire même à « n'intervenir utilement qu'en associant au secours psychique une aide matérielle, à la manière de l'empereur Joseph » (*La technique psychanalytique*, trad. fr. Paris, P.U.F., 1967, pp. 140-141) Il y aurait beaucoup à dire à partir de ce texte sur les thèmes brûlants d'une sociologie de la psychanalyse et sur les prétentions de neutralité politique des psychanalystes (Cf. à ce propos Fr. GANTHERET « Freud et la question socio-politique », *Partisans* (46), fév.-mars 1969). Pour s'en tenir ici au problème de l'organisation institutionnelle, Freud le pose ainsi dans ce texte : « Peut-être faudrait-il longtemps encore avant que l'Etat reconnaisse l'urgence de ces obligations. Les circonstances actuelles peuvent aussi retarder notablement ces innovations et il est probable que les premiers instituts de ce genre seront dus à l'initiative privée, mais il faudra bien qu'un jour ou l'autre la nécessité en soit reconnue. » (souligné par moi).

la psychanalyse laisse non seulement la psychiatrie, mais aussi l'immense majorité des malades à leur destin social. Elle aboutit ainsi à faire se juxter un purisme théorique et de bonnes intentions politiques qui ne paraissent pouvoir coexister que dans son livre, faute de s'être ménagés un lieu de rencontre dans la réalité.

IV

Les deux ouvrages précédents demeurent donc, en dépit de leur opposition d'école, dominés par une commune tendance à sous-estimer la dimension sociologique, au sens durkheimien du mot, de l'institution. Cette propension est également partagée par les psychiatres-psychanalystes qui couvrent leur pratique du label de « psychothérapie institutionnelle » (26). Déjà dans l'effort d'élucidation que tentait Ginette Michaud en 1958 pour le compte de cette tendance, elle aboutissait à la conclusion suivante :

« Nous avons voulu montrer dans ce travail que la définition du concept d'institution devait, pour garder une valeur particulière, être une définition fonctionnelle, que l'institution était un système de médiations en vue d'assurer un échange inter-humain et cela pour que la société où cet échange trouve place puisse « fonctionner » en satisfaisant à cette exigence que nous avons appelée « Demande » et qui se place forcément au niveau de la culture. Nous avons vu que la médiation apportée par l'institution permettra l'articulation entre la Demande individuelle et la Demande du groupe, articulation qui n'est possible qu'à la faveur d'un échange qu'elle a pour fonction d'organiser » (27).

(26) Pour aider à rapporter les divergences théoriques et politiques à leur origine dans le micro-milieu, il peut être utile de rappeler, en simplifiant beaucoup une situation complexe : 1) Qu'il existe deux courants de « psychothérapie institutionnelle ». Le plus ancien (l'appellation est proposée par G. Daumezon en 1952) a rassemblé ses adeptes à la fin de la guerre sur la base d'un projet de réforme institutionnelle d'avantage que sur un souci d'orthodoxie théorique, et sans référence directe à la psychanalyse; l'autre est inspiré par des psychanalystes d'obédience lacanienne et comprend les auteurs que je cite dans cette partie de l'article. Maud Mannoni, sans appartenir exactement à cette tendance, entretient d'étroits rapports avec elle. 2) Que si cette psychothérapie institutionnelle « seconde manière » rassemble essentiellement des psychanalystes qui travaillent dans des « institutions », elle ne les regroupe pas tous, mais est en concurrence avec une autre orientation psychanalytique, qui se rattache surtout à la plus ancienne des sociétés françaises de psychanalyse, la société psychanalytique de Paris, tendance qui était représentée ici par P. C. Racamier et les collaborateurs du *Psychanalyste sans divan*. 3) Que c'est surtout sur cette question de la nature de l'institution que s'est opéré le clivage entre les deux formes de « psychothérapie institutionnelle » : plus « sociologues », la plupart des initiateurs du mouvement se sont refusés à faire de l'institution avant tout un support de phantasmes dans une dynamique inconsciente collective comme elle tend à le devenir dans sa réinterprétation psychanalytique-lacanienne, et ont insisté dans les polémiques de l'époque sur son existence comme collectif matériel. Cf. sur ce point la revue *Psychothérapie institutionnelle*, particulièrement au n° 2-3, 1966, l'historique du problème par F. Tosquelles; cf. aussi G. DAUMEZON et Ph. KÆCHLIN « La psychothérapie institutionnelle française contemporaine » *Anais Portugueses de Psiquiatria*, 4 (4), dec. 1952, article fondamental sur les origines du mouvement et ses débuts en France.

(27) G. MICHAUD, *La notion d'institution dans ses rapports avec la théorie moderne des groupes*, D.E.S., Paris, 1958.

Dans la même ligne, illustrant toujours les efforts de la « psychothérapie institutionnelle » qui porte ce problème comme sa croix, dans la mesure où elle s'efforce de retrouver par l'intermédiaire de ce concept psycho-sociologisé le poids des déterminismes sociaux, P. Chanoit et al. écrivent : « Toute interprétation valable doit faire coïncider l'objectivité de l'analyse historique ou comparative avec la subjectivité de l'expérience vécue. Nous voici donc amenés à faire coïncider la notion d'institution avec la praxis interne qui la crée en tentant de l'objectiver. Il n'est d'institution que pour et par les entreprises de connaissance transformatrice qui la créent et qu'elle crée » (28).

Mais ce n'est pas, ou pas seulement, « le jeu articulatoire de ces échanges » (29) qui crée les institutions et s'exprime à travers elles. L'affirmer c'est tronquer la réalité institutionnelle pour en conserver seulement ce qui peut être modifié par « les entreprises de connaissance transformatrice » ; c'est croire qu'un projet pratique, par ailleurs fécond mais limité à l'exercice d'une intervention thérapeutique, peut maîtriser toutes les dimensions de l'institution. Cet activisme médical, conjonction du souci d'efficacité thérapeutique et d'orthodoxie psychanalytique, apparaît en clair dans la formule de H. Torrubia : « Il s'agit de voir dans l'institution un organisme de technique, et de technique analytique » (30). Même s'il s'avère payant, il s'agit là d'un pari pour la pratique, qui ne peut qu'être source de confusion théorique en faisant obstacle à la recherche des processus objectifs de l'institutionnalisation (30 bis).

Bien que se rattachant au courant de la « psychothérapie institutionnelle » (seconde manière) (31), Roger Gentis dépasse, du moins dans une certaine mesure, cette perception unilatéralement médicale de l'institution. *Les Murs de l'Asile* propose en effet une interprétation de la vie hospi-

(28) P. CHANOIT, Fr. GANTHERET, H. REFABERT, E. SANQUER, P. SIVADON : « Le contre-transfert institutionnel », *Psychothérapie institutionnelle* (1), 1966, p. 28.

(29) Fr. TOSQUELLES : « Que faut-il entendre par psychothérapie institutionnelle ? », *Information psychiatrique* 45 (4), avril 1969, p. 381.

(30) H. TORRUBIA : « Analyseurs et interprétation du transfert en thérapie institutionnelle », *Psychothérapie institutionnelle* (1), p. 88.

(30 bis) On m'objectera sans doute à la fois l'orientation politique des tenants de ce mouvement et leur volonté constamment réaffirmée de ne pas « se laisser prendre au piège de la forclusion de l'économique et du politico-judiciaire » (J. AYMÉ « Psychanalyse et Institution », *l'Évolution psychiatrique*, juillet-septembre 1969). Je ne suspecte nullement la sincérité de ces intentions, mais je n'arrive pas à comprendre comment l'établissement (ce qu'ils appellent « l'institution ») phantasmé dans la logique inconsciente du contre-transfert (« institutionnel ») et l'institution comme complexe socio-politique (ce qu'ils appellent « l'architecture des rapports de production ») peuvent s'articuler dans le même « arrimage symbolique » (J. OURY « Quelques problèmes théoriques de médecine institutionnelle », *Recherche*, sept. 1967). L'impropriété de l'emploi du concept d'institution est sans doute pour beaucoup dans cette incompréhension, mais le poids des habitudes est tel que l'on n'ose recommander une rectification du vocabulaire. Parmi les très nombreux psychiatres et psychanalystes qui ont abordé ce problème, J. Cournut est à ma connaissance l'un des seuls à avoir relevé « le contre-sens, à la mode actuellement, à propos de l'emploi du mot institution », « Les institutions malades de la peste », *Interprétation*, op. cit., sept. 1969, p. 67. Cf. aussi la très intéressante discussion qui a suivi la communication de J. AYMÉ publiée dans *L'Évolution psychiatrique*, loc. cit., sept. 1969, pp. 498-502.

(31) Cf. R. GENTIS et H. TORRUBIA, « Notes sur la 'psychothérapie institutionnelle' en 1969 », *Information psychiatrique*, 45 (2), février 1969.

talière qui, le style mis à part, n'est pas sans rappeler celle de Goffman par son souci de marquer l'énorme distance qui sépare la prétention thérapeutique de l'institution des pratiques effectives qui s'y déroulent. Si « comme toutes les sociétés humaines, comme la plupart des institutions, l'asile vit sur des fictions » (p. 66), le langage de la fiction — le pourvoyeur idéologique spécifique au milieu — c'est ici le discours médical : « Le pouvoir des mythes est effarant : après vingt ans d'asile, trente ans d'asile, trente ans de pourrissement, d'asphyxie dans la pourriture asilaire, il y a encore des médecins pour croire à la *relation médecin-malade*, à ses vertus, à sa magie curative » (p. 62).

Cependant, par rapport à une interprétation sociologique, l'intention de Gentis marque une différence essentielle qu'exprime dans la forme le style du pamphlet. On a parfois prétendu (à tort à mon avis) que la portée des analyses de Goffman était limitée parce qu'il avait pris pour objet d'étude un hôpital dont l'organisation reste relativement traditionnelle. Ici l'équivoque n'est plus possible. Certes, « l'asile » de Gentis est aussi un service public dans un hôpital d'Etat, mais précisément un de ceux dans lesquels la « révolution psychiatrique » de l'après-guerre a eu lieu et l'auteur lui-même y a joué un rôle non négligeable (32). Par rapport à l'optimisme que l'on rencontre souvent en psychiatrie (tout n'est pas encore parfait mais nous sommes sur la bonne voie car le *progrès est quantitatif*), l'amertume du pamphlet traduit donc la déception d'un praticien qui s'aperçoit que les efforts de réforme du système n'ont pas, *qualitativement parlant*, touché à l'essentiel de la condition sociale du malade mental. Il devient alors possible de dépasser la description empirique des réalisations pour dénoncer une logique qui continue d'enfermer la folie, tant à l'hôpital qu'hors de lui, dans le cadre d'une répression sociale à laquelle la psychiatrie sert de caution. « Optimisme » et « pessimisme » ne sont pas seulement des connotations subjectives. L'« optimisme » de certains réformateurs tient pour beaucoup à ce qu'ils s'attachent essentiellement à la transformation des relations internes à l'hôpital. Ainsi, dans les « communautés thérapeutiques », la violence que subit le malade est sublimée par la permissivité affectueuse dont il jouit au sein de l'établissement, sa totale dépendance à l'égard de l'autorité psychiatrique paraît effacée par un exercice de cette autorité qui fait de la lutte anti-hiérarchique et de la chasse à l'absolutisme ses soucis principaux. Paradoxalement, le maximum de liberté règne peut-être alors dans l'espace construit pour maintenir des individus à l'égard desquels la société s'est arrogé un pouvoir absolu (33). Mais cette liberté demeure pour l'essen-

(32) C'est dans cet hôpital de Fleury-les-Aubrey que Georges Daumezon a réalisé de 1940 à 1951 l'une des premières et des plus audacieuses tentatives de libération de la psychiatrie en France. On peut signaler également comme exemple « d'ergothérapie » de haut niveau qu'*Aventure en Psychiatrie* de D. Martin (Ed. du Scarabée, C.M.E.A., 1969) a été traduit dans le service de Gentis, principalement par des malades. Rappelons aussi qu'outre sa pratique quotidienne, qui s'inscrit dans la ligne la plus dynamique de la psychiatrie actuelle, Roger Gentis est le directeur de l'excellente collection, la *Bibliothèque de l'infirmier*, qui milite pour la réalisation d'un des objectifs principaux de la psychiatrie moderne, la collaboration étroite de l'ensemble de l'équipe par la formation des personnels.

(33) Une illustration particulièrement spectaculaire de cet optimisme, fruit d'une

tiel fictive et le « pessimisme » du pamphlet rappelle qu'en procédant ainsi on a « traité le symptôme » davantage que le mal.

Aussi se tromperait-on de lecture pour *Les Murs de l'Asile*, si l'on s'arrêtait à relever l'injustice de certaines analyses de la vie asilaire ou de certains jugements sur ses protagonistes principaux, médecins, administrateurs, infirmiers, surveillant-chef. Le véritable problème que pose l'asile, ce milieu clos, se situe en dehors de lui. Si ses murs revêtent une solidité telle que les meilleures volontés réformatrices viennent s'y briser, ou en déplacent seulement le tracé, c'est qu'ils sont élevés par de puissantes pressions sociales. La visée principale de l'ouvrage n'est pas de décrire le milieu, mais de montrer sa perméabilité à ces pressions.

L'entreprise suppose donc que l'on dénonce la pseudo-autonomie de l'établissement de soin, tant au niveau de l'organisation hospitalière proprement dite que relativement au savoir psychiatrique qui est censé servir de caution aux pratiques qui s'y déroulent. Le fonctionnement interne de l'hôpital demeure commandé pour l'essentiel par les exigences d'une organisation sociale livrée par la pénurie et l'isolement au système D, aux trafics d'influence, au jeu des cliques et des clans, aux abus de pouvoir de certains personnages-clefs du système. On trouvera en particulier dans ces pages une analyse, exceptionnellement rare sous la plume d'un médecin, de la différence du rapport au savoir entre infirmiers et médecins interprétée comme une relation de classe réintroduisant au sein de l'hôpital tous les effets d'assujettissement à la culture dominante (ici la « science » psychiatrique) et à ses porte-parole légitimes (ici les médecins).

Mais cette critique de l'idéologie de la « démocratie thérapeutique » prend tout son sens lorsqu'elle permet d'accéder à la représentation de la fonction globale assumée par l'institution : « Constituer un autre monde étanche où serait confinée la folie. Ailleurs, dans le monde *normal*, rien que raison, rien que bon sens — à l'asile rien de sensé. L'asile purge, décante, purifie, il recueille en ses murs toute la folie du monde. Les grilles de l'asile séparent, elles démarquent : au dehors le normal, à l'intérieur le *pathologique* » (p. 18).

Une telle dichotomie représente évidemment un coup de force par rapport à la réalité psychologique et sociale et exige pour s'imposer que soient déployées des techniques systématiques d'élimination, d'étiquetage (le *labelling* des anglo-saxons), de confinement et de gardiennage. L'organisation psychiatrique est précisément l'appareil médico-administratif qui correspond à cette nécessité en fournissant à la fois une grille théorique de discrimination (le savoir psychiatrique), un personnel jouissant d'un prestige intellectuel et social incontesté (le corps des psychiatres-fonctionnaires), un quadrillage d'établissements construits pour institutionnaliser la ségrégation sociale (les hôpitaux psychiatriques). R. Gentis sem-

bonne conscience obtenue par la réduction des déterminations extérieures est justement donnée par D. MARTIN, *Aventure en psychiatrie*, op. cit. (Martin est un représentant typique de ce courant anglo-saxon des « communautés thérapeutiques » qui illustre le propos d'une réforme interne à la psychiatrie par la transformation de l'hôpital traditionnel-autoritaire en communauté permissive).

ble suggérer que cette organisation s'est mise en place au XIX^e siècle pour répondre au surgissement d'un nouveau problème social et l'occulter :

« L'histoire de la psychiatrie au siècle dernier donne l'impression qu'un vent de barbarie verbeuse s'est abattu sur la folie et a balayé tout ce qui se faisait d'humain et de sensé en la matière. Une institution monstrueuse et insensée, l'asile, une construction pseudo-logique en trompe-l'œil, la psychiatrie clinique, ont en quelques dizaines d'années submergé le monde occidental et partout imposé des « solutions » pratiques dont la similitude et la généralité ne manquent pas de surprendre, qu'il s'agisse par exemple des dispositions architecturales ou de l'organisation du personnel. Tout s'est passé (disons entre 1850 et la guerre de 14) comme s'il fallait réprimer à tout prix, étouffer quelque chose qui risquait de percer, quelque chose de si grave et de si dangereux pour l'ordre du monde qu'il fallait vraiment y mettre le paquet, faire donner tous les moyens possibles, mobiliser la science, la médecine, la justice et l'administration publique au coude à coude pour noyer le poisson ou du moins le faire taire. La psychiatrie officielle (celle qu'on enseigne encore de nos jours un peu partout) apparaît essentiellement comme le fruit d'une trouille intense » (p. 8).

Outre qu'il faudrait déplacer quelque peu cette chronologie (Gentis est ici dupe de la représentation du « traitement moral » comme la première réponse libérale et humaniste au problème de la folie; en fait l'organisation politico-médico-juridico-administrative de la psychiatrie s'est mise en place avant 1850 précisément sous le couvert de cette idéologie), une telle esquisse historique ne suffit pas à faire comprendre ce qui motive cette peur, d'autant plus que cette voie tourne court et que l'analyse change de plan. Gentis suggère en effet ensuite une interprétation psychologico-psychanalytique dans la ligne de l'anti-psychiatrie anglaise : la folie porte la promesse d'une vérité mystérieuse, susceptible de « changer la vie », et elle est pour cette raison réprimée par la société avec la collaboration de cette part prudente en chaque homme qui s'en fait le complice :

« Je crois que ça sert surtout à se défendre contre certaines vérités, que ça cherche à fusiller, dès qu'elles montrent l'oreille, ces vérités qui voudraient se dire, et dont on ne veut rien savoir : que surtout le discours officiel, celui qui se dit scientifique et par là véridique (en fait scientifique ici ne veut rien dire d'autre que « dit des savants, dit des psychiatres »), que ce grave discours ne puisse en aucun cas être contaminé par ces vérités sourdes, celles que recèle la folie dans la condition qui lui est faite, et qui ne doivent à aucun prix être entendues » (p. 78).

Il se peut au demeurant que cette peur soit en nous parce que la tentation de la folie comme le vertige qui ferait basculer, avec nos certitudes quotidiennes, la possibilité de vivre de la rationalité adaptative dans le monde de la « normalité » est en chacun. Mais, à moins de se rallier à un substantialisme psychologique naïf, il faut bien se demander pourquoi cette peur éclate à un certain moment historique, sous la pression de quelles forces sociales, et si sa répression s'exerce de la même manière sur toutes les catégories de la population.

Sans doute le ton et les limites du pamphlet ne se prêtaient-ils pas à ce que des justifications plus didactiques soient apportées à ces problèmes et suffisait-il à Gentis de tenter de faire sauter les derniers verrous de la bonne conscience psychiatrique. On peut voir dans *L'Institution en Négation* de Franco Basaglia, particulièrement dans le chapitre sur « Les institutions de la violence » (pp. 103-139) et dans la contribution de Giovanni Jervis « Crise de la psychiatrie et contradictions institutionnelles » (pp. 227-246) une tentative de réponse plus systématique à ces mêmes questions (34).

V

En opposition à la propension psychologisante de la plupart des psychiatres et des psychanalystes, la tentation d'un certain nombre de critiques socio-politiques de la psychiatrie qui se développent actuellement autour de la mise en cause de sa fonction « répressive » est de nier jusqu'à la possibilité d'une médecine mentale en faisant du trouble psychique un effet *direct* des contradictions sociales. Cette manière de procéder, proprement métaphysique en ce qu'elle économise toute réflexion sur le rapport entre aliénation pathologique et aliénation sociale en niant abstraitement un des termes du problème, procure de surcroît à l'impérialisme médical sa meilleure défense en lui permettant de dénoncer, derrière la mise en question de son monopole, la méconnaissance de la réalité psychique dans ses manifestations pathologiques.

En dépit de son orientation politique radicale, l'équipe de Gorizia échappe à ces simplifications en laissant une place en creux pour une dimension psycho-pathologique de la maladie mentale dont un savoir vraiment objectif pourrait faire la théorie. L'analyse s'attache exclusivement à « l'aspect social » de la maladie mentale mais elle montre que, s'agissant des malades hospitalisés, ces déterminations non médicales rendent à peu près complètement compte du statut qui leur est imposé. Comme pour Maud Mannoni, « le problème n'est pas celui de la maladie en soi (ce qu'elle est, quels en sont les causes et le diagnostic) mais seulement de déterminer quel est le type de relation qui s'instaure avec le malade » (p. 112) (35).

(34) Au risque de choquer, on peut aussi se demander si la supériorité, du point de vue sociologique, de la conceptualisation des psychiatres italiens ne tient pas pour une part au moins au fait qu'en Italie la psychanalyse ne représente pas encore dans les milieux médicaux « avancés » la légitimité culturelle quasi exclusive, et qu'il est alors possible de proposer sérieusement d'autres grilles pour interpréter les problèmes socio-psychiatriques. C'est en fait la question de la fonction d'*alibi psychologisant* qu'assume la psychanalyse dans le système des idéologies dominantes qui se dessine derrière cette remarque, ce qui suffit à montrer qu'elle exigerait de tout autres développements.

(35) Cf. également Giovanni JERVIS : « On a trop souvent accepté d'enthousiasme des considérations sommaires sur « le mythe de la maladie mentale » sans voir clairement les difficultés et les contradictions que soulève, aussi nécessaire soit-elle, une destruction de l'image traditionnelle (aussi bien « vulgaire » que « scientifique ») de la folie » (p. 229).

Dans cette « relation », ce n'est évidemment pas le simple rapport médecin-malade conçu comme un fait d'intersubjectivité qui est déterminant, mais le rapport d'*objectivation* qui constitue la réalité sociale du malade et de sa maladie à travers le système d'exclusion que représentent les institutions psychiatriques. Il n'y a en effet aucune commune mesure entre ce que pourrait requérir un malade du fait de son état et la situation qui lui est faite dans les « établissements de soin ».

Il serait cependant naïf d'interpréter cette situation fort peu satisfaisante du point de vue médical comme exprimant de simples manquements par rapport à une vocation thérapeutique qu'il appartiendrait malgré tout à la psychiatrie d'incarner. Ce n'est pas tellement que la médecine mentale accomplisse mal son *mandat* thérapeutique, mais le fait qu'elle accomplisse un *autre mandat* que médical qui est en question. Il existe en effet une disparité flagrante entre les incertitudes du savoir médical que les psychiatres, en général, reconnaissent, et le dogmatisme du fonctionnement de la psychiatrie. Cela tient à ce que, à travers ses raffinements nosographiques par exemple, elle plaque en fait sur certaines catégories de la population des schémas sociaux, grossiers mais efficaces, d'*exclusion*. Ainsi, en tant qu'elles ont eu des effets pratiques importants, les classifications psychiatriques ont consisté pour l'essentiel à percevoir - rejeter le malade mental comme inférieur et dangereux, deux modalités de l'indésirabilité sociale.

Cette analyse peut être vérifiée aux différents niveaux de l'intervention psychiatrique. Avant le « placement » elle arrache au milieu familial ou de travail un sujet qui « posait des problèmes » (à lui-même et aux autres), mais l'étude de la « carrière » du malade mental montre bien qu'interviennent dans ce processus une série de « contingences » qui ne sont pas, il s'en faut, toutes en rapport avec l'état mental (36). L'internement qui intervient ensuite représente l'état de dé-responsabilisation complète auquel ne correspond qu'exceptionnellement une « régression » proprement pathologique, mais que l'organisation métallique de la vie asilaire suscite et entretient. Disposant désormais entièrement du malade, la psychiatrie va pouvoir, comme Goffman l'avait entrevu, « découvrir un crime qui soit adapté au châtiment » (37) et reconstruire la nature du reclus pour l'adapter à ce crime. De fait « cette science dont le résultat paradoxal a été d'inventer un malade à l'usage des paramètres inventés pour le guérir » (Basaglia, p. 132) ne parvient que secondairement à réhabiliter les sujets qui lui sont confiés, mais elle réussit parfaitement

(36) Cf. la préface de Fr. BASAGLIA à l'édition italienne d'*Asiles*, d'E. Goffman. Cette préface montre qu'une analyse « objectiviste » du type de celle de Goffman, et une critique « politique », comme celle de Basaglia, ont des effets théoriques homologues, soit avant tout l'exigence de la *subordination du point de vue médical* pour rendre compte objectivement du fonctionnement « institutionnel ». Franco et Franca Basaglia ont également publié, sous le titre significatif de *Morire di Classe* (Ed. G. Einaudi, Turin, 1969) un montage photographique sur la vie en hôpital psychiatrique, qui illustre à quel point on est en droit de s'étonner que la plupart des psychiatres et des psychanalystes « institutionnels » l'interprètent avant tout comme un « milieu thérapeutique » caractérisé par l'application du « schéma médical-type », pour parler comme Goffman.

(37) E. GOFFMAN, *Asiles*, trad. fr., Paris, Ed. de Minuit, 1968, p. 133.

à les neutraliser en justifiant par des rationalisations scientifiques la nécessité de ce gardiennage, conséquence d'une exclusion sociale dont elle se fait par là l'instrument.

« L'exclusion du malade libère ainsi la société de ses éléments critiques et confirme du même coup la validité du système de normes qu'elle a établi » (p. 113).

En cela réside le « mandat social » qu'exerce la psychiatrie. Il existe plusieurs catégories d'indésirables, différentes raisons de l'être, et divers types de spécialistes préposés à les contrôler. Le malade mental est un improductif, comme les chômeurs, les indigents, les malades pauvres, les vieillards. Il est aussi dangereux, moins pour les passages à l'acte qu'il effectue rarement dans la réalité que pour l'exemple d'une transgression des normes qui ne saurait davantage rester impunie qu'un acte criminel. Cependant, « irresponsable », il ne peut être justiciable du même traitement que le criminel, d'autant moins qu'en dépit des stéréotypes négatifs attachés à son personnage, il demeure en lui quelque chose de pathétique et de pitoyable. La prise en charge psychiatrique est le mode de contention (et si possible de guérison) qui convient à son cas : à tout le moins est-on assuré que ce malheureux, dépouillé de tout droit et de toute responsabilité sur son propre destin, ne sera pas inhumainement traité puisqu'il se trouve entre les mains des spécialistes les plus scientifiquement compétents et les plus humainement irréprochables, les médecins. La psychiatrie fournit donc la couverture idéologique à une opération dont le mécanisme est moins à rechercher dans l'économie de la maladie que dans les structures de distribution du pouvoir social et le système des normes dominantes qui imposent la suprématie du productivisme et de l'ordre moral. Ce n'est point que le psychiatre soit « méchant » et qu'il se désintéresse de la guérison des malades. Il n'en demeure pas moins que ce qui est *requis impérativement* de lui (son mandat social), ce n'est pas d'abord la guérison. Sa conscience professionnelle, la déontologie médicale, les rationalisations thérapeutiques (cf. par exemple toute la littérature psychiatrique du XIX^e siècle sur « la nécessité de l'isolement ») ont la fonction de toutes les idéologies justificatrices : « Dans l'organisation complexe de l'espace fermé où le malade s'est trouvé isolé pendant des siècles, les nécessités du régime, du système, n'ont exigé du médecin qu'un rôle de surveillant, de tuteur intérieur, de modérateur des excès auxquels pouvait conduire la maladie : le système valait davantage que l'objet de ses soins » (p. 119).

Du point de vue de la *pratique* quotidienne, si le psychiatre est ainsi avant tout un des spécialistes qui ont reçu une délégation de pouvoir pour « gérer les terrains de la déviance », il appartient à celui qui en est conscient de nier cette négation de l'humanité sociale du malade et de nier l'institution qui est le moyen de cette négation. Le psychiatre remplit en effet d'autant mieux son mandat traditionnel qu'il parvient à objectiver complètement le malade en l'identifiant à travers sa maladie au système institutionnel qui le prive de toute initiative. La première brèche dans cet état de fait va donc être la réinstauration dans ce milieu mort de possibilités d'initiatives et d'alternatives à partir de lieux de

discussions et de décisions comme l'assemblée générale quotidienne des malades de Gorizia où le maximum d'éventualités sont débattues de la manière la plus démocratique, qu'il s'agisse de l'organisation de la vie matérielle de l'hôpital ou des traitements et des sorties.

Cette « dialectisation » ou cette « problématisation » de l'existence concrète par une transformation des relations interpersonnelles dans l'hôpital ne représente cependant que la première étape de la négation de l'institution, celle que tentent aussi de réaliser (et à laquelle s'arrêtent) les « communautés thérapeutiques » anglo-saxonnes. A s'en tenir là, on ne procéderait en effet qu'à une inversion du signe de l'institution (à son renversement idéaliste), et non à sa négation. Si la situation du malade mental est fondamentalement le produit d'une violence *sociale*, c'est à l'amener à dévoiler la nature de cette violence que doit viser en dernière analyse l'activité thérapeutique.

Négativement d'abord, cela signifie que le médecin doit refuser d'accomplir son mandat social de domestication par des initiatives qui dissimuleraient cette violence, « refuser tout acte thérapeutique qui ne viserait qu'à atténuer les réactions de l'exclu envers l'excluant » (p. 107). Ainsi l'agressivité du malade, au lieu d'être simplement réprimée ou interprétée comme un pur *acting out* pathologique, pourra dans certains cas fournir le point de départ d'une tension dynamique entre médecin et malade qui rompe le cercle vicieux de l'autoritarisme et du paternalisme. Mais, positivement, cette démarche peut mettre le sujet sur la voie de la découverte de l'injustice sociale qui lui est faite. Il n'est pas utopique en effet de penser, puisque l'hôpital fonctionne sur une logique sociale bien plus que thérapeutique, et que le reclus y est constitué en exclu davantage qu'en malade, qu'« au contact de la réalité institutionnelle — et en nette contradiction avec les théories technico-scientifiques — des éléments (puissent être) mis en évidence qui renvoient à des mécanismes étrangers à la maladie et à sa cure » (p. 108).

Voie dangereuse d'ailleurs, et en plusieurs sens du mot, aléatoire aussi parce que, comme le remarque Giovanni Jervis (p. 243), l'aliéné n'est pas l'exploité, il est le « rien » du système, sa scorie et son déchet qui a cessé d'être une existence problématique depuis qu'il est enfermé. Que le malade n'ait même pas le recours de représenter une opposition explique le paradoxe le plus périlleux de l'entreprise : ce sont les détenteurs du pouvoir et des privilèges, les médecins qui, dans une position qui n'est pas sans rappeler celle d'une avant-garde révolutionnaire, inspirent la lutte contre l'institution et pour l'auto-destruction de leur propre statut. Ce nihilisme cependant n'est pas arbitraire en ce qu'il traduit en pratique la contradiction fondamentale mais presque toujours dissimulée de la psychiatrie. Seule une conduite contradictoire peut renverser l'institution et priver ainsi la société du lieu qu'elle avait précisément créé pour enterrer ses contradictions. C'est par là révéler une part de la vérité sur cette société qui ne peut vivre « normalement » qu'en excluant par la violence une partie de ses membres. « Nier » l'institution, c'est donc montrer que la violence qu'elle visait à enclorre est vraiment une violence sociale, secrétée par la société, ce qui fait éclater la coupure absolue

entre le monde normal qui serait le bien et la norme, et l'institution totalitaire qui serait le rien que la pathologie mérite :

« (Cette communauté) deviendra thérapeutique dans la mesure où elle saura discerner les facteurs de violence et d'exclusion présents dans l'institution comme dans la société toute entière : en créant les préalables d'une prise de conscience progressive de cette violence et de cette exclusion pour que le malade, l'infirmier et le médecin — en tant qu'éléments constitutifs de la communauté hospitalière et de la société globale — puissent les affronter, les dialectiser et les combattre en les reconnaissant comme étroitement liés à une structure sociale particulière, et non comme un état de fait inéluctable » (p. 133).

Il ne m'appartient pas de juger la portée thérapeutique de cette subversion du point de vue médical, encore que l'expérience semble prouver que Gorizia supporte la comparaison avec les meilleurs établissements psychiatriques, tant pour l'atmosphère de liberté qui y règne que pour le nombre de « guérisons » mesuré au taux de sorties. Par contre, pour une théorie sociale du fait psychiatrique, cette démarche donne à voir ce qui se dissimule derrière l'autonomisation du collectif de soin et la pseudo-indépendance des rationalisations médicales : l'*institutionnalisation* de la maladie mentale comme un produit de déterminismes sociaux globaux qui, en dehors de l'établissement et en deçà des conduites thérapeutiques, lui imposent leurs caractéristiques. Inviter le malade, l'infirmier, le médecin à se rencontrer face à des enjeux non psychiatriques, c'est les reconnaître comme des sujets sociaux dont le rapport en miroir soignants-soignés n'épuise pas la réalité, mais dont au contraire la forme de la relation thérapeutique est définie dans et par les contradictions de la société en général. La « négation » de l'institution, en dépit de son volontarisme, prend davantage au sérieux la réalité sociologique des structures asilaires que les tentatives « technico-scientifiques » pour les sublimer en les humanisant, car elle retrouve à leur origine l'objectivité des rapports de force qui déterminent également dans les autres domaines de la vie sociale le destin des sujets sociaux.

Par cette voie, l'intérêt principal du courant « anti-psychiatrique » italien est de radicaliser certaines tendances de la réflexion psychiatrique et psychanalytique moderne. Celle-ci, depuis l'échec de l'organicisme, a tenté de sortir du cadre étroit qui enfermait la problématique de la maladie mentale dans la recherche d'une perturbation fonctionnelle du système nerveux. La réinterprétation psychiatrique du courant phénoménologique, la psychanalyse, l'analyse des milieux concrets dans la lignée de Sullivan et des théoriciens des groupes, l'intérêt porté aujourd'hui aux « familles pathogènes », etc., sont autant de tentatives dans ce sens. Mais elles se caractérisent toutes par une commune censure des déterminismes objectifs et politiques pesant sur l'organisation de la médecine mentale comme si elles s'arrêtaient, par timidité intellectuelle et/ou politique, au moment de franchir le seuil qui sépare le médical du social. La contrepartie de ces déviations psychologisantes est immédiate concernant le problème institutionnel, soit qu'on l'élimine purement et simplement comme la psychanalyse s'est crue longtemps autorisée à le faire,

soit que l'on prétende le maîtriser en se contentant d'en modifier les données les plus immédiates par des aménagements matériels associés à une nouvelle pédagogie des relations interpersonnelles. L'expérience de Gorizia propose à la réflexion un autre modèle que l'on peut discuter, mais dans le cadre d'une problématique proprement sociologique :

« En ce sens, la dénonciation de la psychiatrie asilaire traditionnelle comme système de pouvoir vise essentiellement deux buts : d'une part, fournir une série de structures critiques propres, avec d'autres, à ruiner les « vérités qui vont de soi » sur lesquelles se fonde l'idéologie de notre vie quotidienne; d'autre part attirer l'attention sur un monde — le monde institutionnel — où la violence inhérente à l'exploitation de l'homme par l'homme se résorbe dans la nécessité d'écraser les bannis, de surveiller et de rendre inoffensifs les exclus. Les hôpitaux psychiatriques peuvent nous apprendre bien des choses sur une société où l'opprimé est de plus en plus éloigné de percevoir les causes et les mécanismes de l'oppression » (G. Jervis, p. 246).

VI

Le but de l'analyse conduite ici de ces différents ouvrages était de recenser les principaux éléments qui forment le fond commun de ce que l'on appelle « la crise actuelle » de la psychiatrie. Sous leur diversité ces thèmes présentent une double caractéristique : premièrement cette crise de la psychiatrie apparaît d'abord comme une *crise du psychiatre*, vécue sous la forme du malaise et de la mauvaise conscience; deuxièmement, la prise de conscience de cette crise se fait toujours *en référence au système asilaire* dont la prégnance est telle que même les initiatives les plus nouvelles se pensent *a contrario* par contraste avec lui. Partant de ces deux traits les plus évidents et les plus généraux, une étude sociologique de la psychiatrie actuelle pourrait se donner pour objet d'en rechercher les raisons dans la structure du système psychiatrique contemporain. On esquissera avant de conclure les grandes lignes de cette analyse : sur elle repose la possibilité d'assurer le passage du témoignage des agents engagés dans un processus pratique de transformation à la découverte de la signification objective de ces conduites dans le cadre d'une théorie d'ensemble (non médicale) du fonctionnement social.

Si, à des degrés divers, à peu près toutes les publications des psychiatres depuis la fin de la seconde guerre mondiale expriment le mécontentement, la revendication, l'indignation, la mauvaise conscience ou la révolte, ces attitudes vécues renvoient en premier lieu à un trait permanent de la *position* du psychiatre dans la société actuelle que l'on pourrait exprimer paradoxalement en disant que le psychiatre est aujourd'hui plus isolé dans la communauté sociale que ne l'était l'aliéniste en son asile clos de toutes parts. Cette forteresse fermée édifiée au XIX^e siècle était en effet tout entière organisée en fonction des normes sociales dont le psychiatre, délégué du monde extérieur au sein de l'asile, s'assumait comme le représentant. Les différents niveaux de son intervention (son rôle certificateur pour opérer le partage entre normalité et maladie mentale, son

rôle médico-légal pour dissocier la pathologie des autres types de « déviance », son rôle juridique, lorsqu'il intervenait comme inspirateur et conseiller des législateurs autour de l'élaboration de la loi de 1838, son rôle administratif, en assurant la gestion de l'institution spécialement conçue pour isoler les malades mentaux, son rôle thérapeutique même, qui consistait à tenter de réinculquer les normes sociales aux sujets qui y avaient failli, etc.) expriment tous l'identification étroite à cette fonction parfaitement définie dans la division du travail social qui a constitué, dans la première moitié du XIX^e siècle, le corps des médecins aliénistes comme son instrument adéquat. Jusqu'à 1860 environ, en dehors des difficultés techniques et matérielles bien compréhensibles lorsqu'il s'agit d'implanter cette vaste organisation, on ne relève guère de ratés dans le fonctionnement du système. Cette réussite s'exprime par une bonne conscience généralisée des psychiatres parfaitement adaptés à leur mandat.

La mauvaise conscience psychiatrique actuelle s'explique d'abord dans cette perspective par une modification de ce rapport de l'idéologie psychiatrique aux idéologies dominantes. D'une part ce qui est socialement requis du psychiatre s'est modifié davantage quant à la forme que quant au fond (38). D'autre part, sous la pression d'un certain nombre de « causes »

(38) Par « quant à la forme », j'entends la pression du système social pour modifier la modalité de l'intervention psychiatrique (la « rentabiliser », la rendre moins « choquante », davantage en rapport avec l'évolution actuelle de l'exercice du pouvoir de la contrainte ouverte à la manipulation, etc.). Par « quant au fond », j'entends la permanence des fonctions fondamentales d'exclusion et d'épuration. Ne pouvant dans ce cadre fournir une justification complète de cette affirmation, j'en livre seulement une illustration particulièrement spectaculaire. Ce ne peut être à mes yeux un simple « hasard » que l'auteur du texte ci-dessous soit M. Jacques Baumel, alors Secrétaire général du parti dominant et maintenant Sous-Secrétaire d'Etat chargé, comme dit la grande presse, d'être « à l'écoute de la nation » :

ASSEMBLÉE NATIONALE

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté, Egalité, Fraternité

Madame, Monsieur,

Paris, le 16 octobre 1968

J'ai appris récemment que l'administration projetait d'installer un asile psychiatrique sur le territoire de Rueil, à Buzenval.

Elu de Rueil, j'ai cru devoir m'élever contre ce projet et protester contre le danger que représentait cet asile psychiatrique pour toute la population, et notamment pour les femmes et les nombreux enfants du quartier, compte tenu de la liberté de déplacement laissée de plus en plus largement aux pensionnaires des asiles.

Installé à quelques pas des grands ensembles de la Fouilleuse et de nombreux établissements scolaires de la région, l'installation de cet asile risque de troubler profondément la vie de votre quartier. Si vous êtes d'accord avec moi, je vous demande de m'aider à vous défendre en me renvoyant le communiqué ci-dessous et en vous joignant à la pétition des habitants.

Je vous remercie et je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Jacques BAUMEL
Député, Conseiller Général de Rueil

PETITION CONTRE L'INSTALLATION D'UN ASILE A BUZENVAL

Je (Nom et Prénom)

Adresse

proteste contre la création d'un asile psychiatrique près de chez moi et j'appuie la protestation du Député-Conseiller Général de Rueil.

Signature

Les habitants ont été si bien « défendus » contre ce « danger » que « l'asile »

ou de « raisons » qui ne peuvent être développées ici, tantôt, en première analyse, internes à l'histoire de la médecine mentale (par exemple l'apparition de la psychanalyse), tantôt externes (par exemple la prise de conscience politique de la seconde guerre mondiale), les psychiatres ont, du moins en France, progressivement développé une attitude qui implique une solidarité avec le malade mental plutôt qu'avec les instances qui le rejettent et de la méfiance à l'égard d'une définition conformiste de la santé mentale. On pourra trouver cette attitude trop timide ou au contraire excessive selon qu'elle s'exprime par un humanisme quelquefois teinté de paternalisme ou par l'agressivité des « anti-psychiatres ». Le propos actuel n'est pas de porter un jugement, mais de remarquer qu'il s'agit là d'une caractéristique générale de toute la littérature psychiatrique (39).

Mais si l'on observe ainsi une modification de l'attitude des professionnels vis-à-vis des malades mentaux, il faut y voir un *indice* de la crise actuelle de la psychiatrie et non une « cause », sauf à autonomiser complètement ce qui se passe dans le champ de la médecine mentale. Ce qui est fondamentalement en question en effet, à travers les tentatives de réforme de la psychiatrie et la manière dont elles sont vécues par certains de leurs agents, c'est le statut qu'une société définit pour certains de ses membres, les « malades mentaux », et la manière dont elle les sélectionne, les traite et les manipule en fonction de cette définition (40). Le XIX^e siècle a proposé une version parfaitement claire de cette politique sous la forme de la mise en place de techniques systématiques de sélec-

(selon la terminologie qui a cessé d'être réglementairement correcte depuis 1937, mais qui ne doit pas avoir été maintenue ici par inadvertance en ce qu'elle continue à charrier les répulsions attachées par plus d'un siècle de ségrégation à « ce beau nom d'asile », selon Esquirol) n'a pas à ce jour été construit.

On rapprochera ce texte d'un responsable politique de la lettre d'un lecteur du *Monde* citée et commentée par R. Gintis (*Les murs de l'asile*, p. 12-17) qui propose un recueil assez complet des préjugés encore régnants à l'égard des malades mentaux, et dont il ne faut pas s'étonner de relever la permanence si l'on constate qu'ils appliquent au malade mental les constantes de l'idéologie ségrégationniste.

(39) Cette constatation ne doit cependant pas conduire à surestimer le consensus entre psychiatres. Simultanément en effet la psychiatrie est partagée entre plusieurs tendances rivales, et même relativement à cette « écoute » nouvelle de la maladie, il faudrait distinguer plusieurs orientations qui diffèrent en fonction d'un certain nombre de variables : l'âge, le lieu d'exercice (Paris-province), le cadre de l'exercice (public-privé, hôpital-clinique), le type de formation reçue (neuro-psychiatrie, psychiatrie, psychanalyse...), etc. Les psychiatres les plus « avancés » étant aussi ceux qui écrivent le plus, l'analyse de la littérature introduit une distorsion que seule une enquête directe pourrait corriger. Néanmoins les psychiatres qui expriment la satisfaction de voir se perpétuer les conduites ségrégatives de la société à l'égard du malade mental et qui renchérissent, comme la plupart des psychiatres du XIX^e siècle, sur cette attitude en lui apportant le secours de rationalisations médicales sont, à ma connaissance, l'exception. D'autre part, lorsque je dis que les psychiatres et les psychanalystes ont le plus souvent une position *déplacée* par rapport à l'idéologie dominante, ou plus précisément à certaines de ses expressions, sans doute les plus archaïques, cela ne signifie pas nécessairement qu'ils aient une position révolutionnaire, mais qu'ils opèrent actuellement un *démarquage* par rapport aux formes dominantes de contrôle, qui correspondent à un certain stade du développement de forces productrices probablement en voie de dépassement. Il n'est pas exclu que ce faisant ils expriment la position d'autres forces, plus « dynamiques », plus « modernes », etc., plutôt que les intérêts des groupes exploités. Mais c'est là une autre question, essentielle, mais qui ne peut être traitée dans ce cadre.

(40) Il ne s'agit pas évidemment d'une définition abstraite : la législation en vigueur, les institutions en place, les pratiques sociales et thérapeutiques légitimées à l'égard de cette catégorie de la population, etc. constituent cette « définition ».

tion, d'exclusion, d'isolement et de resocialisation. Cet ensemble représente l'état du système psychiatrique au XIX^e siècle, qui a connu son âge d'or autour des années 1850, et dont la cohérence rend compte de l'extraordinaire capacité de résistance au changement qu'il manifeste. Même honni et combattu, il demeure la « bonne forme » au sens que la psychologie de la forme donne à ce mot : une structure forte, qui figure une solution claire à un problème qui n'a pas encore reçu d'autre réponse non équivoque. Face à ce modèle de la gestion de la maladie mentale comme une fonction spécialisée s'exerçant dans les marges de la société, avec une organisation spécifique centrée sur l'asile, un corps de médecins-fonctionnaires, une législation très élaborée, un système de représentations médicales transparentes aux représentations collectives dominantes, justifiant une attitude normativante avouée de la part de tous les spécialistes de la santé mentale, il ne faut pas s'étonner que les psychiatres actuels opposent presque toujours leurs critiques, souvent leur révolte, mais qu'ils soient rarement capables de proposer une conception claire et cohérente qui fournirait une solution de remplacement d'ensemble.

VII

Si la situation est bien schématiquement celle-là, il faut en tirer toutes les implications. A mon avis, il en est deux fondamentales :

1) L'analyse objective d'un élément du système psychiatrique (ici la modification de l'attitude des psychiatres) renvoie à *la théorie du système dans son ensemble*, c'est-à-dire non seulement à l'étude des établissements psychiatriques, de leurs agents et de leurs patients, mais aussi à l'analyse de la configuration dominante qui, à un moment donné, représente la forme reconnue de la définition sociale, du traitement et de la manipulation de la maladie mentale. Cette constellation comprend, outre ce qui ressortit manifestement à la psychiatrie proprement dite (idéologies et pratiques), le statut juridique du malade mental, les représentations sociales non savantes de la maladie et de la santé mentales et le rapport aux autres instances sociales concernées, qu'il s'agisse des milieux d'où le malade est arraché (familles, groupes professionnels et sociaux) ou des autres systèmes de contrôle et de normalisation (système juridique, d'éducation, etc.). Fondamentalement en effet, la psychiatrie comme pratique et comme « savoir » a toujours affaire à un *déjà là* qui conditionne le mode de sélection de ses patients, les procédures de recrutement de ses agents, les structures institutionnelles et juridiques où elle s'exerce, et fournit ainsi le cadre quotidien de ses interventions. Il s'agit à la limite de passer du *donné* (les maladies, les malades, les psychiatres, les services, les interventions thérapeutiques, les théories médicales, etc.) à ce qui *produit* ce donné, les processus sociaux de sélection, d'exclusion et de normalisation. C'est en particulier en partant de ce *background* que l'on peut dégager les fonctions cachées de la psychiatrie, l'épuration,

le contrôle et la normalisation (41) et dépasser l'identification idéologique de la fonction psychiatrique à la fonction thérapeutique.

2) En dépit de l'état de bouillonnement actuel des idées psychiatriques, et de la volonté quasi unanime des psychiatres de rompre avec l'ancienne organisation de la santé mentale, le fil directeur le plus sûr aujourd'hui pour analyser objectivement l'organisation psychiatrique demeure de l'appréhender comme un appareil complexe d'exclusion et de rééducation (42) aux différents niveaux où il continue à fonctionner, souvent sous

(41) Je dis contrôle et épuration plutôt que répression contrairement à certaines analyses actuelles, car mettre au premier plan la fonction répressive au sens propre ce serait faire la même erreur que certains critiques du XIX^e siècle qui s'élevaient contre l'enfermement des malades mentaux à partir de l'éventualité — exceptionnellement réalisée, du moins dans le secteur public — des internements arbitraires. Si l'on peut parler de violence psychiatrique, il s'agit en règle générale, c'est-à-dire sauf exceptions, d'une violence symbolique, autrement dit normative plutôt que *directement* « répressive ».

Je suis par ailleurs très conscient des ambiguïtés de l'emploi du concept de « contrôle social ». Je souhaiterais cependant que l'on ne prenne pas prétexte de cette difficulté pour parler trop vite de « fonctionnalisme ». Une théorie complète de l'efficace psychiatrique permettra sans doute d'économiser l'emploi de ce terme. Je m'en sers provisoirement pour situer le lieu principal de cette efficace du côté des mécanismes de régulation idéologique. De ce point de vue les termes d'« exclusion » ou de « répression » sont aussi inadéquats que celui de contrôle social, bien que pour des raisons inverses. En effet, le type d'emprise qu'instaure la relation psychiatrique me paraît devoir être situé dans l'ordre de ce que l'on pourrait appeler à la suite de Comte le « pouvoir spirituel », c'est-à-dire dans les stratégies de la domination qui visent à rappeler à l'ordre, à rééduquer, à convaincre, à persuader, etc. et dont la modalité d'action est, mieux que psychologique, *psychologisante* (Cf. la discussion sur la notion de *social control*, B. LÉCUYER et R. PAGÈS, « Les idées et les mots », *Revue française de Sociologie*, 8 (1 et 2), 1967). Certes, comme toute situation pédagogique, la relation médicale, surtout à l'hôpital, repose sur une inégalité culturelle et sociale fondamentale. Elle met donc nécessairement en jeu une violence (symbolique et quelquefois physique), et dans le cas de la psychiatrie cette violence est moins dissimulée que par exemple dans la situation d'enseignement (l'enfermement, les techniques concentrationnaires de manipulation du reclus, les usages punitifs de la douche, l'administration forcée de médicaments, les lobotomies, etc.). Il est cependant possible que le piège ici, à l'inverse de ce qui se passe pour l'analyse du système d'enseignement, réside dans la tentation d'en donner une interprétation « cynique » apparemment plus réaliste. Le risque serait alors d'en dissimuler le mode propre de l'intervention du pouvoir psychiatrique (ou psychanalytique) en tant non seulement qu'il use dans son discours manifeste de concepts psychologiques, mais surtout qu'il agit objectivement comme une *stratégie de psychologisation* de l'ensemble des problèmes. La difficulté est alors de ne pas escamoter cette dimension, sans pour autant en donner une interprétation idéaliste. Difficulté d'autant plus grande que si en termes marxistes la psychiatrie se situe parmi les instances qui ont pour objet la reproduction des rapports sociaux (ce que L. Althusser appelle les « appareils idéologiques d'état », *La Pensée*, mai-juin 1970), je ne pense pas, pour des raisons que je ne puis développer ici, que l'on soit en droit de dire pour autant qu'elle ait pour fonction principale la récupération de la force de travail (la réinsertion des malades dans le circuit de la production). Il semble en résulter que le système psychiatrique agirait principalement comme une instance d'inculcation culturelle et d'exclusion symbolique selon une logique à la fois homologue et inversée par rapport à celle produite pour le système d'enseignement par P. BOURDIEU et J. C. PASSERON (*La reproduction*, Paris, Ed. de Minuit, 1970). Toutes ces remarques sont au conditionnel et en attente de vérifications. Pour des manières à la fois voisines et différentes d'envisager cette difficulté fondamentale, cf. H. SELLA « Problèmes théoriques et fait psychiatrique », *Cahiers internationaux de Sociologie*, 47 1969, et J. DONZELOR « Le troisième âge de la répression », article à paraître in *Topique* (6), juin 1971.

(42) L'un des problèmes les plus délicats consiste à élaborer une théorie correcte de la liaison de ces deux finalités, rapport qui marque l'articulation entre l'idéologie médicale (guérison-réadaptation) et ses autres fonctions sociales (élimination-récupé-

des formes nouvelles. Ce n'est pas sous-estimer l'importance des initiatives modernes, ni suspecter les intentions de leurs promoteurs. Mais si l'on s'interroge sur l'état actuel du système, force est de constater qu'il se présente comme un précipité instable entre deux cohérences dont seule l'ancienne est clairement conceptualisable. En d'autres termes, on peut définir la situation contemporaine comme une conjoncture de concurrence entre *des effets d'héritage* et *des effets d'innovation* (43). Les effets d'héritage sont facilement repérables (l'architecture des bâtiments, les traditions asilaires, la législation, les fonctions officiellement attribuées aux psychiatres, leur mode de recrutement et de formation, nombre de représentations dominantes en fait de santé et de maladie mentales, le niveau de compréhension ou d'incompréhension des pouvoirs publics et des instances de décision politique, etc.). Par contre, pour les innovations, la question reste le plus souvent ouverte de savoir si l'on assiste à de simples réaménagements de la synthèse ancienne ou aux prémices d'une organisation de rapports nouveaux susceptibles de redéfinir le contenu social des concepts de normal et de pathologique. Certes beaucoup de choses sont, comme on dit, « en train de changer » au niveau de l'organisation des collectifs de soin, de la législation, du statut des personnels, de leur formation, etc. On peut même commencer à dessiner, face à la synthèse autoritaire et ségrégative du XIX^e siècle qui s'incarnait dans l'asile conçu comme une « institution totalitaire », une sorte de contre-utopie de l'assistance sans ségrégation qui impliquerait à la limite une réversibilité complète du « normal » et du « pathologique ». Mais ces conceptions vivent encore en parasitisme avec l'ancienne organisation et se développent dans son ombre et contre elle. Pratiquement, les psychiatres s'efforcent toujours d'humaniser l'asile (« communautés thérapeutiques »), de faire éclater l'asile (sectorisation), de réinterpréter complètement l'asile selon les schémas psychanalytiques (« psychothérapie institutionnelle »), de briser « définitivement » l'asile (anti-psychiatrie), etc. « L'institution », au sens où je tente de la définir ici d'un espace social, solution sociale à des enjeux sociaux qui dépassent largement le cadre de la problématique médicale de la maladie et de la santé, continue donc d'être le lieu stratégique où se déroulent les conflits que la médecine mentale reflète. Mais si c'est bien sur cette question de la définition de l'institution, de sa nature, des formes qu'elle doit revêtir, des fonctions qu'elle doit assumer, que se prennent encore les options décisives en matière de politique de la santé mentale, cela signifie à mes yeux que les « révolutions psychia-

ration d'individus rejetés comme déviants à partir d'une représentation normative de la santé et de la maladie). L'asile du XIX^e siècle fait encore ici office de modèle en donnant clairement à voir que ces deux finalités ne sont pas contradictoires. L'isolement est l'opération qui commande à l'une et à l'autre dans la mesure où, du moins à l'origine, l'acte qui sépare l'individu de ses milieux « normaux » d'appartenance (famille, travail, communauté d'habitat...) est indivisiblement celui qui le replace dans un milieu nouveau entièrement agencé pour assurer à la fois son gardiennage et sa resocialisation.

(43) Pour une première tentative de conceptualisation de cette problématique, cf. R. CASTEL : « Continuité et changement dans l'histoire de la médecine mentale : quelques problèmes de méthode », communication au VII^e Congrès mondial de Sociologie, Varna, sept. 1970.

triques» (on en est, paraît-il, à la troisième) ont lieu davantage dans l'idéologie que dans la réalité, et que la mort de l'asile et même de ses succédanés n'impliquerait pas nécessairement la fin des contradictions que recouvre depuis le XIX^e siècle le label de psychiatrie.

Il n'est d'ailleurs, pour s'en convaincre, que d'être attentif à ce qui se passe tous les jours en psychiatrie au niveau le plus empirique, lorsque l'on voit même les partisans des initiatives les plus audacieuses s'accuser mutuellement de perpétuer l'ordre ancien, qu'il s'agisse de choisir entre différents types de dispositifs techniques ou organisationnels (44) ou d'apprécier la signification de décisions nouvelles en matière d'assistance (45). Si les psychiatres hésitent ainsi, c'est que la société n'a pas choisi. Aussi faut-il s'efforcer de rapporter la signification d'un changement dans le milieu à ce qui se passe simultanément dans les autres instances sociales. On doit ainsi s'interroger sur l'analogie qui existe entre les principales caractéristiques de la réforme de « l'institution » psychiatrique (assouplissement des structures, libéralisation des relations, accent mis sur le travail en équipe, la collaboration « soignants » - « soignés », etc.) et les nouvelles techniques de manipulation préconisées par les « réformateurs » de l'entreprise et de la société (attention portée aux « relations humaines », concertation, participation, etc.). Ce n'est de toute évidence pas un souci d'humanité qui a inspiré ces dernières préoccupations, mais bien la transformation des conditions de la production et la nécessité d'y faire correspondre de nouvelles formes d'emprise sur les individus. Même si l'on n'en tire pas une conclusion unilatéralement réductrice quant à la portée des initiatives psychiatriques modernes, on est ainsi rappelé à la vigilance : il ne suffit pas d'observer à quel point les institutions de soins et les modalités de l'intervention thérapeutique se transforment profondément pour avoir le droit de conclure que ces formes nouvelles assument désormais des finalités totalement différentes.

Le fait de chercher à retrouver la loi de conservation de l'ancienne structure ne relève donc pas d'une obsession passéiste, ni même d'un souci d'historien. C'est, aujourd'hui, le détour méthodologiquement nécessaire pour tenter de dégager les enjeux les plus objectifs d'une politique psychiatrique à travers les épreuves que ses agents et leurs porte-parole vivent comme les difficultés de l'*aggiornamento* de la médecine mentale, de sa « socialisation » comme on dit volontiers maintenant. Ces expressions sont dangereuses car elles donnent à entendre qu'il fut un temps où la psychiatrie n'était pas de son siècle, n'était pas « sociale ». Le type d'analyse que je suggère vise à montrer qu'elle le fut toujours, ni plus ni moins dans le passé que dans le présent, mais sous les formes différentes

(44) Par exemple pour les choix architecturaux, l'opposition entre les tenants d'une architecture hospitalière « révolutionnaire » et ceux pour qui « le malade mental » doit rester parmi nous, dans nos maisons, pour mêler sa problématique à notre vie sociale » (Franco et Franca BASACLIA et G. F. MINGUZZI : « Exclusion, programmation, intégration », *Recherches* (5), Paris, 1967, p. 83).

(45) Par exemple la politique de sectorisation comme moyen d'assurer une assistance psychiatrique souple est actuellement la doctrine officielle de la psychiatrie moderne, mais il s'élève des voix de plus en plus nombreuses pour dénoncer les dangers d'un « quadrillage » psychiatrique et de la « psychiatiser » de tous les conflits.

qu'impliquent le rapport des forces sociales et les modalités dominantes de la distribution du pouvoir. A partir de là, la question reste ouverte. Que peut-être un jour — mais nous n'en sommes pas encore là — de nouveaux modes de contrôle et de domination prennent la prépondérance jusqu'à rendre caduques les anciennes solutions ségrégationnistes, et donc vaine la recherche des « effets d'héritage », exigerait une réadaptation à cette situation nouvelle de la méthode proposée, mais non son abandon. Car le problème demeurerait toujours d'analyser le mode spécifique d'action du système psychiatrique parmi les mécanismes qui assurent la conservation sociale.

VIII

Il est maintenant possible de revenir pour conclure sur la thèse sous-jacente à cet exposé et de lever une équivoque, si tant est qu'en parlant comme je l'ai fait de « psychiatro-centrisme » ou « d'impérialisme médical », j'ai pu être soupçonné d'injustice. Tant qu'il y a des malades (46), les condamnations dogmatiques des tentatives de transformation interne de la pratique psychiatrique sont déplaisantes et intempestives. Dans cette perspective et s'agissant du sociologue, il n'est pas déshonorant en soi qu'il apporte sa collaboration pour aborder des tâches précises définies par le cadre de la pratique psychiatrique. Cela est d'autant plus vrai que, même en mettant entre parenthèses les retombées en général heureuses de ses interventions sur la vie des services, il faut se souvenir que les décisions en matière de politique de la santé mentale sont le résultat de processus de négociations complexes entre administrateurs, responsables politiques et médecins dont les intérêts ne sont pas unifiés sur la base de la défense du *statu quo*. En proposant des aménagements à l'organisation psychiatrique qui vont dans le sens des préoccupations des psychiatres réformateurs et des administrateurs libéraux, ces sociologues ne seraient donc pas en si mauvaise compagnie, à moins que l'on décide que toute tentative de réforme des établissements de soin est mauvaise en soi.

Ce n'est pas une raison cependant pour oublier les ambiguïtés de cette position. Celles-ci sont à la fois politiques et théoriques. Politiquement, en

(46) Avec ou sans guillemets, c'est toute la question. Mais tant que l'on ne dispose pas d'une théorie de la maladie mentale qui marque exactement la place des facteurs sociaux dans l'étiologie, la discussion sur ce point reste largement métaphysique, et ses aboutissements stériles. A plus forte raison si l'on donne une place prépondérante aux « causes sociales », il y a de l'idéalisme à ne pas vouloir reconnaître que notre système social a le pouvoir d'imposer aux malades un destin qu'ils *intériorisent*, et ce serait une forme de racisme à rebours de prétendre en faire purement et simplement abstraction en éliminant du même coup d'un trait de plume les graves problèmes (aussi bien politiques que thérapeutiques) que posent les notions de « traitement » et de « guérison ». Le fait que la « maladie mentale » exprime au moins pour une part des contradictions objectives (aliénation sociale) ne dispense pas de reconnaître que le statut imposé à toute une catégorie de sujets (les « malades mentaux ») est incomparablement plus inhumain que celui des individus « normaux », si relatives et si boiteuses que puissent être ces distinctions d'un point de vue théorique. A cette spécificité de situation devrait correspondre un « traitement » spécifique. De quelle nature ? Toute l'ambiguïté de la « thérapeutique » découle de la manière unilatérale dont elle prend parti sur cette question : en la médicalisant, en la psychiatisant.

acceptant de voir dans l'établissement psychiatrique une organisation à mieux gérer, le sociologue se fait l'interprète et l'agent de la pression qu'exerce le système social sur le système psychiatrique sous sa double forme : *rentabiliser le système* (ce qui en termes médicaux se traduit par l'obtention d'un meilleur taux de sorties, le raccourcissement de la durée des séjours, la réduction du nombre des rechutes, etc.); *humaniser le système* en le rendant le moins contradictoire possible par rapport aux idéaux proclamés de l'idéologie reçue (efforts pour instaurer un minimum de démocratie interne au sein de l'institution, pour remplacer l'autoritarisme des rapports hiérarchiques par la compréhension des cas singuliers, etc.). Que la contradiction qu'incarnait l'institution totalitaire subsiste, mais soit maintenant mieux gérée dans le cadre de cette idéologie participationniste, et qu'il y ait là un modèle susceptible d'être étendu à la solution d'autres conflits, et à la limite à la résolution de l'ensemble des « tensions sociales », certains de ces réformateurs, psychiatres ou psycho-sociologues, en ont eu au moins le soupçon (47).

Du point de vue théorique, en s'attachant exclusivement à fournir à la commande des réponses « concrètes » aux problèmes « urgents » posés par la conjoncture, le sociologue renonce à occuper le seul lieu d'où il puisse vraiment questionner le fait social que constitue l'existence d'une psychiatrie comme système de pouvoir. Cette méconnaissance prend deux formes sous lesquelles on reconnaît la même inflation de l'idéologie médicale : épouser les problèmes de la psychiatrie — ou de la psychanalyse — en prenant au mot leurs ambitions et leurs espérances; les renverser abstraitement par un discours verbalement contestataire qui se contente d'extrapoler à l'ensemble social le modèle médical qu'il entend combattre (« il n'y a pas de malades mentaux, c'est la société qui est folle », etc.).

Face à ces positions dont la complémentarité démontre qu'elles se meuvent toutes deux dans l'indétermination idéologique, le problème demeure d'analyser les *contradictions déterminées* (entre condamnation et prise en charge, gardiennage et thérapeutique, épuration et réhabilitation, conditionnement et rééducation, exclusion de la communauté et récupération de la force de travail, etc.) qu'exprime, à un moment historique donné, l'organisation sociale relative à la « maladie mentale ». En d'autres termes, il ne suffit pas d'interpréter les problèmes de la pratique psychiatrique à partir de la manière dont elle se pense elle-même, mais à partir de la tâche sociale qui lui est dévolue de gérer ces contradictions. J'entendais par sociologie de l'*institution* psychiatrique (et de l'institution de la psychiatrie) précisément cet effort pour élucider, derrière l'institué tel qu'il se donne à l'observation, les processus d'institutionnalisation de la

(47) Cf. par exemple D. V. MARTIN, *Aventure en psychiatrie*, op. cit. : « L'acceptation et la compréhension au sein d'une atmosphère communautaire représentent en fin de compte une forme de contrôle plus efficace et plus constructive, et n'aboutissent nullement à l'anarchie » (p. 57). « Le personnel et les malades purent découvrir pour eux-mêmes que les circonstances sont beaucoup moins importantes pour la santé mentale et la satisfaction que les attitudes et les relations personnelles. C'est une chose que les politiciens, aussi bien que ceux qui mettent leur foi dans la législation sociale sont très longs à apprendre » (p. 63). Les politiciens ont beaucoup progressé depuis dix ans.

maladie, des malades, des psychiatres et des établissements de soin à partir des fonctions assumées par cet appareil spécifique de pouvoir social que représente la psychiatrie. Sans doute comprend-on mieux maintenant pourquoi cette intention ne peut s'accomplir, du moins dans un premier temps, qu'à travers une rupture, tant par rapport au point de vue médical que par rapport aux analyses sociologiques ou para-sociologiques dont le souci prépondérant est de proposer des solutions acceptables dans l'état actuel du système (psychiatrique et politique) (48).

Robert CASTEL,

*Université de Vincennes — Paris VIII.
Centre de Sociologie européenne.*

(48) Une exposition complète de la structure et des transformations de ce « système » psychiatrique sera proposée dans un ouvrage en préparation, *Les métamorphoses de la psychiatrie*.