

Fonction médicale et travail social à l'hôpital psychiatrique

In: Revue française de sociologie. 1977, 18-2. pp. 301-315.

Citer ce document / Cite this document :

Dutrénit Jean-Marc. Fonction médicale et travail social à l'hôpital psychiatrique. In: Revue française de sociologie. 1977, 18-2. pp. 301-315.

http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/rfsoc_0035-2969_1977_num_18_2_4933

резюме

Jean-Marc Dutrénit : Медицинская функция и социальная работа в психиатрических больницах. Отсутствие согласованности в научных кругах об этиологии психических заболеваний уполномочивает социологический постулат социального определения современных психиатрических направлений. Анализ выступлений пяти представительных видов современных течений и нескольких количественно характеризующих социальных фактов, позволяет установить, что их происхождение есть не что иное, как прогрессирующая автономия функции социальной работы визави медицинской в больницах. Отсюда вытекает важное следствие : то, что называют « социальным контролем », может быть пояснено в границе разделения работы посредством медленного появления нового поколения специалистов (социальные работники, эрготерапевты, социо-терапевтические медицинские сестры), профессионализирующих свое поприще. Это новое поприще, являющееся лицом и социальными учениями, противопоставлено факту : медицинской нозографии. Данный метод анализа, кажется, должен дополнить функциональные методы часто в честь этой специальности.

Zusammenfassung

Jean-Marc Dutrénit : Aertzliche Funktion und Sozialarbeit im psychiatrischen Krankenhaus. Das Fehlen innerhalb der wissenschaftlichen Gemeinschaft einer Uebereinstimmung über die Actiologie der Geisteskrankheiten lässt das soziologische Postulat zu, wonach die heutigen psychiatrischen Stromungen sozial determiniert werden. Anhand einer Analyse der Aussagen der fünf Haupttypen der augenblicklichen Stromungen sowie einiger quantifizierter sozialer Fakten, durch die sie charakterisiert werden, wird festgestellt, dass ihre Entstehung der Entwicklung der progressiven Autonomisierung der Funktion Sozialarbeit gegenüber der medizinischen Funktion innerhalb des Krankenhauses entspricht. Hieraus entsteht eine wichtige Nebenerscheinung: die sogenannte 'soziale Kontroll' lässt sich aus der Arbeitsteilung herauserkennen, das heisst durch die langsame Entstehung einer neuen Spezialistengruppe (Sozialarbeiter, Ergotherapeuten, soziotherapeutischen Krankenpfleger) , die ihren Arbeitsbereich professionalisiert. Dieser neue Bereich ist der der Persönlichkeit und des sozialen Lernens, und steht de facto dem Bereich der medizinischen Nosographie gegenüber. Diese Analysemethode könnte die funktionalistischen Methoden ergänzen, die auf diesem Gebiet vorwiegend angewendet werden.

Resumen

Jean-Marc Dutrénit : Función médica y trabajo social en el hospital psiquiátrico. La ausencia de consenso de la comunidad científica acerca de la etiología de las enfermedades mentales autoriza el postulado sociológico de la determi- nación social de las corrientes psiquiátricas actuales. El análisis de los discursos de los cinco grandes tipo de corrientes existentes y de algunos hechos sociales cuantificados que los caracterizan permite establecer que su génesis es la de la automatización progresiva de la función trabajo social frente a la función médica dentro del mismo hospital. De eso se deduce un corolario importante lo que se llama "control social" se puede explicar con técnicas de division del trabajo por la aparición lenta de nuevo cuerpo de especialistas (trabajadores sociales, ergoterapeutas, enfermeros socio-terapeutas) que profesionaliza su campo de intervención. Ese nuevo campo es el de la personalidad y de los aprendizajes sociales opuestos de hecho al de la nosografía médica. Ese método de análisis parece deber completar los métodos funcionalistas respectados a menudo en esa especialidad.

Abstract

Jean-Marc Dutrenit: Medical function and social work at the psychiatric hospital. The lack of agreement in the scientific community about the etiology of mental sicknesses legitimates the sociological postulate emitted by contemporary psychiatric currents concerning social determination. The analysis of the discourses of the five major types of existing currents and of some quantified social facts which characterize them permits establishing that their origin is in the progressive automation of social work vis-à-vis medical duties within hospitals. An important corollary follows: what is called 'social control' can be explained in terms of the division of labor by the slow appearance of a new group of specialists (social workers, ergotherapists, sociotherapeutic nurses) who professionalize its domain of

intervention. This new domain is that of the personality and of social apprenticeships, opposed de facto to that of medical nosography. This method of analysis seems to have to complete the functionalist methods often held in honor in this speciality.

Résumé

Jean-Marc Dutrénit : Fonction médicale et travail social à l'hôpital psychiatrique.

L'absence de consensus de la communauté scientifique sur l'étiologie des maladies mentales autorise le postulat sociologique de la détermination sociale des courants psychiatriques actuels. L'analyse des discours des cinq grands types de courants existants et de quelques faits sociaux quantifiés qui les caractérisent permet d'établir que leur genèse est celle de l'autonomisation progressive de la fonction travail social vis-à-vis de la formation médicale dans l'hôpital lui-même. Un corollaire important en découle : ce qu'on appelle « contrôle social » peut être expliqué en termes de division du travail par l'apparition lente d'un nouveau corps de spécialistes (travailleurs sociaux, ergothérapeutes, infirmiers sociothérapeutes) qui professionnalise son champ d'intervention. Ce champ nouveau est celui de la personnalité et des apprentissages sociaux opposé de facto à celui de la nosographie médicale. Cette méthode d'analyse paraît devoir compléter les méthodes fonctionnalistes souvent en honneur dans cette spécialité.

JEAN-MARC DUTRÉNIT

Fonction médicale et travail social à l'hôpital psychiatrique *

Le champ des « thérapeutiques sociales » et du « traitement social » qui se développe aujourd'hui dans le secteur psychiatrique prend des formes diversifiées; certaines ne sont séparées que par des nuances, d'autres s'opposent nettement. On peut distinguer ainsi du plus ancien au plus récent cinq grands mouvements: le courant organiciste, le courant psychanalytique, celui des communautés thérapeutiques, le courant antipsychiatrique, et enfin celui de la psychiatrie de la communauté ou du secteur. On ne recherchera pas à faire un recensement encyclopédique de ces formations ou à discuter théoriquement des propositions des protagonistes de cette psychiatrie contemporaine car elles relèvent du domaine de la pathologie mentale qui ne nous intéresse pas directement. En revanche, les affrontements théoriques constituent des indicateurs de formes d'organisation sociale intéressants pour le sociologue car les discours nouveaux esquissent des formes nouvelles de division du travail. Cette direction de recherche repose sur un « postulat » sociologique: l'absence de consensus de la communauté scientifique sur les causes des maladies mentales autorise l'éclosion de pratiques qui, si elles sont médicales dans leur forme n'en sont pas moins sociales dans leur contenu. Ce postulat permet de s'interroger sur les déterminants sociaux de la gestation de ces théories et de ces pratiques. Si des descriptions et des analyses sociologiques de ces phénomènes ont été réalisées ces dernières années, il ne semble pas qu'elles aient mis suffisamment en lumière les éléments strictement *professionnels* permettant d'étudier le fonctionnement et le développement récents des formations psychiatriques du *point de vue de la division du travail* (1). Précisons cepen-

* Les versions successives de cet article ont bénéficié des conseils attentifs de Jean-Claude CHAMBOREDON que nous tenons à remercier ici.

Par opposition au « travail social » tel qu'on l'entend d'ordinaire (action d'agents spécialisés, membres d'une bureaucratie en vue de l'encadrement ou de l'assistance à divers sujets), on entend ici par *travail social* tout acte qui au moyen d'interactions, d'apprentissages ou

de services vise à modifier le statut d'un individu ou d'un groupe. On l'oppose au travail proprement médical de soins biologique.

(1) Encore que des travaux comme ceux de E. GOFFMAN: *Asiles* (Paris, Editions de Minuit, 1969) et de R. CASTEL: « Le traitement moral, thérapeutique mentale et contrôle social au XIX^e siècle », (*Topique* (2), 1970) ou *Le psychanalisme*, (Paris, Maspero, 1973) aient abordé ce

dant qu'on n'étudiera pas celle-ci telle qu'on l'observe réalisée à l'hôpital, mais qu'on interrogera le discours des agents par référence à la division du travail, réelle ou potentielle, entre spécialistes du soin des patients. Précisons encore que cette interrogation sera faite sous le rapport de la fonction et de la place du médecin et des autres agents professionnels que le discours nosographique suppose. En outre, les théoriciens de la psychiatrie dont nous citons des arguments seront mentionnés ici en raison de leur importance sociale et par référence aux objectifs visés dans l'analyse ci-dessous, en dehors de toute considération « interne » quant à l'éventuelle pertinence de leurs théories relatives aux causes des maladies mentales ou à la thérapeutique de celles-ci.

Hypothèses de travail

L'existence conflictuelle des cinq grands courants décrits plus haut comme constituants de la psychiatrie d'aujourd'hui pose le problème sociologique de l'explication de leur gestation. La solution que nous proposons ici repose sur trois hypothèses.

a) Chaque courant est une transformation du précédent qui peut néanmoins continuer son existence (ainsi le discours antipsychiatrique constitue le passage d'une fonction de cure psychologie-morale à une fonction de manipulation des relations sociales) (2).

b) La condition de ces transformations est la modification du rapport établi pour chaque courant entre le concept de nosographie et celui de personnalité (3). Comme ces deux concepts résument, le premier l'étiologie biologique des maladies mentales, le second leur étiologie sociale, toute modification dans leur rapport reflète un changement dans l'alternative domination/intégration établie entre idéologie biologiste et idéologie sociale du comportement au cours du développement des sciences qui les supportent. Par exemple, lorsque la biologie est dominante dans le discours des agents, le concept de personnalité est dominé par

point, ils n'ont pas tenté d'expliquer la diversité psychiatrique sous forme de microsystème social ayant des lois de gestation et de fonctionnement assurant des fonctions partielles de renouvellement du système social global. Par ailleurs, on peut reprocher à des classifications comme celle de LE CERF et SÉBILLE : (« Dimensions sociales de la psychopathologie et de la psychiatrie », *Rev. franç. soc.*, 16 (3), 1975, p. 380) d'inclure dans « le champ de la sociologie de la psychiatrie » des travaux comme ceux de la psychiatrie communautaire ou de la psychothérapie institutionnelle qui sont des doctrines psychiatriques et non des travaux sociologiques (Cf. sur ce point notre article sur « le mouvement de psychothérapie institutionnelle », *Année sociologique*, 25, 1974, pp. 165-235).

(2) C'est-à-dire de travail social. Cela implique de distinguer la *profession* de travailleur social de sa *fonction* effective qui peut être remplie par un agent quelconque.

(3) Le concept de personnalité signifie ici l'ensemble des capacités de tous ordres, acquises par l'individu au cours d'apprentissage sociaux. C'est le point central d'application des actes de travail social. Le concept de nosographie signifie la nomenclature des troubles mentaux pour la partie du corps médical qui considère que la cause des maladies mentales est d'ordre biologique. Il est le point d'exercice des thérapeutiques biologiques. Le concept de personnalité, tel qu'il est défini ici, paraît suffire aux partisans de l'étiologie sociale des troubles mentaux.

celui de nosographie (courant organiciste). En revanche, lorsque les sciences sociales dominent, la nosographie disparaît au profit des processus d'influence et de gestation sociale de la personnalité (courant antipsychiatrique). Enfin lorsque les deux idéologies sont intégrées, on observe une cohabitation des concepts de nosographie et de personnalité (courant de la psychiatrie de la communauté ou du secteur).

c) Les conflits qui surgissent entre agents spécialistes de chacune de ces sciences à l'occasion de cette lutte d'influence renforcent ou provoquent le phénomène de modifications des rapports entre concepts (hypothèse b) ce qui entraîne à son tour l'engendrement d'un nouveau courant (hypothèse a) qui peut avoir pour fonction de légitimer de nouvelles pratiques.

L'analyse qu'on présente ci-après consiste à tester ce système d'hypothèses par l'épreuve de la reconstruction qu'elles permettent de la réalité psychiatrique contemporaine telle qu'elle semble se présenter à travers la diversité conflictuelle des cinq grands courants déjà énumérés.

1° *L'autorité discrétionnaire du psychiatre organiciste*

L'une des formes typiques de la psychiatrie en vigueur depuis le milieu du XIX^e siècle est construite autour du schéma de pensée organiciste : en fonction des sciences biologiques et pharmacologiques, le médecin construit une nosographie qui définit le patient dans sa totalité. C'est la voie qui, comme le dit H. Baruk, « consiste à chercher la cause des troubles mentaux dans des altérations du système nerveux et vise à associer et à intégrer les symptômes psychologiques et les symptômes organiques dans une conception *uniciste* qui s'oppose au dualisme classique » (4). Ce domaine a été illustré par de nombreux chercheurs au XIX^e (5) comme au XX^e siècle (6) et récemment par les travaux de H. Ey (7), H. Laborit (8) et P. Quentin-Debray (9). C'est ainsi que H. Ey défend la « naturalité de la maladie mentale ». Il écrit par exemple : « Toute maladie est naturelle », c'est-à-dire qu'elle atteint l'homme *dans sa nature* qui est d'être un homme organisé dans l'individualité (dans la territorialité inconsciente de son tégument) et la

(4) BARUK (H.) : *Psychoses et névroses*. Paris, Presses Universitaires de France, 1958, p. 85. Le courant de pensée organiciste vise trois niveaux de la réalité. En médecine, c'est la théorie qui rattache toute maladie à une lésion organique. En biologie, c'est la doctrine qui admet que la vie résulte de l'activité propre des organes eux-mêmes. En philosophie, c'est la conception selon laquelle les sociétés sont des organismes analogues aux êtres vivants, de sorte que la sociologie ne serait qu'une branche de la biologie.

(5) Citons MOREAU DE TOURS, FALRET, BAILLARGER, FOVILLE, MOREL, LASÈGUES.

(6) KLIPPEL, LHERMITTE, VOGT, JACOBI, JONG, TOULOUSE, MARCHAND : (*Maladies mentales*, Ed. Legrand, 1939), COURTOIS : (*Etudes biologiques et cliniques sur les maladies mentales*, Paris, 1938). HOLLANDER, DELAY.

(7) EY (H.) : *Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie*. Paris, Privat, 1975.

(8) LABORIT (H.) : *Les comportements*, Paris, Masson, 1973.

(9) QUENTIN-DEBRAY (P.) : *Génétique et psychiatrie*, Paris, Fayard, 1973.

totalité de son corps » (10). Dans une perspective de recherche plus spécialisée, P. Quentin-Debray montre que la mélancolie a des causes génétiques (11). Enfin de nombreuses revues représentent actuellement le courant de pensée organiciste en psychiatrie (12) dont on voit qu'il relève exclusivement des sciences médicales et pharmacologiques. Par conséquent, au niveau de la division du travail à l'hôpital, le médecin considère son autorité légale discrétionnaire comme légitime et l'exerce sur le patient, autant en ce qui concerne la maladie de celui-ci que sa personnalité et que sa vie sociale puisque le primat, dans la chaîne causale aboutissant au comportement, est accordé au biologique. Cette autorité est considérée également comme légitime en ce qui concerne le reste du personnel qu'il soit médical, para-médical ou social (réduit à l'assistante sociale du service) puisque le neuro-biologique prime tout au point de définir la totalité de l'individu et du social dont les lois sont considérées comme une extension des lois de la biologie, la sociologie étant une branche particulière de celle-ci, à l'image de ce qu'en disait Spencer présentant « la vie sociale comme une simple résultante des natures individuelles » (13).

2° Le médecin psychanalyste ou l'ouverture du débat

A l'opposé de cette position on trouve la pensée psychanalytique dont l'enjeu est clairement résumé dans une étude de P. Bruno : « Il s'agit pour Freud d'élaborer un concept de psychique *indépendant* du concept de physiologique, dans le cadre de la constitution d'un langage spécifique, susceptible de permettre la prise en considération (et l'intelligence adéquate) de la *signification* des contenus psychiques » (14). Cette élaboration qui s'établit sous l'influence des sciences sociales et morales de l'époque (15) *dans le champ* de la médecine a conduit la psychanalyse

(10) Ey (H.) : *op. cit.*, p. 216. On remarquera que si l'auteur nuance cette thèse en récusant un organicisme mécaniste par les réactions du sujet à la maladie qui le frappe, la causalité de la maladie demeure pour lui exclusivement organique : « La maladie, et particulièrement la maladie mentale, n'est dès lors plus seulement l'objet d'une connaissance objective mais elle est aussi l'expérience d'un sujet qui, au niveau inférieur de son intégration où il est réduit, compense de toutes ses forces et par la stratégie de ses défenses l'atteinte à son intégrité mentale ». *Loc. cit.*, p. 217.

(11) QUENTIN-DEBRAY (P.) : *op. cit.*

(12) Citons entre autres : *L'Encéphale*, revue de psychiatrie biologique et thérapeutique; la *Revue neurologique*; *Epilepsia*; l'*Année biologique*; et parmi les revues étrangères diffusées en France : *Physiology and behaviour*; *European neurology*; *Soviet neurology and psychiatry*; *Schizophrenia bulletin*.

(13) DURKHEIM (E.) : *La division du travail social*, Paris, Presses Universitaires de France, 1967, 8^e éd., p. 341.

(14) BRUNO (P.) : « Sur la formation des concepts freudiens de psychique/physiologique ». *Nouvelle revue de psychanalyse*, (3), 1971, p. 127.

(15) Les références de Freud à l'ethnographie dans *Totem et tabou*, à la psychosociologie de G. Le Bon dans *Psychologie collective et analyse du moi*, et à une grande partie des connaissances de son époque concernant les sociétés humaines dans l'ensemble de son œuvre sont suffisamment connues pour ne pas insister sur ce point ici. On sait aussi que le traitement que Freud leur faisait subir était largement fantaisiste *du point de vue de ces sciences* comme l'ont montré entre autres, R. BASTIDE dans *Sociologie et psychanalyse*, et P. BRUNO dans « Freud et l'anthropologie ». *La Nouvelle Critique* (43), 1971, pp. 21-28.

à une position ambiguë. Comme l'écrit F. Gantheret, elle « s'établit dans une coupure qui laisse à l'un de ses bords le corps biologique, pour en assurer de l'autre côté la reprise dans un langage, dans un système de signes » (16). Autrement dit la psychanalyse tout en gardant le *langage* de la physiologie n'opère en réalité qu'à l'aide de significations sociales et psychologiques (17). De ce fait, dans le domaine des maladies mentales, elle remplace la nosographie organiciste par la notion de personnalité sans résoudre le problème de leurs rapports. Cette démarche est caractéristique d'un psychanalyste comme D. W. Winnicott qui écrit : « La partie du développement du nourrisson que j'appelle personnalisation ou que l'on peut décrire comme une habitation de la psyché à l'intérieur du corps, a ses racines dans l'aptitude, chez la mère ou la figure maternelle, à adjoindre son engagement affectif à l'engagement qui, à l'origine, est physique et physiologique » (18). C'est-à-dire que la personnalité pour le psychanalyste relève de l'adjonction de l'affectif au physiologique. Cependant il n'est question dans la cure que d'affectif, de significations et point de physiologie. L'opération de la psychanalyse dans le domaine des maladies mentales consiste donc sous l'influence des sciences sociales au sens large (celles de l'époque, celles d'aujourd'hui) à déplacer le siège de l'essence de l'homme. Pour les organicistes elle est dans la biologie, pour les psychanalystes elle est dans un complexe de relations.

Le traitement moral que la psychanalyse a contribué à instaurer dans les hôpitaux psychiatriques, même s'il a épousé les formes anciennes du traitement des « affections de l'âme », a néanmoins *ouvert le débat* concernant l'organisation de la vie sociale de l'hôpital sur la base de données scientifiques (19). Même si c'est encore le personnage médical qui parle et décide, il est question des significations de la vie sociale. Et comme l'écrit Foucault, même si « le médecin en tant que figure aliénante reste la clef de la psychanalyse » (20), autrement dit si la psychanalyse légitime dans le champ des significations sociales la position juridique et morale du médecin dans l'hôpital (21), elle n'en a pas moins ouvert un certain dialogue : « elle a doublé le regard absolu du surveillant de la parole indéfiniment monologuée du surveillé — conservant ainsi la

(16) GANTHERET (F.) : « Remarques sur la place et le statut du corps en psychanalyse ». *Nouv. rev. de psychanalyse*, loc. cit., p. 146.

(17) « D'une part certains concepts physiologiques comme ceux d'inhibition ou de quantum d'excitation sont transposés (et transformés) en concepts psychologiques d'inhibition (au sens psychologique) et de quantum d'affect. D'autre part, encore en 1895, Freud tente d'écrire toutes ses découvertes psychologiques en langage physiologique, dans son célèbre *Projet d'une psychologie* ». (P. BRUNO, « Formation des concepts... » loc. cit. p. 134).

(18) WINNICOTT (D. W.) : « Le corps et le self », loc. cit., p. 40.

(19) « Il n'est sans doute pas insensé de voir dans la psychanalyse la découverte qui vient remplir la place dessinée par FALRET lorsqu'il appelait de ses vœux une science permettant de mieux préciser les indications résultant de l'état spécial de chaque malade ». (CASTEL (R.) : « Le traitement moral... » loc. cit., p.128.)
(20) FOUCAULT (M.) : *Histoire de la folie*, Paris, Union Générale d'Éditions, 1964, p. 290.

(21) « Comprendre, penser, inspirer et diriger le fonctionnement des organismes de soins psychiatriques, tout cela est du domaine, non de la psychanalyse propre mais de la psychanalyse appliquée... » P. C. RACAMIER et al. : *Le psychanalyste sans divan*, Paris, Payot, p. 55.

vieille structure asilaire du regard non réciproque — mais en l'équilibrant dans une réciprocité non symétrique, par la structure nouvelle du langage sans réponse » (22). En définitive, si elle constitue un courant de pensée en gros opposé à l'organicisme (23), elle reste très semblable à ce dernier en ce qui concerne la position du pouvoir médical — quoique avec des arguments différents — mais elle introduit le ver dans le fruit : le dialogue — même soigneusement contrôlé (24) — est installé dans l'hôpital. La question de la constitution de la personnalité dans des conditions sociales, même si celles-ci tiennent lieu de genèse des maladies mentales, est posée, ce qui interroge du même coup l'organisation sociale de la vie asilaire.

Au niveau de la division du travail dans l'hôpital, peu de choses changent avec l'apparition de la psychanalyse et du psychanalyste. Les infirmiers restent infirmiers, les médecins médecins, aucun nouveau personnel n'est introduit dans l'hôpital. Seule change la vision que les uns et les autres ont de la maladie et de leur rôle. L'acte psychiatrique reste individuel et sous la seule autorité, juridique d'abord et morale encore, du médecin psychanalyste.

3° La communauté thérapeutique ou le médecin « ingénieur social »

Cependant le développement de la psychanalyse préparait l'avènement d'un troisième courant de pensée intégrant ou essayant d'intégrer les deux premiers (organicisme, psychanalyse) aux apports nouveaux des sciences spécifiquement sociales (sociologie et psychosociologie surtout mais aussi, dans une moindre mesure, linguistique et économie). Ce troisième courant de pensée caractérise les communautés thérapeutiques en Angleterre et aux U.S.A. et la psychothérapie institutionnelle en France. L'intégration entre organicisme et psychanalyse se manifeste par le *mélange* des notions de *facteurs constitutionnels* et de *personnalité*. C'est ainsi que D. V. Martin peut écrire : « L'approche communautaire est fondée sur les concepts suivants largement acceptés concernant la nature et la motivation des troubles psychiatriques : la maladie mentale est une réaction, déterminée par des facteurs héréditaires et constitutionnels, de la personnalité toute entière à des tensions internes ou externes, soit physiques soit émotives, ou encore combinées » (25). On ne voit pas très bien ici la différence entre ce qui est constitutionnel et ce qui relève de la personnalité, c'est-à-dire de l'ensemble des acquis sociaux de l'individu. La même conception est à l'œuvre semble-t-il dans l'ensemble des communautés thérapeutiques : G. Bleandonu écrit

(22) FOUCAULT (M.) : *op. cit.*, p. 259.

(23) Le rôle de la pharmacologie est supprimé — du moins en principe.

(24) Par exemple à l'aide de la violence symbolique dont R. Castel a montré l'usage en psychanalyse. Cf. *Le psychanalisme*, *op. cit.*, p. 122 et sq.

(25) MARTIN (D. V.) : *Aventure en psy-*

chiatry, Paris, Ed. du Scarabée, C.E.M. E.A., 1969, p. 212. (Ce livre a été traduit par des membres du Service de R. GENTIS qui est l'un des animateurs et théoriciens du mouvement de psychothérapie institutionnelle en France et qui a souvent manifesté son accord avec les thèses qui y sont exprimées.)

qu'un « fait socio-culturel capital (ayant) contribué à la naissance de la communauté thérapeutique (est) la prise de conscience des éléments sociaux dans les maladies mentales et la naissance de la psychiatrie sociale » (26). La déclaration est donc très nette : la notion de *maladie* et la notion d'*éléments sociaux* sont liées l'une à l'autre. Quant à l'aspect biologique de ces théories de la maladie mentale, on trouve toute une gamme de traitements pharmacologiques qui s'échelonnent de leur absence pure et simple (27) à la sophistication expérimentale en passant par les *placebos* de toute sorte, ce qui ne différencie guère les communautés thérapeutiques de la tradition organiciste ou de la psychanalyse.

En revanche, l'originalité de ce courant de pensée est d'avoir développé sur la base du versant social de sa théorie des maladies mentales, un ensemble de techniques sociales de vie collective fondées notamment sur le « concept d'apprentissage social (*social learning*) qui, selon Jones, s'apparente étroitement à la théorie de l'apprentissage du gestaltisme » (28). Au point que certains psychiatres déclaraient au VII^e congrès international de psychothérapie consacré à la psychiatrie dans la communauté et la communauté thérapeutique : « le thérapeute moderne est devenu un *ingénieur social* » (29). « Grossièrement, résume Bleandonu, on peut se représenter la communauté thérapeutique comme une structure institutionnelle à visée thérapeutique répartissant tous ses membres dans une série de réunions de groupes. Sa topologie précise et sa dynamique contrôlée permettent une action de la communauté sur chaque membre et de chaque membre sur la communauté » (30). De même, la psychothérapie institutionnelle en France met en place des techniques visant à modifier la structure du comportement des malades dans sa totalité. Citons parmi ces techniques le club des malades (association soumise à la loi de 1901 qui organise et cogère avec le personnel le travail thérapeutique, les loisirs, l'aide matérielle et morale aux sortants), l'organisation d'un « climat psychothérapeutique », les réunions, l'association culturelle du personnel, le journal intérieur (31). L'un des faits sociaux originaux de la psychothérapie institutionnelle (P.T.I.) apparaît dans le nombre considérable de réunions du personnel à des fins d'organisation ou de psychothérapie des malades : cent soixante dix sept réunions « médicales » ont ainsi lieu chaque mois à l'hôpital de Saint-Alban que nous avons étudié en particulier. Sur la base d'une participation de trois à dix personnes à des réunions, la moyenne des réunions mensuelles par infirmier varie donc entre deux et sept. En réalité certains surveillants participent à une trentaine de réunions par mois,

(26) BLEANDONU (G.) : *Les communautés thérapeutiques*, Paris, Ed. du Scarabée, 1970, p. 16.

(27) Comme à Henderson Hospital (G.B.) créé par Moxwels JONES. Mais il s'agit d'un service pour « personnalités psychopathiques » et non des malades très « dégradés ».

(28) BLEANDONU (G.) : *Ibid.*, p. 63.

(29) BLEANDONU (G.) : *Ibid.*, p. 82. C'est nous qui soulignons.

(30) *Ibid.*, p. 22.

(31) Nous avons fait une analyse détaillée de ces techniques dans notre thèse de 3^e cycle : *La psychothérapie institutionnelle ou l'ambiguïté instituée. Sociologie d'une école psychiatrique*. Université de Paris V, 1975.

et certains infirmiers à une ou deux seulement. Au cours de ces réunions qui vont de la simple coordination d'activités à la dynamique de groupe, les infirmiers développent les capacités (32) d'animateurs socio-culturels, de psychothérapeutes de groupe, de cadres responsables, bref de travailleurs sociaux. Autrement dit, la P.T.I. développe une quantité de qualités nouvelles chez les infirmiers qui prennent de ce fait une stature différente dans l'hôpital (33). Les conséquences se font sentir chez les médecins qui peuvent penser ces nouveautés comme des atteintes à leur statut. D. V. Martin écrit par exemple : « Le rôle du médecin dans le traitement est exposé à une discussion libre, à la critique, et beaucoup d'avis et de décisions qui étaient autrefois sa prérogative sont prises en main par les malades, les infirmières et les autres membres du personnel. Cela exige du médecin une adaptation assez pénible, et il peut penser au début que sa position est gravement atteinte » (34). Il serait facile de multiplier les exemples où l'on trouve face à face, en opposition, médecins et travailleurs sociaux dont le nombre ne cesse de grandir dans les hôpitaux et les cliniques (35). Tel article de *l'Évolution psychiatrique* rend compte de l'opposition relevée par les médecins entre la pratique de l'assistante sociale (établissement de budget, fourniture de vêtements, transport d'enfants d'une patiente) et la pratique psychothérapeutique. Cette opposition sourde est génératrice d'un profond malaise : « En parler ensemble, écrivent-ils, c'était reconnaître devant

(32) Non seulement sur le tas mais au cours de stages spécialisés (des C.E.M.E.A. notamment mais pas exclusivement) dans toute la France.

(33) Un tel système d'organisation remplit deux fonctions qui se succèdent. La première assoit le pouvoir du médecin sur l'équipe soignante. Une telle assise est parfois couronnée par l'association culturelle du personnel qui implique les infirmiers au point de faire disparaître des métiers secondaires améliorant leurs revenus. La seconde est d'instruire les infirmiers dans le domaine médical organisationnel et civique. Ils sont alors associés au pouvoir du médecin qui souvent le leur délègue. Mais à partir de là sont développés des réseaux d'influence et de pouvoir permettant au personnel de contrôler le pouvoir du médecin sur tout ce qui n'est pas strictement du domaine biológico-pharmacologique (par exemple, ateliers, loisirs et vie des pavillons).

Même si on a pu évaluer ce secteur à 10 % du temps global et de l'économie globale de l'hôpital, sa survie et son développement engendrent un contrôle sur les autres décisions (constructions, organigramme du personnel, salaires) qui sont désormais prises *en fonction* de son existence (par exemple par la mise en place d'un système de radio intérieure animée par le club des malades, lors de la construction de nouveaux pavillons à

St-Alban). Ce type nouveau de travail social semble donc impliquer la prise en compte d'un coefficient de rationalité sociale plus large que le coefficient exclusivement « économique » employé jusqu'alors pour ces prises de décision.

(34) MARTIN (D. V.) : *op. cit.*, p. 116.

(35) C'est ainsi qu'à la clinique De Rosthoek à l'H.P. de Heildoo aux Pays-Bas, l'établissement dispose de trois psychanalystes à plein temps, de deux psychologues, de deux assistants sociaux, de quatre spécialistes en « thérapie créative et expressive », de neuf socio-thérapeutes (spécialité enseignée dans des instituts spéciaux) et d'un sociologue. A l'hôpital de St-Alban, 15 % des infirmiers sont spécialistes du travail social organisé par le « club » (ergothérapeutes, moniteurs de dynamique de groupe) et tous les autres exercent indifféremment les fonctions infirmières habituelles et d'organisation des coopératives de pavillon. En outre, les 63 ouvriers des services intérieurs et des ateliers intègrent des malades à leurs travaux, ce qui leur confère une fonction de moniteurs d'ergothérapie. Il en va de même à la clinique La Borde à Cour-Cheverny ainsi que dans environ 10 % des hôpitaux psychiatriques en France, si l'on en juge par le recrutement des adhérents au courant de P.T.I. dans sa *Revue de P.T.I. et Recherches*.

l'autre son propre échec et éventuellement encourir sa critique » (36). Cela signifie que la présence grandissante du travailleur social à l'hôpital psychiatrique crée un problème d'importance comparable à celui que A. Chauvenet attribue à celle des fondamentalistes ou scientifiques dans l'hôpital général. Pour cet auteur, leur arrivée « a pour conséquence l'accélération de la décomposition de l'acte médical car ils dépossèdent en fait les médecins de la maîtrise de l'ensemble du processus de soins » (37). Le processus déclenché par ce courant de pensée conduit à des conflits spécifiques mais du même ordre entre médecins et infirmiers — « travailleurs sociaux ». Leurs causes semblent être au nombre de deux. D'abord l'amphibologie des aspects sociaux et biologiques du traitement entretenue par les psychiatres eux-mêmes. La multiplicité du sens de la thérapeutique sociale autorise en effet les infirmiers à tenter la généralisation légitime de celle-ci. Mais en même temps ils étendent le pouvoir que leur confère la nouvelle spécialisation de « travailleur social » qui s'y rattache. Ce à quoi les médecins s'opposent pour conserver le leur. Ensuite, la qualification de travailleur social s'ajoutant à celle d'infirmier ne s'accompagne jamais de rémunérations correspondantes ce qui engendre des attitudes bien connues de freinage. L'ensemble paraît conduire les infirmiers à fermer le cercle de leur existence aux incursions médicales. Cela ne facilite pas la communication pourtant considérée dans ce type d'idéologie « comme d'importance capitale » et décide parfois le corps médical à faire appel à des fondamentalistes, de type sociologique ceux-là comme le signale D. V. Martin (38).

Le courant des communautés thérapeutiques et de la psychothérapie institutionnelle suscite ainsi, du fait des activités sociopsychologiques qu'il ajoute à la pharmacopée, l'entrée dans l'hôpital d'une quantité importante de travailleurs sociaux sous l'autorité du médecin. Cependant les oppositions de compétences et de spécialités, même si elles ne sont pas officiellement reconnues par un partage des pouvoirs, semblent dessiner une nouvelle division du travail dans le champ psychiatrique lui-même. Bien que encore considérées comme sensiblement équivalentes, les notions de nosographie et de personnalité tendent à se distinguer sous le travail conjugué mais distinct des médecins et des travailleurs sociaux, les premiers s'attaquant plutôt à l'aspect maladie par les médicaments, les seconds à l'aspect socio-psychologique par les relations sociales et les apprentissages de tous ordres organisés à l'intention des patients.

4° *L'antipsychiatrie ou le médecin-travailleur social*

C'est en supprimant complètement l'aspect médical et en ne conservant que l'aspect social de l'état des patients psychiatriques que l'anti-

(36) HERMANN (P.), JOHDI (P.), JUNOD (L.), MASSON (D.) : « La collaboration médecins-assistantes sociales au sein de la polyclinique psychiatrique universitaire de Lausanne ». *L'Evolution psychiatrique*, 31 (3), 1971, p. 617.

(37) CHAUVENET (Antoinette) : « Professions hospitalières et division du travail ». *Sociologie du travail*, (2), 1972, p. 148.

(38) MARTIN (D. V.) : *op. cit.*, pp. 221-22.

psychiatrie a conquis sa célébrité. On connaît les thèses de D. Cooper en Angleterre et de J. Hochmann en France. Pour le premier, « la schizophrénie est une situation de crise microsociale » (39) due à la contradiction entre ce que les parents d'un enfant disent et ce qu'ils font. La violence demeure alors la seule issue pour que l'individu éprouve son identité. Il le fait en agissant : « je te frappe, donc je suis moi puisque je te frappe » (40). Il serait vain de discuter cette position pour deux raisons. Tout d'abord, il s'agit du domaine pathologique qui n'est pas de notre ressort. Ensuite Cooper élimine toute certitude éventuelle en écrivant que « la preuve est une impossibilité *a priori* pour le domaine des sciences de l'homme » (41). J. Hochmann développe pour sa part une causalité plus globale de la maladie mentale : « La raison nosographique apparaît donc comme une idéologie construite pour justifier l'ambivalence de la société en face de ceux qu'elle rejette : son besoin de les écarter et son besoin égal de les maintenir dans leur déviance en remède à ses propres contradictions » (42). De ce fait, le psychiatre se transforme intégralement en travailleur social puisque la maladie a une *étiologie sociale* : « L'équipe psychiatrique s'efforce d'entraîner les autres institutions du secteur pour une partie de leur activité, dans la prophylaxie et le traitement des troubles mentaux (...) Les centres sociaux collaborent également ainsi que les foyers de jeunes travailleurs : réciproquement les éducateurs collaborent de manière très positive à la thérapie de certains adolescents » (43). En outre l'équipe psychiatrique entretient des rapports avec l'école (les maîtres, les assistantes sociales, les psychologues scolaires), les internats et institutions de l'enfance inadaptée, l'administration locale et la D.D.A.S.S. (Direction départementale de l'action sanitaire et sociale). Autrement dit, l'anti-psychiatrie transforme complètement le médecin en travailleur social à part entière. Par là elle montre que l'utilité du travail social en psychiatrie, autant à l'extérieur qu'à l'intérieur de l'hôpital, sacralise sa fonction dans ce domaine et, à l'inverse, contribue à la démythification

(39) COOPER (D.) : *Psychiatrie et anti-psychiatrie*, Paris, Editions du Seuil, 1970, p. 16.

(40) COOPER (D.) : *op. cit.*, p. 109.

(41) COOPER (D.) : *Ibid.*, p. 18.

(42) HOCHMANN (J.) : *Pour une psychiatrie communautaire*. Paris, Editions du Seuil, 1971, p. 89.

(43) *Ibid.*, chapitre intitulé « L'action socio-psychiatrique », p. 204. Notons que ces conceptions sont sévèrement critiquées par des chercheurs comme G. Daumazon ou H. Ey. Le premier écrit dans sa préface au livre de Hochmann : « Il pose les problèmes du groupe, ce qui l'amène à édifier une sociopathologie prenant en charge les « sociopathies » et, dans cette démarche, à tenir pour périmée et sans intérêt la pathologie individuelle. C'est sur ce point que portera ma critique ». Dans un style plus polémique, H. Ey écrit : « Il suffit en effet de mani-

puler sans précaution conceptuelle, sans règle logique, c'est-à-dire de parler soi-même (en véritables « primaires ») le langage du processus inconscient, pour que la maladie se confonde d'abord chez tous les hommes avec la pression qu'exerce l'inconscient sur le conscient, pour que (tous les hommes étant fous, aucun d'entre eux ne l'étant plus) la notion de « psychopathologique » disparaisse par l'analyse et l'interprétation également valables pour tous les comportements, les aspects et les discours humains, tenus pour également et merveilleusement irrationnels ». Dans ce contexte l'enfermement à l'hôpital peut apparaître comme un abus de pouvoir ce qui, pour H. Ey, devient : « perfide ou imbécile ». (« L'Antipsychiatrie ou les progrès de la science psychiatrique », *L'Evolution psychiatrique*, 32 (1), 1972, p. 56.)

du personnage médical qui se défroque littéralement de son *aura* sacrée, paternelle, judiciaire et morale.

Au niveau des techniques sociales dans l'hôpital, le gain vaut sans doute davantage par l'exemple que donne l'antipsychiatrie que par le développement de techniques et de spécialistes originaux. Ce qui est employé est constitué par l'ensemble des techniques habituelles de la vie des petits groupes avec des tentatives de démocratisation de tous les niveaux de la vie quotidienne (travail, bibliothèque, jeux, entretien, distractions, etc.). En ce qui concerne la division du travail, les antipsychiatres ne suscitent pas la création de travailleurs sociaux d'un type nouveau puisqu'ils en tiennent lieu ou qu'ils travaillent avec ceux qui existent par ailleurs, comme le dit Hochmann. Quant aux sciences sociales, elles semblent mal comprises, du moins en ce qui concerne la sociologie. En effet, les statistiques existantes montrent que, s'il est vrai que les malades mentaux ont dans leur masse des situations socio-psychologiques défavorisées, cela ne veut pas dire pour autant que ces situations soient la cause *directe* de leurs maladies (44). De ce fait, les antipsychiatres, mal assurés par les sciences biologiques — comme leurs confrères — et mal informés des sciences sociales, poursuivent indéfiniment au moyen de l'action sociale une genèse chimérique des maladies mentales dans la seule formation de la personnalité qu'ils cherchent à médicaliser. Etrange paradoxe en vérité que d'être conduit à médicaliser ce qu'on voulait démedicaliser au départ, mais phénomène nécessaire, sans doute, dans l'évolution de la médecine mentale qui attire l'attention sur la gestation *sociale* de la personnalité et prépare la compréhension d'une nouvelle division du travail qui fera cohabiter la maladie médicale avec la personnalité sociale dans une harmonie conceptuelle nouvelle (45).

5° La psychiatrie de secteur ou le nouveau partage

Et c'est à la psychiatrie de secteur, dite de communauté aux U.S.A., que revient cette création nouvelle : dès 1956, P.C. Racamier signale que l'existence de phénomènes socio-pathologiques au sein des établissements rend vaine toute psychothérapie. Il faut « assainir » le milieu hospitalier sur le plan psychologique et sociologique, de même

(44) Au XIX^e siècle, d'aucuns pensaient que la tuberculose était une question de milieu de vie. La découverte du bacille de Koch a fait cesser toute controverse sur le champ. Il ne semble pas en tout cas exister de preuve *sociologique* avérée de l'étiologie sociale des dites maladies mentales. Tant qu'on ne connaîtra pas la suite des codages biologiques du traitement de l'information depuis son entrée dans le corps humain jusqu'à sa sortie sous forme d'actes et de comportement, on en sera réduit aux conjectures quant à l'étiologie réelle du pathologique. Le

sens de notre analyse est de mettre à jour les déterminants sociaux de ces conjectures.

(45) L'ambiguïté de cette position pourrait avoir pour fonction de légitimer le rôle social du psychiatre. De tels phénomènes de légitimation par le pouvoir médical, puissant dans nos sociétés sur ce qui touche au « médico-social », ont été décrits par J. Maitre dans « La conjoncture de la recherche française en sociologie médicale », *R. franç. sociol.*, 14, n° spécial médecine, 1973.

qu'il est nécessaire d'élever le niveau de formation des infirmiers. Enfin, toute psychothérapie ne peut être qu'une « œuvre collective » et de longue durée. Et P. Paumelle écrit : « Lorsqu'elle est bien articulée avec la communauté jusqu'à en être un de ses éléments, la psychiatrie de secteur signifie pour le malade l'existence d'un monde équipé pour le supporter, sans jamais l'abandonner en attendant une réintégration plus complète dans la société » (46).

C'est un instrument du même ordre qui semble avoir été développé en U.R.S.S., comme l'indique le compte rendu d'une visite de psychiatres français qui confirment les observations de leurs collègues des Etats-Unis cinq ans plus tôt. L'article insiste sur quatre points essentiels : beaucoup de traitements pharmacologiques sont identiques aux traitements français, l'accent est mis sur le social, le travail, la réinsertion dans le milieu d'origine, ce qui engendre l'extinction de la catégorie des malades chroniques et l'adaptation de tous à un travail normal dans un contexte de compréhension sociale (47). Il semble qu'un pas ait été ici franchi et qu'une mutation ait été accomplie. Tout le travail social que le psychiatre accomplissait au sein de l'hôpital, où il avait été appelé comme un sage, un philosophe et un spécialiste de l'Ethique au XVIII^e siècle, est porté à l'échelon de la cité. Et, du même coup, ce qui n'était alors que latent, à savoir la différence d'essence entre le travail social et le travail médical au sein de l'hôpital, apparaît dans toute sa profondeur. Dès que le psychiatre porte son action au niveau de la communauté, l'usage d'une science des *rapports entre les corps*, c'est-à-dire une science des rapports sociaux et non plus seulement une science des corps, devient indispensable. En se développant dans la cité, la psychiatrie s'avère relever de la médecine et des sciences sociales. Il semble donc que ce courant de pensée ait considéré séparément les questions de la maladie et de la socialisation, sans pour autant les isoler l'une de l'autre ni les confondre. Cette façon d'aborder le traitement des maladies a des conséquences considérables au point de vue de la division du travail dans l'hôpital. Immédiatement se posent les problèmes de la responsabilité des différents membres de l'équipe de secteur vis-à-vis de la population et ensuite ceux de leur formation à ces responsabilités. Deux auteurs américains, S. B. Shiff et E. Bonn, mentionnent ces étapes dans un compte rendu sur l'évolution de leur hôpital de la façon suivante : « On peut mentionner deux faiblesses significatives dans une critique rétrospective. D'abord les relations du Centre avec la communauté auraient pu être réussies si nous avions partagé avec les membres de l'équipe à différents niveaux la responsabilité d'un engagement plus grand de la communauté au lieu de garder cela comme une tâche directoriale. La seconde faiblesse était la formation de l'équipe (...) C'est seulement plus tard que nous commençâmes à offrir des programmes réels dans des groupes de travail en

(46) RACAMIER (P. C.), DIATKINE (R.), LEBOVICI (S.), PAUMELLE (P.) : *Le psychanalyste sans divan*, Paris, Payot, 1970, 429 p.

(47) « La psychiatrie en U.R.S.S. », *Information psychiatrique* (9), 1970.

sociologie, thérapie familiale, méthodes d'administration et de supervision, management, etc. » (48).

Cependant le développement des capacités des membres de l'équipe dans ces domaines ne manque jamais d'engendrer des conflits entre travailleurs sociaux et psychiatres : qui doit, peut, est capable de, est formé pour diriger l'organisation sociale de l'hôpital ? Un travailleur social américain, J. Wax, pose le problème ainsi : « Nous pourrions alors conclure que l'enjeu est celui du pouvoir, c'est-à-dire : qui possède le plus puissant pouvoir pour influencer la conduite professionnelle du service des travailleurs sociaux, le service psychiatrique ou bien le directeur du service social ? » (49). Cette remise en cause de la fonction médicale d'autorité dans le domaine social semble avoir abouti à l'hôpital de Pittsburg où le partage des tâches est fait en fonction des compétences et non en fonction de luttes d'influence : « Le médecin conserve la responsabilité de la prescription médicamenteuse, naturellement, et, s'il pense que les conditions physiques du patient contre-indiquent une partie quelconque du plan de traitement, sa décision prévaudra. Il continue à faire des ordonnances et garde son ultime responsabilité médico-légale, mais, sauf dans les domaines précités, *il accepte les décisions collectives pour ce qui concerne les attitudes de l'équipe thérapeutique* (50) ». C'est une attitude tout à fait neuve qui est ici acceptée par le psychiatre : s'en tenir à la prescription, à la *science des corps* physiques et accepter les décisions collectives pour tout ce qui concerne l'attitude thérapeutique dans le collectif, c'est-à-dire la *science des rapports* entre les corps physiques. On pourrait citer d'autres travaux allant dans ce sens comme ceux de E. A. Kraus qui demande l'inclusion de travailleurs sociaux dans chaque club pour malades mentaux du fait que dans tout groupe « prend place un processus d'interaction » et que le travailleur social en est spécialiste (51), ou encore des travaux comme ceux de J. Zusman qui écrit : « La social-thérapie n'affecte sans doute pas la maladie mentale profonde mais elle peut modifier les symptômes qui résultent des interactions entre un malade mental et son entourage » (52).

En résumé, tout se passe comme si le rapport des forces entre le pouvoir médical et le pouvoir social dans certains hôpitaux psychiatriques aux U.S.A. avait été modifié en faveur des travailleurs sociaux, ou du moins avait été équilibré entre les protagonistes, au point que chacun considère sa spécialité sans envie et sans mépris de la spécialité voisine. Il s'agit d'une évolution considérable. Il y a un service social

(48) SCHIFF, S. B. (Chief Staff Development Department., Fort Logal Mental Health Center. Denver, Colorado) « A therapeutic community in an open state hospital ». *Hospital and community psychiatry*, 10, 1969, p. 268.

(49) WAX (John) : « Social process and social work accountability in the mental hospital ». *International journal of psychiatry*, 13 (4), pp. 297-300.

(50) HUPPERT (S.) (Clinical social wor-

ker, Veterans Administration Hospital, Pittsburg Pennsylvania) « Staff problems in a therapy program » *Hosp. and Com. psy.*, 20 (8), 1969, p. 254. C'est nous qui soulignons.

(51) KRAUS (E. A.) : « A social club for state hospital patients » *Hosp. and com. psy.*, 20 (7), 1969, p. 202.

(52) ZUSMAN (Jack) : « A rudimentary guide to social therapies ». *Hosp. and com. psy.*, 10 (2), p. 51, 1969.

qui a pour responsabilité l'organisation d'activités socio-psychologiques permettant des apprentissages de tous ordres aux patients et qui s'inspire des découvertes des sciences et des techniques sociales au sens large (sociologie, psychologie, travail social, économie ménagère, puériculture, animation culturelle etc...) et il y a un service médical qui a pour responsabilité l'organisation des soins du corps biologique. Les deux services ne sont pas côte à côte mais intégrés. Le premier s'occupe de la personnalité des patients, du moins de toute la partie constituée par des acquisitions culturelles, le second a pour objet la nosographie, la maladie. Cette distinction conceptuelle entre nosographique et personnalité, totalement absente du courant organiciste, psychanalytique ou antipsychiatrique, encore balbutiante dans le courant des communautés thérapeutiques, paraît être la conclusion d'une longue hostilité entre courants incompatibles comme l'organicisme face à la psychanalyse ou à l'antipsychiatrie. Il est remarquable que ce sont les progrès simultanés des sciences sociales et des sciences biologiques qui ont permis l'abandon des voies par trop simplificatrices de la domination à tour de rôle, ou de la confusion entre le courant de pensée organiciste et le courant sociologisant. Mais ce qui l'est encore davantage est qu'à la faveur de cette distinction conceptuelle une nouvelle division du travail dans l'hôpital psychiatrique ait été mise en œuvre. Et ce qui est tout à fait remarquable est que cette entrée des sciences sociales et d'un corps de spécialistes de ces sciences appliquées — les travailleurs sociaux — dans l'hôpital psychiatrique marque en même temps l'entrée de la science sociale et de l'intervention de la société globale dans ce qui était jusqu'à présent le domaine familial et le domaine privé : le domaine de la formation de la personnalité.

Conclusion

La diversité conflictuelle de la psychiatrie contemporaine nous ayant conduit à postuler l'essence sociale de son contenu en dépit de sa formulation en termes médicaux, il devenait logique d'en chercher les lois sociologiques de gestation. Dans cette perspective, les hypothèses concernant l'évolution du rapport entre les concepts de nosographie et de personnalité, d'une part, et la modification de ce rapport à travers les conflits entre agents spécialistes du soin, d'autre part, se sont révélées fructueuses. Nous sommes ainsi parvenus à un certain nombre de résultats.

A partir de l'autorité discrétionnaire du psychiatre organiciste, basée sur la prééminence d'une nosographie intégrant le concept de personnalité, la psychanalyse a développé une théorie usant d'éléments psychologiques et sociaux dans le langage physiologique du courant qui le précédait et sous l'influence du développement des sciences sociales de l'époque. Sans créer de nouveaux agents, elle supprimait le concept de nosographie et transformait par là le rôle du médecin en manipulateur d'éléments exclusivement psychologiques et sociaux. L'approfondissement

de ce traitement social de la maladie mentale a conduit ses protagonistes à constituer le courant des communautés thérapeutiques dans lesquelles le médecin devient un « ingénieur social ». Il suscite l'éclosion dans les services hospitaliers de spécialisations sociales d'un nombre important de membres du personnel (10 à 15 %) qui deviennent ainsi des travailleurs sociaux sans en avoir le statut. Les conflits qui naissent à cette occasion, nourris par l'ambiguïté de la théorie médicale du traitement de la maladie (à la fois biologique et social) conduisent à la naissance d'un courant plus radical, celui de l'antipsychiatrie. Celui-ci semble avoir pour fonction sociale essentielle la légitimation du « travail thérapeutique » sur la personnalité en accordant aux médecins le monopole du traitement des relations sociales perturbées, seul contenu pour eux de la fausse notion de maladie mentale. Ainsi légitimé, le développement puissant d'un secteur et de spécialistes du travail social dans certains hôpitaux des Etats-Unis a donné naissance à un nouvel équilibre entre l'idéologie biologique et l'idéologie sociologique au terme duquel le médecin perd ses droits sur le traitement social des patients de l'hôpital au bénéfice des travailleurs sociaux, en même temps que le progrès des sciences biologiques dans le domaine cérébral lui fournit l'occasion de s'y occuper à plein temps.

S'il est permis de tirer un enseignement d'une analyse comme celle-ci, on observera que l'étude des conflits *internes* au champ psychiatrique permet de comprendre la logique sociale de son développement, la légitimation de nouvelles positions sociales, l'invention de modes plus raffinés de traitement qui, extensibles ou non à l'extérieur, sont en mesure d'augmenter le contrôle social. Cette analyse doit, semble-t-il, précéder ou compléter les analyses plus souvent pratiquées des fonctions de la psychiatrie et de la psychanalyse comme instruments de contrôle social. Le discours psychiatrique ne peut en effet s'expliquer seulement par ses fonctions *externes* de contrôle. Car, ce raisonnement de type finaliste, supposerait nécessairement une sorte de « complot » des protagonistes pour l'établissement de ces fonctions de contrôle. L'analyse qu'on vient de faire semble conduire à écarter cette hypothèse de type conventionnaliste comme non pertinente. Et voudrait-on étudier le contrôle social lui-même, qu'il serait sans doute nécessaire d'y chercher la logique interne des positions professionnelles et de l'évolution de leurs pratiques, sous peine de retomber dans la thèse du complot.

Jean-Marc DUTRÉNIT,
Université de Paris VII.