

Réflexions sur l'isolement thérapeutique Texte de Lucien Bonnafé

Réflexions sur l'isolement thérapeutique

(Le problème des "cellules" et des chambres à l'hôpital psychiatrique)

par **Lucien BONNAFE**

(Information psychiatrique - VI 49 - p. 172)

"...L'irascibilité extrême qui tient à l'aliénation, et qui ne fait que s'aigrir par la réclusion et la contrainte" PINEL

"Il est indéniable que la cellule comporte pour les psychopathes de graves dangers, non pas tant en raison de la possibilité d'accidents ou de suicides par le fait d'une surveillance forcément insuffisante, que par des conséquences de l'isolement moral du malade. C'est dans les cellules que les malades deviennent généralement insociables, gâteux, violents, négativistes. C'est là qu'ils perdent tout contact avec la réalité et qu'ils se réfugient dans un autisme si profond que rien ne peut plus les en sortir".

Ce texte de Lauzier nous a servi dans un travail collectif encore inédit (*)

(* Depuis la rédaction de cet article, le travail cité ici a paru : Information Psychiatrique I - 1949 - page 18),

à introduire le problème de l'isolement à l'H.P. moderne. Je désirerais, dans le cadre de ces préoccupations, amorcer quelques considérations sur le sens de l'isolement thérapeutique et sa technique. Je souhaiterais à cette occasion, conformément à un vœu qui a été émis en plusieurs occasions par nos assemblées, que des essais du genre de celui-ci, et des échanges de vues sur des problèmes de ce type, prennent dans "l'Information" une plus large place.

La condamnation de la cellule en tant que telle appartient chez nous aux idées reçues. Cependant, pour qui a pu visiter un grand nombre de services d'H.P., on doit se rendre à l'évidence : il en est bien peu qui ne comportent un "quartier cellulaire" en activité et ces institutions anachroniques ne sont souvent pas loin d'égaler en horreur les "cabanons" des hôpitaux non spécialisés, ou l'infirmierie spéciale du dépôt. Cette persistance tenace d'appareils carcéraux en dépit de leur condamnation pose un problème qui me paraît d'une complexité méconnue.

Le développement de la culture psychanalytique et plus tard des réflexions méthodologiques comme celles dont j'ai fait état dans "le Personnage du Psychiatre" (Evolution Psychiatrique 1948,III), ont pu conduire certains, s'interrogeant sur les motifs profonds de leurs conduites professionnelles, de leurs hésitations, de leurs omissions, à expliquer le caractère timoré de leur lutte contre les aspects carcéraux de leurs services par une fixation de leurs propres tendances agressives sur ces objets. Dans la psychologie du personnel infirmier, des interprétations de cet ordre sont plus aisées. Sans doute n'est-ce pas seulement parce que les faits y sont moins subtils, mais aussi parce que le psychiatre lui-même les juge avec plus de liberté. Quoi qu'il en soit, un fait établi, à savoir que les conduites répressives sont favorisées par la vie conventuelle, montre que des

considérations de cet ordre ne peuvent être tenues pour vaines. Un ressentiment contre le malade, alimenté par le confinement de l'existence asilaire, ne saurait être nié à priori. Quand on en connaît certaines manifestations simples, tout nous invite à en rechercher des expressions plus nuancées.

Pour m'en tenir ici à un plan plus superficiel, une donnée m'apparaît certaine : Si les appareils carcéraux subsistent dans les H.P. au-delà de ce qu'il serait raisonnable de tolérer, c'est qu'on ne sait pas par quoi les remplacer.

Avant d'aller plus loin, je tenterai d'analyser les caractéristiques de la "cellule".

1° Le nom. Si l'emploi du terme n'est pas interdit dans le service, il est impossible d'éviter qu'il soit employé dans un sens répressif. Ainsi l'isolement du malade ne peut être vécu par lui comme une mesure thérapeutique, mais comme une mesure de coercition, plus nettement : un châtiment. Un personnel peu éduqué ne se fera d'ailleurs pas faute d'indiquer expressément au malade qu'il s'agit d'une punition, et la formation du personnel sur ce point est illusoire sans, au moins, un changement de terminologie. Ainsi, la notion de "quartier d'agités" est-elle, par la maladresse avec laquelle elle est habituellement maniée, une source de perturbations ("on vous passe aux agités" est assurément une des provocations aux comportements antisociaux les plus efficaces).

2° L'aspect. La définition la plus adaptée de la cellule peut être ainsi formulée : "local conçu pour présenter à celui qui y est enfermé une signification répressive". Une "chambre forte" est par son nom l'équivalent d'une cellule (parler de chambre forte au malade n'est pas plus sédatif que lui parler de "cellule"), mais elle n'en est pas forcément l'équivalent par son aspect. Ainsi existe-t-il aux Rives de Prangins des chambres à l'épreuve de toutes les violences qui n'ont aucun aspect cellulaire. Ces réalisations luxueuses sont susceptibles d'interprétations plus modestes, de réalisation moins onéreuse que bien des cellules perfectionnées existant dans de misérables services d'indigents.

Je n'insiste pas ici sur les aspects "fosse aux ours" ou "cage grillagée" qui constituent les extrêmes types de barbarie visibles actuellement en cette matière. Je cite pour mémoire la cellule entièrement transparente en verre incassable orientée entièrement sur la notion de "surveillance", et la cellule capitonnée. Je m'attarderai davantage sur le chapitre suivant.

3° Les aménagements. Vue de l'extérieur, la cellule se caractérise fréquemment par sa situation : disposition en séries, rigides ou plus ou moins ingénieuses, qui sous prétexte de facilité de surveillance pour ces derniers types, tendent à présenter l'appareil carcéral au malade d'une façon spectaculaire. Les serrures (souvent multiples pour chaque élément) sont marquées de la même intention ostentatoire. Détail fréquent et très significatif : les ornements de cuivre brillant dont elles sont souvent pourvues. Les clés sont souvent d'une dimension qui dépasse notablement celle, déjà respectables, des clés des services, elles sont les pièces maîtresses de l'attribut majeur du "gardien", le trousseau dont la valeur symbolique comme fétiche des tendances oppressives n'a pas besoin d'être soulignées.

- Les verrous : leur valeur n'est pas essentiellement de protection, mais d'intimidation, visuelle et surtout acoustique. Ces verrous, il faut le reconnaître, ont été fort rarement enlevés, alors qu'il s'agit d'un travail d'une extrême simplicité.

- Les chaînes permettant de laisser les portes entrebâillées, les regards et judas de divers types, depuis le minuscule orifice oculaire jusqu'aux dispositifs compliqués prévus pour la distribution de la nourriture et au regard supplémentaire situé à hauteur des organes sexuels.

Tels sont les traits essentiels du décor cellulaire vu de l'extérieur.

- De l'intérieur : je passe sur l'envers de la porte. Je souligne : les dispositifs d'éclairage et d'aération,

depuis le type où il n'y a d'autre ouverture qu'au plafond jusqu'aux fenêtres barrodées et grillagées de divers modèles.

L'emploi du verre incassable n'est réalisé qu'exceptionnellement, avec la discrétion qui eût été de rigueur, au contraire, il apparaît souvent comme une provocation.

Les dispositifs de couchage typique vont du simple tas de paille au lit scellé en passant par la paillasse nue et la couchette de ciment percée de trous pour les dispositifs de fixation.

Exceptionnel, mais existant encore en quelques services, sont les aménagements ouvertement sadiques, destinés à empêcher par la douleur les coups donnés aux portes par les malades reclus (parois métalliques à surface hérissée de "diamants" et de cornières, surfaces ondulées...).

Mais l'un des éléments les plus caractéristiques est la présence de W.C. intérieurs, perfectionnement technique du vase incassable d'autrefois (qui n'a pas partout disparu encore).

Ce détail montre spécialement que la cellule est conçue en vue de l'isolement permanent. Par sa disposition même, le cadre offert au malade qui y séjourne, la signification de son organisation vécue par le personnel, elle apporte des obstacles pratiquement insurmontables à l'exécution des consignes classiques d'isolement aussi transitoire que possible ou du moins coupé de sorties. Tout est fait en réalité pour que le malade qui a été enfermé reste enfermé.

Cette tendance à organiser les cellules en fait, comme un appareil de réclusion perpétuelle, est mise en évidence par la pénurie, voire l'absence d'autres locaux dans le "quartier cellulaire". Le malade n'a pas à sa disposition, pour vivre, d'autre lieu que sa cellule, il n'y a, le plus souvent, pas de W.C. à proximité. Le type, assez classique, des cellules en éventail avec cour individuelle pousse à l'extrême la technique de l'isolement permanent maximum.

Les milieux psychiatriques français se sont montrés récemment émus par des projets d'organiser, dans tel H.P. privé en construction, des "quartiers" prévus pour contenir uniquement plus de 70 chambres d'isolement (W.C. intérieurs), sans un seul autre local. Le fait que cet établissement est le seul qui, en France, soit actuellement en construction, pose le problème dans toute son ampleur. En effet, l'un des aspects majeurs du problème de l'isolement est la durée. A vrai dire, parler seulement de durée est une déformation simpliste, la différence entre isolement permanent et isolement transitoire est plus radicale.

Il semble qu'à l'heure actuelle, personne n'envisage sérieusement l'isolement prolongé d'un malade (du type réclusion totale) que comme une extrémité regrettable à laquelle on pourrait être réduit. Mais le danger donc chacun est conscient, c'est que cette réclusion apparaît comme une conséquence possible d'erreurs dans l'administration de l'isolement thérapeutique, erreurs de posologie et modes d'application vicieux.

J'entrerais ici, après cette présentation sommaire du problème, dans le corps même du sujet :

Indications et modes d'application de l'isolement thérapeutique :

Je n'aurais pas la vanité de prétendre traiter ce problème autrement que sous la forme d'une esquisse. Je souligne d'emblée que, dans mes intentions, figure au premier plan la mise en valeur d'un fait primordial : Ces problèmes d'indications, de posologie, de mode d'administration de la thérapeutique "isolement" n'entrent plus, ou pas encore, dans la catégorie de ceux qui "se discutent" : ils sont, par exemple, posés comme honteusement devant le candidat au métier psychiatrique. Celui-ci passe un concours qui le qualifie en vue de fonctions dans lesquelles les prescriptions concernant l'isolement tiendront une place importante : or, traditionnellement, le

manement de cette thérapeutique ne lui a pas été présenté comme il est de règle dans la formation scientifique, sur la base de travaux, d'expériences, de publications dans les sociétés savantes : les recherches bibliographiques qu'il a pu être tenté d'entreprendre se seront montrées pratiquement vaines, sauf érudition exceptionnelle. En tout cas, le problème étant loin de lui paraître actuel "dans les livres".

Posant la question sur les bases historiques, nous trouvons pourtant un fait majeur : la place de premier plan tenue par la découverte de l'isolement thérapeutique dans la naissance de la psychiatrie scientifique.

Lorsque Pinel, après quelques précurseurs, pressent que l'isolement est un puissant moyen de guérison de la folie, lorsque Esquirol approfondit le problème de l'isolement, ils proclament ces vérités dans un contexte dont il importe de ne point se détacher. Les "aliénés" faisaient alors généralement l'objet de mesures de coercition brutales, ils étaient souvent enchaînés en série ou du moins parqués dans un local commun, ils étaient couramment enfermés en cachot. La psychiatrie médicale naissante n'a pas préconisé la multiplication des cachots au détriment des salles communes, elle a tenté de donner un sens thérapeutique à l'isolement du malade. Je reviendrai plus loin sur le sens de cette conception très moderne où l'isolement thérapeutique s'oppose d'emblée à la "réclusion" et à la "contrainte". Et surtout, fait capital, le problème a été posé dès la naissance de la psychiatrie moderne dans toute sa relativité, primordialement même, ce n'est pas l'isolement au sens précis qui a été surtout visé, mais le changement de milieu.

On assiste, au cours du XIX^e siècle, à d'importants débats situés dans cette ligne. Les discussions sont le thème du "no restraint" se situent au point culminant de cette évolution (On se reportera avec fruit à P.Sérieux. Rapport sur l'assistance aux aliénés, etc... 1903, notamment pp 635-642, pour une revue de la position du problème au début du XX^e siècle. Les textes les plus importants sont repris par P.Bernard dans sa Psychiatrie pratique (volume inédit)

Puis le problème "pourrit", pratiquement débordé par d'autres préoccupations

Je laisse volontairement de côté ici tout un aspect pourtant capital du problème, qui ne peut manquer d'être évoqué à partir de ces considérations :

* La ligne que je suis ici est celle du problème de l'isolement des "aliénés". Comme problème de pratique psychiatrique, il se situe par rapport à l'internement. Mais il faut considérer, latéralement dans l'évolution historique, qu'à ce stade, mûrissait un problème situé sur un plan tout différent, celui de l'isolement des "névrosés" ("hystériques et neurasthéniques"). Après quelques précurseurs, c'est Weir-Mitchell qui en formule la doctrine en 1881. Au début du XX^e siècle, ce problème-ci prend en France une importance de premier plan, notamment avec l'école de Déjerine. Il est significatif de remarquer combien ces deux lignes se distinguent en tous points : Ainsi le problème tel que je l'envisage dans ce travail appartenait à l'asile et aux aliénistes ; sur le plan des névrosés, il s'agissait d'un problème de neurologistes, posé par rapport à la maison de santé et à l'hôpital.

L'effondrement actuel de cette dualité, qui fut si radicale mais ne survit plus que comme un anachronisme, montre combien il serait fécond de reprendre actuellement (par exemple à partir du livre de Camus et Pagniez : isolement et Psychothérapie) les problèmes de l'isolement et du changement de milieu considérés par rapport à cette double position elle-même : Fondements théoriques et pratiques de l'hétérogénéité des deux points de vue, sens de l'évolution historique qui nous interdit actuellement le maintien de la séparation des deux plans, critique et intégration des résultats des deux directions de recherche dans une théorie et une pratique psychiatriques modernes.

Il est significatif de noter qu'on voit couramment aujourd'hui, dans les précis médicaux, la notion "d'isolement" confondue avec celle "d'internement", en tant que solution désespérée, dans la

perspective de l'opinion vulgaire où l'on enferme les fous et non plus dans la ligne tracée par Pinel et Esquirol où dominait le problème de changement thérapeutique de milieu.

De même, dans la pratique, nomme-t-on couramment "isolement" les "cabanons", services dits "de psychiatrie" des hôpitaux non spécialisés. Un fait d'une sombre ironie est d'ailleurs que ces survivances antipinelienues sont généralement couvertes du nom de Pinel. (Le service de Déjerine, à la Salpêtrière, type le plus extrême du service d'isolement, se nommait bien Pinel, mais il s'agissait d'une toute autre chose).

Les médecins des hôpitaux psychiatriques sont familiarisés avec l'aggravation des troubles mentaux couramment constatée après l'application vicieuse de l'isolement ainsi pratiqué.

Cette double erreur de conduite thérapeutique peut être ainsi définie :

- Application de l'isolement à des malades pour lesquels il n'est pas indiqué.
- Exécution de l'isolement selon des modalités antithérapeutiques exigeant qu'on le nomme, plus justement réclusion.

Il me paraît nécessaire de la souligner ici. Elle permet de mettre quelque clarté dans les notions et dans les termes.

Quant à moi, je ne pense pas que l'on puisse, depuis Pinel, nommer isolement ce qui est réclusion. Ce dernier terme est juste pour qualifier les aspects carcéraux de la vie asilaire, plus spécialement le fait d'enfermer le malade dans un local étroit, plus spécifiquement encore ce fait lorsqu'il est prolongé. Le comble de l'erreur linguistique en la matière est le contre-sens que certain abus de langage rend assez commun et qui consiste à nommer isolement la réclusion de plusieurs malades dans une même cellule.

Dans la conception approximative de l'isolement (confondu avec internement) que j'ai notée plus haut, il reste un point de vue positif à considérer, c'est le caractère de relativité par rapport au milieu de l'isolement. Depuis Pinel déjà, et surtout depuis Esquirol, on sait que le placement du malade dans un établissement spécialisé n'a pas seulement pour fondement la nécessité (impossibilité de garder le malade chez lui) ni l'hospitalisation à proprement parler (séjour dans l'instrument de soins adéquat), mais aussi la séparation du malade par rapport au milieu où sont nés ses troubles. Mon propos n'est pas ici de développer ce thème, on se reportera avec fruit à l'article de Daumezon "les fondements d'une psychiatrie collective" (Evolution psychiatrique, 1948, III) pour une position sommaire mais claire de ce problème et les indications bibliographiques principales.

La notion d'isolement en psychiatrie est tout d'abord relative au milieu, elle se pose en priorité comme la recherche d'un mode de vie différent dans un environnement différent, la traduction en termes psychiatriques de la conception naïve où isolement égale internement peut ainsi se formuler : "le traitement ne consiste donc plus à séparer le malade de son milieu, ce qui reste d'ailleurs un premier temps de sa réadaptation, mais à le placer dans un milieu tel que : 1° les conflits du malade s'atténuent ou disparaissent ; 2° le malade soit réentraîné progressivement à la vie collective" (P.Bernard). L'ambivalence de la notion d'isolement apparaît ici en pleine lumière : il ne s'agit pas de supprimer les contacts du malade avec autrui, il s'agit de le changer de société ; et ceci en le plongeant dans une néo-société spécialement étudiée en vue de la réduction de ses conflits et de sa resocialisation.

Je crois que le problème de l'isolement au sens le plus strict où j'entends me limiter ici ne saurait être utilement posé sans référence à ce thème fondamental de la relativité de l'isolement général.

Le problème de pratique psychiatrique des indications de l'isolement, s'il n'est pas posé dans ce cadre, reste entaché de formalisme. Faute de ce contexte en effet, on discuterait comme si un malade pouvait être réellement "isolé", c'est-à-dire coupé de tout contact avec toute personne humaine, on perdrait de vue le fait que tout isolement suppose une vie encadrée dans un système de contacts humains (au minimum les interventions du personnel) et que les modalités de ces contacts constituent presque l'essentiel du problème.

Lui-même, le mode pénitentiaire du "solitary confinement" ou "système de Pensylvanie", dont Ferrus entreprenait en 1850 une critique pertinente (De l'emprisonnement) lui reprochant "d'éteindre plutôt que d'éveiller la sociabilité", ne se concevait pas, psychologiquement, sans que les ruptures de la solitude par des interventions des gardiens ne constituent des événements fondamentaux dans la vie de reclus. Et il n'est pas inutile de noter ici que cette méthode visait à la culture du repentir ; ce qui ne laisse pas de porter à la méditation le psychiatre conscient de l'importance des sentiments du culpabilité et des réactions agressives et auto-punitives qui leur sont liées.

Je n'entreprendrai pas maintenant la tâche assez vaine qui consisterait à envisager une revue des indications de l'isolement sur un plan nosographique, dans un style " tiroir de concours ". Je me bornerai à tracer quelques points de repère en fonction de l'objectif concret de ce travail de défrichage : conception, nombre, rôle et utilisation des chambres individuelles dans le service de psychiatrie.

Pour chaque cas envisagé, l'indication est à discuter sur un double plan : problème thérapeutique propre au malade (rôle curatif de l'isolement) et problème du service (nécessité de sauvegarder un climat tolérable en isolant les malades perturbateurs).

C'est devant un éventail extrêmement ouvert que nous nous trouvons lorsque nous tentons une telle vue panoramique.

Les malades pour lesquels la question s'impose d'abord, en fonction d'une valorisation habituelle des comportements les plus troublés, sont ceux qui présentent des comportements turbulents, agressifs, clastiques, bruyants ; on trouvera dans ce cadre quelques délirants, le plus souvent en raison de réactions paroxystiques, des catatoniques, des maniaques, des confus, souvent anxieux, des malades très "organiques" divers (P.G., déments).

Tels malades de ce type, à atteinte organique sévère, en passant par le "délire aigu", font se rejoindre ce cadre et celui des cas où l'isolement est imposé par des motifs d'ordre somatique, y compris les contagieux à comportement calme.

D'une façon plus particulière, des indications d'isolement tout à fait épisodique se posent dans certains cas de troubles paroxystiques (états épileptiques par exemple). Chez les hystériques, on trouvera matière à des problèmes d'indications épisodiques analogues, indépendamment de la question de l'isolement permanent dans l'hystérie, qui a beaucoup perdu de son actualité, sinon de son intérêt, car la discussion de ce vieux thème me paraît à reprendre, mais ce n'est pas l'objet que je vise ici.

Dans la masse des cas (qu'ils soient dits névrotiques ou psychotiques) où le comportement du malade est pratiquement dénué d'agressivité directe, ou d'effet perturbateur immédiat, le problème se pose avec une subtilité méconnue, qui défie toute systématisation. On ne peut ici que souhaiter, lorsqu'une observation d'un malade est publiée, que le mode de vie qui lui a été prescrit soit relaté, discuté, justifié et considéré par rapport à son efficacité.

Presque en dehors du problème thérapeutique, et dans le cadre d'une formule "d'assistance" avec

adaptation à une existence de type "asilaire" se situe un lot de "chroniques" ayant colonisé dans l'H.P. où ils ont trouvé leur place dans une société à leur mesure et qui, en fait, vivent en "open door".

Des problèmes très particuliers se greffent sur cet ensemble ; ainsi le service d'insulinothérapie, qui, selon la plupart des auteurs, ne peut guère être convenablement organisé qu'avec des chambres ou boxes individuels.

Pour ces derniers types, le problème des indications a surtout sa valeur du fait des conséquences qu'il entraîne dans la conception architecturale du service.

Mais un coup d'oeil d'ensemble sur ce qui précède soulève immédiatement l'aspect suivant de la question :

La posologie : l'isolement est une thérapeutique. Comme toute autre, elle se dose. Le problème posologique y est même spécialement ardu. J'ai dit ailleurs : "l'isolement, c'est l'opium", remède souvent actif, facile et contenant le danger des tentations de facilité, faux remède souvent, masquant les symptômes et favorisant éminemment l'accoutumance enfin.

Le double aspect, favorable et défavorable, du remède, on a tendance à le schématiser autour de sa double polarisation : mesure de contrainte, mesure thérapeutique. Les choses ne sont pas si simples. Je reposerai plus loin le problème des sanctions en psychiatrie. Il n'est pas dit à priori qu'une mesure de contrainte ne puisse être favorable en tant que telle, mais surtout il est beaucoup moins certain encore qu'un isolement sans contrainte soit, pour autant, favorable. Bien souvent, le fait que le malade recherche l'isolement en constitue une contre-indication.

La posologie de l'isolement est une des plus difficiles à prescrire en psychiatrie. D'autant plus que, dans bien des cas, l'isolement est prescrit sans une intention thérapeutique délibérée, par lassitude, il s'agit au sein de l'H.P. d'une ségrégation nouvelle, comme l'internement reste davantage une manifestation d'intolérance de la part de l'entourage qu'un acte thérapeutique.

En tout cas, l'évolution historique se fait vers un affinement de la posologie de l'isolement. Depuis Pinel, il y a eu une longue évolution de sociabilisation des collectivités de soins pour malades mentaux, la thérapeutique immédiate des comportements agressifs s'est considérablement améliorée (électro-choc notamment), en fonction de cela, les techniques d'isolement sont allées s'épurant de leur contenu de super-internement. La nécessité d'isoler le malade troublé dans d'autres buts qu'immédiatement thérapeutiques s'est atténuée.

"Officiellement", on ne punit plus guère le malade en le mettant en "cellule" ou au "cachot", on dit volontiers aujourd'hui que le fait de laisser un malade "en cellule" est le résultat d'un échec, on incrimine à juste titre la faiblesse de l'organisation du service, on concède que si une importante part de responsabilité réside dans les persistance répressives chez le personnel, ces persistance sont favorisées par les conditions de travail.

Ces bases, en définitive, permettent de poser le problème posologique sur un plan qui n'est pas absolument utopique.

Certes, un rapide coup d'oeil sur le problème des indications montre que la posologie ne saurait faire la matière d'aucune codification précise sous peine de tomber dans le schéma arbitraire. En fait, on est obligé de constater le glissement du problème posologique vers le problème central de l'isolement : les modalités d'application.

Il suffit de dire qu'on ne saurait envisager la posologie autrement que dans la ligne d'une

individualisation maxima. Tout au plus peut-on considérer à travers quelles optiques différentes on doit considérer l'isolement, en présence de chaque cas particulier : s'agit-il d'isoler transitoirement un malade en présence d'un paroxysme ? (un état de fureur épileptique, une crise hystérique...) un temps d'isolement dépassant le besoin impératif ira là nécessairement vers une intoxication du malade, spécifiquement dans le cas de l'hystérie, et alimentera la tendance à la répétition des conduites spectaculaires.

S'agit-il à l'opposé de faire en sorte que le lit du malade, son habitat, soit en chambre et non en salle commune ? Dans la grande généralité des cas, le problème sera alors de faire en sorte que le malade ne cultive son isolement et que les inconvénients classiques de la réclusion ne se développent, même s'il ne s'agit pas d'une cellule mais d'une chambre.

Le simple rappel de ces deux lignes directrices pour la fixation de la posologie individuelle nous ramène encore, inévitablement, au problème central des modalités d'application. Au premier plan, nous découvrons ici par prédilection le problème des sanctions en psychiatrie.

Un consensus d'opinion à vrai dire assez discret proscrit la notion de sanction de la thérapeutique psychiatrique. Mais une réflexion assez attentive révèle ici un problème méconnu. Ce problème est fondé tout d'abord sur le fait que nul n'est assez naïf pour croire à l'absence radicale de conduites répressives chez le personnel et le chef de service lui-même. Un regard, un mot, une attitude de réprobation, une conduite de bannissement, si discrets soient-ils, peuvent être chargés d'une signification punitive intense. Nul ne s'est encore avisé d'étudier cet important problème de technique psychiatrique, encore moins, n'avons-nous trouvé nulle part le moindre texte récent traitant de la vertu curative de la réclusion cellulaire imposée au malade au titre de sanction. Il semble pourtant qu'une conduite de ce type ne puisse être reconnue valable, qu'après avoir subi l'épreuve de la communication écrite et de la discussion publique.

Quant à moi, je tiens, jusqu'à examen d'une argumentation clinique susceptible de me faire varier, que le problème des sanctions se pose, en dehors de toute naïveté humanitariste, par référence à la vie sociale commune.

Une connaissance approfondie des attitudes répressives discrètes, subtiles, indirectes, de la vie courante, alimentée par une culture psychiatrique orientée vers la recherche des significations (culture encore à l'état de germe, mais qui ne saurait manquer de se développer) permet d'envisager une domination des attitudes de ce type dans la vie du service. Mais le problème est ici celui d'une sanction plus nette : la réclusion. Or, dans la vie courante, l'être humain tient cette mesure pour un acte répressif d'une extrême gravité, un symbole électif de la culpabilité. On est condamné à être enfermé, mais on prend un avocat, on peut faire appel... ainsi vécu par le malade, le fait de pouvoir être soumis à la réclusion la plus arbitraire, dans l'asile, prend le sens d'une condition profondément aliénée.

L'humiliation, le ressentiment, envahissent le cadre psychologique de l'existence asilaire, créant ce que l'on pourrait nommer la "sur-aliénation".

C'est fondamentalement, sur la base d'une compréhension approfondie de ces difficultés que doit se poser le problème de l'application de l'isolement. Concrètement, si le médecin prescrit d'isoler un malade, il ne peut ignorer que cette prescription médicale risque au plus haut point d'être appliquée dans une signification renversée, non plus thérapeutique mais pathogène, le malade sera enfermé, au titre de punition, sans disposer de la possibilité pratique d'en appeler de son incarcération ; plus encore, l'isolement du malade échappe souvent au médecin qui se trouve en présence d'un fait accompli à son insu, alors que toute notion de prescription est étrangère aux faits. La référence à la vie sociale réelle se pose alors par rapport au détenu soumis aux caprices de la chiourme. Lorsque le chef de service ne dispose pas des possibilités les plus larges de contrôle des réactions du personnel

(cas typique des organisations congréganistes) la notion d'isolement thérapeutique s'efface ainsi au plus loin derrière les conduites de réclusion, et la cellule devient un mal plus ou moins nécessaire, plus ou moins passivement subi.

Le problème des modalités d'application de l'isolement est essentiellement celui de l'action du médecin sur le personnel. Je ne détaille pas ici les principes de la formation professionnelle sur ce point. L'article correspondant du volume de la Psychiatrie pratique de P. Bernard consacré aux techniques psychiatriques (dont la parution est prochaine), contient à ce sujet tout ce qui me paraît nécessaire : il insiste notamment sur l'importance de la contre-agressivité et de l'humiliation vécue par le malade, notions qu'il est aisé de faire entendre à des infirmiers de niveau moyen. L'enseignement dispensé ex-cathédra, et bien plus encore la formation "sur le tas" permettent de "médicaliser" l'isolement, et de faire en sorte qu'il soit systématiquement et pratiquement appliqué dans une intention thérapeutique évidente. La création réelle de l'atmosphère de social-thérapie amène à donner le sens réel d'une thérapeutique du milieu à l'isolement lorsqu'il est prescrit dans le but d'épargner à l'entourage les effets des conduites antisociales. Il ne s'agit pas ici de mots mais d'une réalité très concrète. L'expérience montre que l'on peut orienter sans trop de difficultés les conduites du personnel dans ce sens sous deux conditions fondamentales :

1° Existence, dans le service, d'authentiques pratiques de thérapie collective et d'une véritable vie sociale. Faute de ce contexte, l'assertion que la séparation du groupe est motivée par une intention thérapeutique reste abstraite et inassimilable par le malade.

2° Intégration radicale de l'isolement dans une perspective de relativité extrême, où l'isolement perd son sens étymologique et où le seul problème est celui de l'organisation des contacts avec l'entourage. On peut indiquer comme règle possible dans ce cadre : réduction et non suppression de ces contacts, contrôle plus constant au lieu du relatif "laisser aller" qui préside aux relations habituelles. Mais ces règles ne sont que des exemples applicables à certains cas particuliers. Dans tels cas par exemple, il ne s'agira pas de réduire les contacts avec tout entourage, mais de substituer temporairement à un mode de vie où les rapports avec autrui se font essentiellement avec les autres malades, un temps pendant lequel c'est un infirmier qui assumera entièrement le rôle de l'autrui. Une promenade avec un infirmier constitue ainsi un type remarquable de pseudo-isolement ainsi entendu. A l'inverse, lorsque c'est la rupture momentanée de tout contact humain qui apparaît la meilleure thérapeutique, une technique qui donne les meilleurs résultats dans un certain nombre de cas consiste à conduire le malade hors du pavillon en le priant, en terme de thérapeutique et non de prescription, d'aller faire une promenade, seul, dans le parc. (Tout est dans la manière de dire : "cela vous fera du bien" et "vous dérangez les autres", et dans les commentaires à ces assertions).

Je ne peux évoquer toutes les difficultés rencontrées au cours de la mise en oeuvre des techniques d'isolement épurées des aspects de contrainte. Je me bornerai à un exemple : Dans la conduite thérapeutique qui consiste à confier uniquement à une infirmière une malade soit alitée, soit debout, on voit avec du personnel encore novice la présence de la "garde", figée dans une attitude de gaucherie, exaspérer les conduites pathologiques. La réduction de ces maladresses m'a d'ailleurs paru relativement aisée. Une énumération de telles banalités serait fastidieuse, il importe seulement d'en rappeler une en chemin.

Pour en revenir aux conduites générales de l'application des techniques d'isolement, je crois nécessaire d'insérer au passage une nouvelle référence au problème des sanctions : il va sans dire que, quelle que soit la valeur de la formation professionnelle du personnel et le développement du cadre de social-thérapie ambiant, la signification punitive des conduites ségrégatives ne saurait être ignorée. Dans les techniques les plus affinées, l'incarcération cède le pas à la proscription ou bannissement, mais les dangers de prévalence de ces derniers aspects subsistent. Dans les techniques où l'appel à la sociabilité constitue le cadre général des entreprises de réadaptation,

l'intégration du malade au groupe est le temps majeur. Les conduites d'acceptation de l'individu par l'entourage supposent la polarité inverse : les conduites de "quarantaine" dont la signification humiliante n'a pas besoin d'être soulignée. C'est là le type de nouveaux problèmes que j'évoquais plus haut.

On remarquera que le problème des chambres et des cellules paraît s'être évanoui au cours de ces réflexions. Effectivement, il semble que ces détails architecturaux doivent céder le pas actuellement à des aspects bien prévalents des problèmes de la réduction épisodique des contacts humains chez les malades : ceux qui dépendent du nombre et de la qualité du personnel.

Je poursuis l'expérience d'une application des techniques de "no-restraint" (dont l'intégralité n'a subi que de rares entorses entièrement imputables à la pénurie dramatique du personnel) dans le cadre d'un service entièrement dépourvu de cellules, fort heureusement, et presque privé de chambres, ce qui est beaucoup plus fâcheux. La pénurie de chambres, qui m'a gêné considérablement, m'a cependant apporté beaucoup moins d'obstacles que la pénurie de personnel.

Je crois pouvoir affirmer que, avec un aussi faible effectif d'infirmières et malgré le privilège d'un recrutement en grande partie neuf et soigneusement sélectionné qui me donne une atmosphère psychothérapique d'un niveau peu commun, je n'aurais pu, si j'avais disposé d'un plus grand nombre de chambres, éviter au même point les écueils redoutables des abus de l'isolement. De cette expérience me paraît se dégager un point de vue constructif fécond.

L'opposition entre les règles de la garderie et celles du traitement se manifeste ici avec une vigueur particulière :

Dans la garderie, plus il y a de chambres (dans ce cas cellules surtout) moins il faut de personnel et plus son niveau est indifférent.

Dans le service de traitement, plus il y a de chambres (dans ce cas pas de cellule), plus il faut de personnel et plus les exigences de niveau sont élevées.

D'où, si l'on entend manipuler avec efficacité et sécurité la thérapeutique isolement, nécessité de s'assurer un niveau et un effectif de personnel très largement supérieur aux données classiques. Sans quoi, il vaut mieux renoncer à l'application de cette thérapeutique et subir l'extension des conduites pathogènes de réclusion.

Ces exigences me paraissent aussi impératives que celles reconnues en matière d'insulinothérapie.

Applications architecturales

Je ne fais état ici que pour mémoire de la condamnation des quartiers cellulaires et des cellules (entendant la définition de celles-ci donnée plus haut, fondée sur le caractère ostentatoire), j'admets qu'il s'agit là d'une cause entendue.

Mais je retombe sur la question pratique posée : par quoi remplacer ces appareils carcéraux ?

Tout ce qui précède montre qu'à mon sens, il s'agit là d'un faux problème posé sans possibilité de solution, si l'on ne s'évade pas de l'esclavage des habitudes des façons de penser contaminées par une organisation anachronique.

Il me paraît démontrer que l'on ne peut remplacer les appareils carcéraux que dans une organisation différente des services, et, plus expressément, par cette organisation différente, qui vise à poser en termes nouveaux les problèmes de la liberté et de la responsabilité du malade.

Je n'ai pas l'intention de traiter ici des moyens d'atténuer les méfaits des conduites répressives dans les cadres d'une organisation périmée. Ce serait laisser croire que l'on peut s'accommoder de cette organisation. Or, mon expérience et toutes celles que j'ai pu étudier d'assez près montrent au contraire que, dans les cadres classiques et notamment avec les effectifs de personnel habituels, il est impossible de donner aux techniques d'isolement un sens vraiment thérapeutique, au contraire, elles sont surtout pathogènes, pour les malades individuellement, et pour le service, par le phénomène bien connu de la "réaction en chaîne". La présence de deux cellules, dans ces conditions de fonctionnement, en exige 4, 4 en exigent 8... et ainsi de suite.

Nous ne sommes plus alors en présence d'un problème psychiatrique, mais devant un problème de maintien de l'ordre et de la sécurité, dans le cadre de la conception "zoologique" de l'aliéné dont parle Le Guillant : Espèce aux réactions "sui generis" qu'il s'agit de garder en fonction de certains postulats, centrés sur la notion de nocivité, d'où éviter qu'il fasse du mal aux autres et accroissement à lui-même... Le psychiatre, en aucun cas, ne saurait participer, sans trahir, à l'élaboration d'une conception du service fondée sur une compréhension aussi primitive de sa tâche.

Dans cette organisation différente du service où sont au premier plan l'augmentation de l'effectif du personnel et la suppression des conduites pathogènes de sa part, on peut envisager que soit suffisamment réalisé le climat social sans lequel on ne peut qualifier "thérapeutique" l'isolement que par abus de langage. On peut alors parler des instruments de cet isolement.

Un problème architectural important et délicat subsiste alors qu'on a admis combien les techniques d'isolement, comme je l'ai envisagé plus haut, sont indépendantes de ces conditions de locaux.

Notre rapport cité au début de cet article donne les bases globales sur lesquelles on peut envisager la solution de ce problème. (Unité de soins de moins de 40 lits -25% de chambres ou boxes individuels).

Il reste à préciser avec quels éléments on peut distribuer dans le service les locaux d'isolement et les principes de cette distribution elle-même :

Le box constitue un élément de très grande valeur, d'une utilité généralement méconnue. Tout d'abord, il constitue un habitat particulièrement bien adapté à la vie du centre psychiatrique. Les tendances à recréer dans le service un climat de vie "normal" ne sauraient en effet être appliquées sans discernement : donner au malade une chambre "comme chez soi" ne serait généralement pas justifié au point de vue du climat psychothérapique, au surplus le résultat obtenu serait faux, la seule assimilation réalisée étant celle de la chambre d'hôtel ou de la pension de famille : le support, à caractère significatif très marqué, de l'habitat personnel dans la vie collective est en réalité le coin individuel. Le box permet au mieux cette synthèse entre la création nécessaire d'un habitat individualisé et les exigences de la thérapeutique collective. L'armoire individuelle, qui peut être très modeste, y est un important moyen de "personnalisation".

Ensuite l'expérience montre que le box constitue un moyen extrêmement efficace de sédation, l'isolement momentané du malade dans son box, en cas de troubles paroxystiques, se montre d'une très remarquable efficacité dans un nombre de cas dont seule la pratique permet de saisir l'importance.

Enfin, la cloison du box est extrêmement mobile et permet d'apporter avec le minimum de frais et de difficultés toutes modifications utiles aux dispositions des locaux.

Le besoin de chambres n'est pas épuisé par la généralisation des boxes. Tout d'abord, si l'habitat en chambre paraît aujourd'hui assez rarement recommandable, il subsiste un nombre de malades assez appréciable pour lesquels c'est une vraie chambre qui paraît le meilleur lieu de séjour, soit chambre

"normale" où le problème consistera à éviter le style chambre d'hôtel dans sa variété atrocement déprimante pour la majorité des malades, soit chambre de style froid (clinique chirurgicale), climat utile pour lutter contre le parasitisme hospitalier d'un bon nombre de névrosés, mais d'un emploi difficile, le caractère sadique assez facilement impliqué par un tel décor pouvant se montrer aussi générateur de réactions masochistes que le climat des cellules les plus torturantes.

Quant aux "chambres fortes", leur besoin, indiscutablement, se fait de moins en moins sentir, on peut s'en passer complètement sans difficultés insurmontables, mais, pour mieux éviter l'abus des moyens de contention mécaniques et chimiques, il paraît généralement plus indiqué de disposer d'un certain nombre de chambres visant essentiellement à l'isolement acoustique, accessoirement à préserver le service des activités clastiques et des comportements agressifs.

Il existe d'assez bons procédés d'insonorisation, il est bon de savoir que les constructions modernes en matériaux légers ont une forte tendance à la sonorité et que l'insonorisation doit y être étudiée de beaucoup plus près qu'avec les matériaux lourds anciens.

Les mesures de "renforcement" posent des problèmes encore mal résolus dans le cadre "économiquement faible" où nous nous débattons. Des solutions ingénieuses sont possibles, mais, en cette matière, l'excès d'ingéniosité me paraît le pire écueil. Il est peu commun de rencontrer un architecte qui sache donner à un tel local les apparences d'un habitat normal sans que ce caractère de camouflage ne prenne par lui-même un sens insolent (ex. style hublot des encadrements de verre incassable). Plutôt qu'un artifice trop évidemment artificiel, il est certes préférable de concevoir des locaux visant franchement à la protection, la question sera alors de lutter contre le caractère lugubre classique de ce cadre, et, peut-être plus encore, de se prémunir contre un inconvénient certain des "formules modernes", le style sadique dans sa version "hygiénique" l'habitat inhumain dont la conception est fondée sur cette intention inconsciente d'inhumanité elle-même (cf Le Guillant "Au-delà de l'asile d'aliénés..." Document de l'I.P.H.).

Je ne reviens pas sur la condamnation des W.C. intérieurs. J'indique un détail significatif plus nuancé déjà : la possibilité de fermer à clé un malade dans sa chambre (on peut s'en passer avec une fréquence surprenante lorsqu'on y veille systématiquement) ne doit à aucun prix être une obligation, comme il en est par exemple lorsque la serrure n'a pas d'autre mode de fermeture que la clef. Quelle que soit, une chambre, si la porte ne peut s'ouvrir de l'intérieur, est un cachot, le malade ne peut jamais y séjourner sans être enfermé, la possibilité d'ouvrir soi-même sa porte doit pouvoir être laissée au malade dès que cela n'est pas tout à fait impossible.

Les nouveaux matériaux transparents type Plexiglas ont suscité des espoirs qui ne paraissent pas encore satisfaits. Un matériau qui se ternit et se raye fixe sur lui l'attention du malade qui s'acharne à le rayer davantage.

J'ai plus de confiance, personnellement, dans les progrès des thérapeutiques des comportements agressifs que dans ceux des techniques de protection.

En fonction de cela, je pense que des aménagements protecteurs ne peuvent qu'être dépassés aussitôt installés. L'expérience montre que les méfaits des activités clastiques sont toujours surestimés, de même que les dangers des conduites auto-agressives, et que le dépassement dont je parle s'est toujours manifesté au cours de l'histoire, bien qu'il enferme l'évolution dans un cercle vicieux, les aménagements de force engendrant les troubles contre lesquels ils ont été conçus.

La solution de sagesse paraît donc d'accepter la plus extrême marge de risques et de réaliser ces chambres à peine plus solidement aménagées que les autres qui restent le dernier mot de la technique.

La distribution des chambres dans l'ensemble du service constitue le problème architectural prédominant.

Je donnerai à titre d'exemple théorique un plan d'organisation pour un service de formule moderne (dans la mesure où la persistance de la loi de 38 peut être compatible avec la notion de "formule moderne").

Admission divisée en 4 unités indépendantes ou semi-indépendantes dont deux hors du régime de la loi de 1838. Parmi les deux unités d'admission en "service ouvert", l'une peut être entièrement composée de chambres, l'autre de boxes et de petits éléments de 3 à 6 lits, l'usage créé dans chacune le climat psychothérapique qui détermine la répartition des malades. L'éventualité d'un climat spécialement austère évoqué plus haut peut trouver à s'appliquer dans l'une ou l'autre de ces deux unités ou dans les deux.

Pour les deux unités d'admission en service dit "fermé", la formule idéale me paraît : dans la plus grande, boxes à un lit et éléments de 3 à 6 ; dans la plus petite, éléments de 3 à 6 et chambres d'isolement proprement dites, visant surtout à l'isolement acoustique, accessoirement à la protection contre les activités clastiques.

Dans les unités "de séjour", une section d'open door intégral peut être conçue comme entièrement composée de chambres, sauf le minimum de salles de vie commune nécessaires dans tous les cas, même pour des malades vivant et prenant leurs repas hors du pavillon. Quelques chambres visant à un isolement transitoire de malades troublés ont place dans une unité de séniles, et dans l'unité destinée aux comportements les plus troublés.

Il ne paraît pas possible de formuler de règles précises quant à la solution de problèmes particuliers tels que l'isolement des contagieux et l'insulinothérapie. Seulement une indication générale paraît possible : l'extrême vigilance qui est de rigueur devant le risque de "solutions abstraites", de dispositifs établis en vue d'une destination précise et qui, à l'usage, s'avèrent utilisés à de toutes autres fins.

Disons par exemple que l'on doit prévoir de doter de chambres tous les locaux où l'on peut raisonnablement penser que des maladies intercurrentes, l'évolution d'une tuberculose pulmonaire, pourront imposer l'isolement de quelques malades (en fait, un minimum de chambres dans chaque pavillon), qu'une salle d'insulinothérapie ne comportant que des boxes individuels peut être relativement satisfaisante et d'un service facile mais que l'on est fort heureux d'y disposer aussi de quelques chambres.

Le point de vue architectural qui se montre capital dans la plupart des cas, et notamment lorsqu'il s'agit d'unités pouvant accueillir des malades troublés, est la localisation des chambres dans le pavillon. Un équilibre est à trouver entre deux écueils : groupe de chambres situé au contact immédiat des lieux de repos destinés aux malades les moins troublés, groupe de chambres trop éloigné, coupé de la vie du service et menacé de devenir un "enfer", un pôle de perturbation. Une étude approfondie de la topographie du pavillon est indispensable pour réaliser à la fois :

a) l'interposition de l'espace nécessaire pour la sauvegarde du niveau moyen de sociabilité du pavillon.

b) la facilité d'absorption par le milieu du malade qui a été transitoirement plus troublé. Il serait souhaitable de pouvoir publier des schémas de plans de services réalisant une telle souplesse. Quoi qu'il en soit, la rigidité simpliste des casernements asilaires classiques se prête généralement fort mal à une dispersion aussi nuancée. Les architectures désordonnées et absurdes ont au moins

fréquemment cet avantage, juste compensation aux difficultés souvent inextricables dont elles sont la source.

Je n'abandonnerai pas ces réflexions sur l'isolement thérapeutique sans insister encore sur le contexte psychologique dans lequel baignent les problèmes d'application technique. Trois anecdotes me suffiront à tracer les lignes de force de ce champ de significations.

1° J'ai eu le privilège d'assumer un unique service d'admission dans un local étroit où étaient ramassés deux grands dortoirs et six cellules du type sur-aliénant le plus accompli, mais de subir cette situation comme provisoire, cependant que s'aménageait mon service actuel, dispersé et dépourvu de cellules. J'ai observé que cette situation créait chez le personnel (et même chez les malades) une véritable perspective dynamique, une psychologie de sinistrés conscients de vivre dans un cadre absurde en fonction de l'idée de la maison "normale" qui se bâtit. Ainsi un point d'honneur professionnel se forme réellement à la faveur du fait que la condamnation du cadre sur-aliénant repose sur des faits concrets. La toxicité de la cellule s'est montrée très atténuée grâce à l'utilisation de ces conditions fortuites.

2° Un ouvrier d'entretien n'ayant jamais eu l'occasion de saisir le fait psychiatrique dans une autre atmosphère que celle, de sadisme administratif, qui contamine si facilement les services économiques, manifestait sa désapprobation devant le fait que l'habitude d'enfermer et d'attacher les malades s'était perdue. Il convenait, au cours de cette conversation, du fait que les bris de vitres et de mobilier n'augmentaient pas, au contraire, mais, postulait-il, "c'est une question d'ordre".

3° Un membre de la commission de surveillance de l'établissement faisant le compte rendu de sa première visite des services, manifestait son étonnement quant à l'étendue des préjugés sur les "fous" qu'il avait partagés lui-même jusqu'alors. Frappés d'une part par la discordance entre le niveau de comportement des malades et le caractère insolite du cadre répressif où trop d'entre eux vivent encore, d'autre part, par la qualité des travaux dont ils se montrent capables, il suggérait qu'ils pourraient eux-mêmes remplacer les portes anachroniques des cellules par des portes moins barbares.

La confrontation entre cette réaction du bon sens éclairé, la profondeur des contaminations asilaires chez quelqu'un qui n'est pas un "méchant homme", et les circonstances du développement d'un point d'honneur professionnel anti-répressif, me paraît digne d'être méditée. On ne manquera pas de remarquer, je tiens à le souligner au terme de ces réflexions, leur caractère paradoxal. Parler de l'isolement sur un plan exclusivement thérapeutique, alors que chacun éprouve quotidiennement combien le problème thérapeutique est à l'arrière-plan lorsque l'isolement est ordonné (je ne dis pas ici prescrit), peut légitimement paraître exercice de style déréaliste. On sait bien que le problème pratique actuel de l'isolement n'est pas un problème médical, mais un problème en quelque sorte "administratif". Il ne s'agit pas de soigner le malade en l'isolant, mais, par une véritable inversion de la notion de thérapeutique collective, de préserver les autres malades et l'intéressé des effets des troubles excessifs du comportement. En définitive, c'est une question de "maintien de l'ordre". Certes, il y a ici un paradoxe, mais il n'est pas mon fait, il est seulement inscrit dans la triste réalité des conditions techniques de notre travail quotidien. Je ne crois pas compatible avec la dignité médicale d'accepter d'entrer dans ce jeu. Je ne pense pas que nous puissions accepter d'envisager un problème aussi grave en nous résignant à un rôle de préposés au maintien de l'ordre dans la maison des fous. Il ne manque pas, dans l'administration, de personnages non psychiatriques qui se font de nous cette opinion, nous devons leur laisser la responsabilité de traiter le problème de l'isolement vu sous ce jour. La vieille distinction entre une psychiatrie bureaucratique et une psychiatrie médicale ne saurait, à mon sens, être entendue autrement : Serait bureaucratique la psychiatrie qui accepterait la lourde compromission de laisser les problèmes thérapeutiques à l'arrière-plan, derrière les préoccupations de maintien de l'ordre. Est médicale, et authentique, la psychiatrie qui vise au plein-

traitement des malades mentaux qui n'abandonne en aucune circonstance le souci thérapeutique, qui ne recule jamais devant la recherche de la signification d'aucun fait, dans l'organisation et la vie du service, situant résolument ces préoccupations dans la perspective du traitement.

Publié il y a par [Marie-Christine Hiebel](#)



0

Ajouter un commentaire



La Bibliothèque d'Osons Penser et Agir

Intégralité des textes et documents présentés dans le blog Osons Penser et Agir

<http://osonspenseretagir.blogspot.com> Autres textes proposés en lecture partagée

Outil d'Archivage et de Bibliothèque

•

•

[May](#)

[14](#)

Marc Ledoux évoque Henri Maldiney (Elne avril 2014)

LIEN SOURCE : site de Michel Balat

<http://www.balat.fr/Maldiney-le-transpossible-et-le.html>

Maldiney, le transpossible et le transpassible.

Intervention de Marc Ledoux

Elne, le 11 avril 2014

Marc Ledoux : Bon allez, sur Maldiney.

Drôle d'époque : autisme et psychanalyse. Vous avez dit Histoire, Histoire...

Cela commence toujours de la même façon l'exclusion : d'abord ce sont toujours les autres qui sont interdits de paroles, exclus, vilipendés, par exemple la psychanalyse, la psychothérapie institutionnelle, puis cela se rapproche de soi, s'étend sans que l'on comprenne pourquoi puisqu'on

n'est pas co

Maisons Vertes, Maisons Ouvertes aujourd'hui.

A lire sur cette adresse :

<http://osonspenseretagir.blogspot.fr/2014/04/mc-hiebel-barat-actualite-des-lieux.html>

L'idiot de Dostoïevski, une lecture szondienne de Claire Pluygers

Le dédoublement paroxysmal comme séparation du monde dans " L'idiot " de Dostoïevski

Claire PLUYGERS Source : <http://home.scarlet.be/cep/CAHIERS/dedoub1.htm> " Ethos ne signifie pas seulement disposition et caractère, mais demeure et séjour" Toute tentative d'élucider la structure psychique et

Quand le monde s'ouvre : Souffrance psychique et Illusions narcissiques

par MC Hiebel

L'article qui suit est une mise en forme d'un travail associatif de lecture à partir d'un texte clinique de Cléopâtre Athanassiou (texte non publié) sur l'organisation du moi.

Psypropos 2012 Conférence d'ouverture SErge Verneyre

Conférence d'ouverture des Journées Psypropos 2012

Le parti pris de la rencontre

<http://osonspenseretagir.blogspot.fr/2012/04/psypropos-2012-est-lance-2me-episode-le.html>

Orléans le 19 juin 2012

Le Relais Orléanais

Intervention de Serge VERNEYRE

Bonsoir à toutes et à tous, je vais me présente

Pierre Delion Croix-Marine Caen 2013

Le sujet au risque des nouvelles organisations

Congrès Croix Marine Caen lundi 30 septembre 2013

Restaurer le sujet dans l'homme

Pierre Delion

Venant à la rescousse de la parole prophétique de Tosquelles : « Sans la reconnaissance de la valeur humaine de la folie, c'est l'homme même qui disparaît

Guy Arthur Rousseau Caen 1er Octobre 2013

L'hospitalité de Procuste ?

Thésée et Procuste, 440-430 av. J.-C., British Muséum (Vase E 84) 440-430 av. J.-C..

Fédération d'Aide à la santé mentale Croix- Marine.

62e journées nationales.

Caen. 30 septembre 1er octobre 2013.

100 ans de psychiatrie à Fleury les Aubrais (Loiret)

Intervention du Dr Bernard Peguilhan à l'occasion de l'inauguration de l'Espace Culturel Horace Torrubia au Centre hospitalier de Fleury les Aubrais (2013)

HORACE TORRUBIA

né en 1917 à Barcelone

C'est bien regrettable, mais nous ne pourrions entendre Horace déclamer avec fougue, en compagnie de Pa

Jun
22

MC Hiebel : Essai sur Kant

Essai : A propos de la Critique de la raison pratique de Kant

proposé en lecture sur le lien suivant :

<http://mchb-cieleteile.blogspot.fr/>

La manie chez l'enfant C. Athanassiou

La manie chez l'enfant C. Athanassiou-Popesco

Edition Popesco 2013

Note de lecture par MC Hiebel-Barat

Cléopâtre Athanassiou publie en 1996 aux Éditions des Presses Universitaires de France un ouvrage intitulé « La défense maniaque ».

Pierre Dardot Assises Citoyennes de Villejuif 1er juin 2013

lien source : <http://www.collectifpsychiatrie.fr/?p=6904>

Une politique « fondée sur l'évidence scientifique » ?

Pierre Dardot

Je reprends à mon compte ce qui vient d'être dit par Jean Oury sur la « bureaucratie exacerbée » : le Troisième Plan Autisme présenté par Madame Carlotti nous fait respirer

Guy Arthur Rousseau : Orwell et la décence ordinaire

Orwell et la décence ordinaire

Une autre vie ou une autre façon d'être dans le courant du monde ?

Tout ce qui parle est fait de chair mortelle.

Désir de l'enfant et premiers apprentissages C.Athanassiou-Popesco

CLEOPATRE ATHANASSIOU-POPESCO

La réponse au désir de l'enfant dans les premiers apprentissages

La vignette clinique[1] à partir de laquelle je propose de réfléchir sur le thème des rapports entre l'apprentissage et la mobilisation des désirs de l'enfant, est tirée d'une observation du nourrisson s

Autisme et Recommandations HAS

Collectif Autisme Sud-Ouest,

Régine Castaing, psychologue clinicienne

ÊTRE OU NE PAS ÊTRE ... ÉVALUÉ

Étude à partir des « Recommandations de Bonne Pratique » de la Haute Autorité de Santé, en matière d'autisme et Médico-sociaux (ANESM) ont publié en mars 2012 deux documents sur les « interventions é

[May](#)
[15](#)

MC Hiebel Les Grandes Histoires du Petit d'Homme.

LES GRANDES HISTOIRES DU PETIT D'HOMME

Naître au monde, entrer dans l'espace relationnel de ceux qui l'entourent et dont il va désormais partager le quotidien est pour le petit d'homme d'une complexité extraordinaire et toujours singulière.

Un très beau texte d'Antoine VIADER

Une expérience personnelle par Antoine Viader

lundi 6 mai 2013, par Michel Balat

Une expérience personnelle« De la musique avant toute chose

Et pour cela préfère l'impair »

Verlaine

L'art poétique

Un très beau texte d'Antoine Viader à lire sur le site de Michel Balat

CLIC

Bernard Golse : L'approche psychothérapique de l'enfant autiste est une nécessité absolue

LIEN SOURCE :

<http://www.colloques-ff2p.com/colloque2012/pagesintervenants/golse.html>

Bernard GOLSE

professeur de pédopsychiatrie à l'Hôpital Necker, psychanalyste

Pédiatre, Pédopsychiatre et Psychanalyste (Membre de l'Association Psychanalytique de France),
Bernard GOLSE est chef de service

MC Hiebel : Ma rencontre avec François Tosquelles, Nantes Octobre 2012

Journée François Tosquelles Nantes 20/10/12

François Tosquelles 1912-2012

« François Tosquelles et la décence ordinaire »

MARIE CHRISTINE HIEBEL

Ce n'est pas facile de prendre la parole après ces deux témoignages très jolis et très riches...

Alors ma rencontre avec François Tosquelles.

Catherine POCHET Pédagogie Institutionnelle

Je remercie chaleureusement Catherine Pochet de m'avoir autorisée à mettre en lecture sur la Bibliothèque le texte de sa belle intervention à Psypropas 2010, Journée de Blois.

Catherine POCHET

Institutrice,

Association Vers la Pédagogie Institutionnelle – Fernand Oury.