

# L'IMAGINAIRE ET LA PSYCHIATRIE

---

**Marie Absil**

philosophe, animatrice au Centre Franco Basaglia

Résumé : Sixième analyse de notre série sur la stigmatisation des personnes qui ont des problèmes de santé mentale, nous nous intéressons cette fois-ci à l'effet stigmatisant de la construction sociale de la psychiatrie. Comment la construction sociale d'un objet, ici la psychiatrie, peut renforcer voire générer les phénomènes de stigmatisation? Nous nous intéressons à des choses aussi diverses que l'architecture, les modalités de prises en charge, le financement du secteur et les valeurs qui président à l'élaboration d'un système institutionnel.



Cette analyse s'inscrit dans la thématique :

## SAVOIRS EN CONTROVERSE

Réflexion sur les savoirs en tant que constructions théoriques porteuses de valeurs, de modes de pensées, de pratiques professionnelles et de normes qui façonnent la vie quotidienne. La mise en controverse de ces savoirs ouvrant la possibilité d'un partage de pouvoir créatif et démocratique.

Cette analyse est téléchargeable sur [www.psychiatries.be](http://www.psychiatries.be)  
1ère édition, octobre 2015

Editeur responsable :  
Centre Franco Basaglia asbl, rue Cathédrale 12, 4000, Liège.  
Courriel : [info@psychiatries.be](mailto:info@psychiatries.be)

Avec le soutien de :



Wallonie



FÉDÉRATION  
WALLONIE-BRUXELLES

Sixième analyse d'une série sur la stigmatisation des personnes qui ont des problèmes de santé mentale, nous nous intéressons cette fois-ci à l'effet stigmatisant de la construction sociale de la psychiatrie.

Dans les premières analyses de cette série, nous nous sommes d'abord attachés à différencier les notions regroupées sous le terme générique de « stigmatisation » (les stéréotypes, les préjugés et la discrimination) puis nous avons identifié les origines du phénomène dans notre représentation culturelle de la folie, puis nous avons décrit comment cette représentation de la folie est régulièrement relayée et alimentée par les médias. La quatrième analyse se penchait sur les éléments potentiellement stigmatisants du discours médical tandis que la cinquième portait sur l'autostigmatisation.

Dans cette sixième analyse, nous verrons comment la construction sociale d'un objet, ici la psychiatrie, peut renforcer voire générer les phénomènes de stigmatisation. Nous nous intéresserons à des choses aussi diverses que l'architecture, les modalités de prises en charge, le financement du secteur et les valeurs qui président à l'élaboration d'un système institutionnel.

## LA CONSTRUCTION SOCIALE DE L'INSTITUTION PSYCHIATRIQUE

Depuis des siècles, les fous sont mis à l'écart de la société. Cela a commencé avec la création de l'« Hôpital général », grands bâtiments « caches misère » - qui regroupaient toutes les personnes considérées comme nuisibles ou dangereuses pour la société : voleurs, prostituées, vagabonds...et fous<sup>1</sup>- et qui tenaient plus de la prison que du lieu de soins. Au 19<sup>e</sup> siècle, les fous seront séparés des correctionnaires pour être soignés. Les asiles, construits sur le même modèle que les prisons, prendront le relais de l'hôpital général comme lieu de résidence et de soins. Ces asiles seront renommés « hôpital psychiatrique » à la naissance de la discipline dans la première partie du 20<sup>e</sup> siècle.

Nous faisons ici l'hypothèse que l'hôpital psychiatrique agit aujourd'hui comme un marqueur de stigmaté. En effet, la folie est un stigmaté invisible, elle ne provoque pas de marque reconnaissable sur le corps. Le « fou » n'est donc pas identifiable comme tel d'emblée. Par contre, le fait d'avoir séjourné dans un hôpital psychiatrique « marque » assurément une personne.

L'hôpital psychiatrique tel qu'il existe encore aujourd'hui, avec son architecture particulière, est un lieu fantasmatique pour la population. Bâtiments à l'allure de prison directement hérités du 19<sup>e</sup> siècle (barreaux aux fenêtres, portes verrouillées,...) ou domaines plus récents ceints de hauts murs et le plus souvent situés à l'écart des centres urbains, l'hôpital psychiatrique est un lieu de soins qui entretient la représentation associant folie et danger.

Mais l'allure des bâtiments n'est pas seule en cause, certaines modalités des soins dispensés

---

<sup>1</sup> Voir Marie Absil, *Les représentations de la santé dans l'histoire*, p.21, Centre Franco Basaglia, 2015, téléchargeable sur [http://www.psychiatries.be/wp-content/uploads/2015/05/2015\\_Repr%C3%A9sentations-de-la-sant%C3%A9.pdf](http://www.psychiatries.be/wp-content/uploads/2015/05/2015_Repr%C3%A9sentations-de-la-sant%C3%A9.pdf)

en hôpital psychiatrique jouent aussi. Par exemple, la durée de séjour est en général indéterminée. On ne sait que rarement quand on pourra sortir d'un hôpital psychiatrique. Les pathologies prises en charge dans ce type d'établissement interdisent le plus souvent d'établir des échéances précises. En effet, si on peut déterminer assez facilement la durée moyenne d'hospitalisation nécessaire pour une opération ou une fracture, cette planification est impossible à faire en cas de psychose par exemple.

Les modalités de financement des hôpitaux sont également en cause. En Belgique, les hôpitaux psychiatriques sont toujours financés « au lit » et au taux d'occupation de ces lits. C'est-à-dire que c'est le nombre de lits qui détermine les autres moyens de l'hôpital, les moyens en personnel par exemple. Le taux d'occupation est examiné lors des contrôles budgétaires, l'hôpital ne conserve ses moyens que si les lits sont occupés. Ce qui entraîne des effets pervers : des files d'attente à l'arrivée car tous les lits sont occupés ainsi que des durées d'hospitalisation bien trop longues pour certains patients qui garantissent ainsi l'occupation des lits.

*« Alors que la durée moyenne de séjour en hôpital psychiatrique est de 69 jours et 26 jours en service psychiatrique d'un hôpital général, il s'avère que 5% des patients sont soignés à l'hôpital pendant plus d'un an, 2% d'entre eux y séjournant même pendant plus de 5 ans ! »*

Mais l'hôpital psychiatrique est également le lieu des hospitalisations forcées. La mise en observation « sous contrainte », requise quand le malade représente un danger pour lui-même ou pour autrui, est décidée par un juge sur avis médical. Ces hospitalisations sont souvent mal vécues par les patients qui évoquent la peur, l'incompréhension et la violence de ce type de mesure.

*« Le 12 janvier, à 15h, ma mère et ma sœur m'ont attirée dans un hôpital général où le psychiatre a décidé de me garder pour « déstructuration comportementale ». Les infirmiers m'ont poussé dans une petite cellule aux murs en plastique vert avec juste un matelas par terre et trop peu de mètres carrés d'espace. Etant claustrophobe, j'ai demandé à pouvoir prendre mes fleurs de Bach, ce qui m'a été refusé ainsi que l'eau que je demandais et l'accès aux toilettes. Je suis donc restée sans eau et sans nourriture jusqu'au lendemain à 12h40, heure à laquelle je serais arrivée à l'hôpital psychiatrique. Je n'en ai aucun souvenir, probablement à cause des médicaments qui m'ont été infligés. Je proteste contre cette zone de non-droit qu'est l'internement psychiatrique forcé.*

*Je suis ensuite passée devant le juge de paix qui a décidé de ma mise en observation de 40 jours devant mon avocate désignée d'office qui n'a pas dit un seul mot pour me défendre.*

*Ne m'entendant pas du tout avec le psychiatre de l'hôpital, j'ai demandé mon transfert dans un autre hôpital, ce qui m'a été refusé car, m'a dit la médiatrice, on ne peut rien faire pendant la période d'observation. Le psychiatre de l'hôpital devient ainsi omnipotent.*

*Ce que j'ai traversé était dur et j'en garde d'affreux souvenirs jusqu'aujourd'hui. Cette violence avec laquelle on m'a traitée est inacceptable et j'ai peur qu'elle continue impunément à s'attaquer à des*

---

<sup>2</sup> Voir l'article de La Libre Belgique du 29/07/14 sur <http://www.lalibre.be/actu/belgique/trop-confortable-le-lit-psychiatrique-53d7c27035702004f7da1dc7>

*personnes fragiles ou fragilisées. C'est pourquoi j'aimerais que mon témoignage soit pris en considération et je suis toute disposée à le faire circuler ou le publier si besoin en est.*

*Aylin<sup>3</sup>»*

L'hôpital psychiatrique, malgré de nombreuses réformes depuis sa création, traîne toujours un imaginaire tournant autour de l'univers carcéral, de zone de non-droit, totalement coupé du monde extérieur. De nombreux films et séries ont exploité les ressources horribles de ce genre d'établissement : de « Vol au-dessus d'un nid de coucou » à « Shutter island » en passant par la saison deux de la série « American horror story<sup>4</sup> » qui reprend tous les poncifs du genre : médecins fous, infirmières diaboliques, soins et expériences « médicales » s'apparentant à de la torture, personnes saines d'esprit internées contre leur gré...

Lieu fantasmatique où se situe la folie pour la population, le passage en hôpital psychiatrique désigne plus sûrement les personnes qui y ont séjourné comme « folles » aux yeux des autres que n'importe quel diagnostic<sup>5</sup>.

## LA CONSTRUCTION SOCIALE DES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE

La médicalisation de la folie n'a pas fait disparaître la stigmatisation loin de là. Le changement de terminologie qui a transformé le « fou » en « malade mental » n'a pas modifié les représentations. Les stigmates de la folie sont désormais rattachés à la « maladie mentale ». Nous avons vu également, dans l'analyse précédente, l'effet stigmatisant que peut avoir le langage médical dans certaines formes de discours. Nous faisons ici l'hypothèse que les modalités de prises en charge ne sont pas neutres.

En effet, la construction de l'objet social « psychiatrie » est tributaire de certaines valeurs et les solutions d'aide qui sont proposées à partir de cet objet social sont le reflet de ces valeurs.

Les structures de pouvoir (de la société aussi bien que de l'institution elle-même) se reflètent dans les pratiques. Ainsi les relations soignant/soigné sont rarement égalitaires. Le médecin, l'intervenant, à une position dominante du fait de son savoir, il est « celui qui sait ». Tandis que le patient, l'utilisateur reste souvent dans la position subalterne de demandeur, il est « celui qui a besoin d'aide, de soins ». De même que les intervenants définissent souvent leur rôle en fonction de la mission organisationnelle de leur institution. Les techniques d'intervention ciblent naturellement les éléments négatifs, les manques des personnes, puisque c'est sur eux qu'il convient d'agir. Avec le problème, quand ces techniques ne sont pas contrebalancées par une prise en compte de la globalité de la personne (avec ses manques mais aussi ses forces),

---

<sup>3</sup> Ce témoignage a été recueilli sur le site de Psytoyens, <http://www.psytoyens.be/temoignages/>

<sup>4</sup> Pour un descriptif des œuvres citées voir, [https://fr.wikipedia.org/wiki/Vol\\_au-dessus\\_d%27un\\_nid\\_de\\_coucou](https://fr.wikipedia.org/wiki/Vol_au-dessus_d%27un_nid_de_coucou) ; [https://fr.wikipedia.org/wiki/Shutter\\_Island\\_%28film%29](https://fr.wikipedia.org/wiki/Shutter_Island_%28film%29) ; [https://fr.wikipedia.org/wiki/Saison\\_2\\_d%27American\\_Horror\\_Story](https://fr.wikipedia.org/wiki/Saison_2_d%27American_Horror_Story)

<sup>5</sup> Voir l'étude Indigo, N. Daumerie, S. Vasseur-Bacle, J.Y. Giordana, J.L. Roelandt, C. Bourdais Mannone, (2012) *La discrimination vécue par les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles schizophréniques. Premiers résultats français de l'étude INDIGO*, in Encéphale n° 38, 224-231.

que les usagers de ces institutions intègrent parfois une vision déficitaire, négative d'eux-mêmes au point de ne plus percevoir leurs forces ou les aspects positifs de leur personnalité.

Les catégories administratives peuvent aussi devenir stigmatisantes et avoir des conséquences négatives insoupçonnées. Par exemple, on peut remarquer que l'utilisation de la catégorie « santé mentale », qui ouvre l'accès à des prestations de services au niveau de la santé de la part de l'état, disqualifie d'un même mouvement les personnes qui y ont droit par une mise à l'écart de fait dans d'autres domaines comme l'emploi par exemple.

Les modalités de financement du secteur de la psychiatrie peuvent également être un vecteur de la stigmatisation. Par exemple, à la captation systématique, si peu remise en cause, de la plus grande part des budgets par le secteur hospitalier répond le sous financement chronique de l'offre de soins en ambulatoire. Que nous enseigne cette configuration budgétaire sur les valeurs qui président à l'élaboration des structures sensées répondre à la question de la folie ? Que ceux que l'on considère comme « fous » n'ont pas leur place parmi nous et que les soins ne peuvent être donnés que dans de grandes structures « totalisantes » (qui mêlent lieux de soins et lieux de vie).

## IMAGINAIRE ET NORMALISATION

La construction de tout objet social est politique. Que ce soit l'allure physique des bâtiments et leur situation dans l'espace social, l'organisation financière des institutions (qui finance quoi et comment) ou encore les modalités pratiques de la prise en charge, tout est tributaire et témoigne des valeurs dominantes dans une société.

Comment se libérer de l'imaginaire social autour de l'hôpital psychiatrique par exemple ? En rénovant les bâtiments existants ? En construisant de nouveaux hôpitaux ultra-modernes lumineux et aérés ? Les nouveaux bâtiments seraient-ils très beaux, ils conserveront tout leur poids fantasmagorique si les mêmes valeurs président à leur édification. Or, la valeur qui sous-tend ce genre d'établissement est la protection (d'où leur premier nom d'« asile » d'ailleurs), protection de la société par rapport aux malades et protection des malades de la vie en société (jugée impossible voire pathogène pour eux). Or, dans l'imaginaire social, quand doit-on se protéger ? Quand il y a danger.

Depuis des siècles, la valeur « protection » s'est institutionnalisée dans une « mise à l'écart » et s'est réalisée concrètement par la construction des asiles et des hôpitaux psychiatriques. Or, de l'avis des usagers, les petits centres répartis dans la communauté (type Maison de soins psychiatriques, habitations protégées... créés lors de la réforme des années 90) leur offrent un hébergement sécuritaire, tant pour elles-mêmes que pour la communauté. De même, l'existence de ressources dans les quartiers (centre de santé mentale, maisons médicales...) permettent un bon suivi des soins au long court et présentent une bonne alternative aux séjours hospitaliers prolongés.

Ce type de solution a l'avantage de respecter la valeur d'origine, la légitime préoccupation

vis-à-vis de la protection de tous, mais en transformant quelque peu le sens. En effet, en renormalisant les soins de santé mentale, c'est-à-dire en les réintégrant dans la communauté, l'objet de la protection se déplace. Désormais, elle fait moins rempart contre des dangers, réels ou imaginaires, qu'elle ne prend soin des vulnérabilités. Plus l'offre de soins et de soutien est développée et intégrée dans la communauté, plus le critère de protection est respecté. En effet, les usagers sont suivis au long court, leur médication est respectée et des équipes mobiles sont disponibles pour intervenir en cas de crise (ce qui peut sécuriser les voisins par exemple) au domicile même de l'usager. La protection s'étend donc tant sur la vulnérabilité des malades que sur les vulnérabilités des entourages (familles, voisins, amis...) confrontés aux effets de la maladie. Avec l'avantage pour les usagers de ne plus se trouver « marqué » par leur fréquentation de certains lieux. C'est d'ailleurs dans les villes où une telle offre de soins est disponible (Trieste, Séville et Lille-est par exemple), que les proches conseillent le moins de se faire soigner dans un hôpital psychiatrique<sup>6</sup>.

Pour fonctionner, ceci doit évidemment être accompagné d'une modification de la place du séjour en hôpital psychiatrique dans l'offre de soins. De solution « par défaut », le recours à l'hospitalisation ne garde toute sa pertinence que dans certains cas aigus ou de crise et pour une durée la plus courte possible.

Mais si l'hôpital ne constitue plus l'unique solution aux problèmes de santé mentale, un changement dans les pratiques de soins est également nécessaire. Car la prise de position par rapport aux usagers ne peut plus être orientée uniquement dans l'optique des missions organisationnelles des services. En effet, les professionnels considèrent certains comportements ou manques, d'ailleurs répertoriés comme symptôme dans les manuels diagnostiques (CIM, DSM), comme des indicateurs de la maladie mentale. Or, les représentations sociales liées à la folie ne pourront se transformer que quand les variations par rapport à la norme médicale ne seront plus systématiquement codées comme des symptômes de trouble mental par certains professionnels. En effet, ces comportements hors normes, ces manques, peuvent également indiquer des stratégies d'adaptation à certaines conditions sociales d'existence. Par exemple, le fait de parler tout seul, pour un SDF, est-il un signe certain de psychose ou la parade à une trop grande solitude ? Alors, ce SDF qui se présente dans un centre d'aide a-t-il besoin de neuroleptiques ou de soutien social ? Au jour d'aujourd'hui, il recevra l'un ou l'autre selon l'institution dans laquelle il se présente (centre de santé mentale ou CPAS par exemple).

Encore une fois, la solution à ces problèmes peut résider dans une certaine « normalisation » de l'aide et des soins en santé mentale. En effet, des politiques véritablement intégratrices ne peuvent faire l'impasse sur la situation sociale des usagers et continuer à cloisonner les différents types d'aide (médicale, sociales, aide à l'emploi, au logement, etc.). Tandis que des institutions centrées d'avantage sur le rétablissement des

---

<sup>6</sup>Jean Luc Roelandt, Aude Caria, Imane Benradia y Simon Vasseur Bacle, *De l'autostigmatisation aux origines du processus de stigmatisation. A propos de l'enquête internationale « Santé mentale en population générale : images et réalités » en France et dans 17 pays*, in *Psychology, Society, & Education* 2012, Vol.4, N° 2, p.6.

personnes (construire son existence à partir des difficultés et des possibilités induites par la maladie plutôt que sur des critères de normalité extérieurs), devraient mettre aussi l'accent sur les capacités des usagers plutôt que sur leurs manques uniquement, devraient les soutenir dans leur recherche d'une place positive et constructive (emploi adapté, aide à la communauté, bénévolat...) dans la société à partir de leurs possibilités propres, devraient enfin leur apporter tous les soins, les aides et le soutien nécessaires sans les enfermer dans un système (renvoi de services spécialisés vers les services généraux dès que c'est possible).

Dans la prochaine analyse, qui sera la dernière de cette série sur la stigmatisation, nous chercherons des pistes et des solutions pour contrer ce phénomène.