

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD –LYON 1  
FACULTE DE MEDECINE LYON EST

Année 2011- N°9

**LA PLACE DE L'« HABITER » DANS LE CORPUS PSYCHIATRIQUE.  
CONTRIBUTION A UNE APPROCHE HISTORIQUE, CLINIQUE  
ET INSTITUTIONNELLE**

THESE

Présentée

A l'Université Claude Bernard Lyon 1  
et soutenue publiquement le 25 janvier 2011  
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

**Lucie GIRARDON**

Née le 10 mai 1980

A Lyon (69, Rhône)

# SOMMAIRE

---

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>4</b>
<b>PREMIERE PARTIE : A l'origine de la question de l'« habiter »</b> .....	<b>7</b>
<b>1. La question de l'« habiter » en clinique psychosociale</b> .....	<b>7</b>
1.1. <i>Naissance d'un questionnaire : à partir d'une recherche en clinique psychosociale</i> .....	7
1.2. <i>Questionnement : en quoi la question de l'« habiter » concerne-t-elle le psychiatre ?</i> .....	14
<b>2. Habiter : étymologie, liens originels</b> .....	<b>17</b>
2.1. <i>Habiter : enquête sur une famille étymologique</i> .....	18
2.1.1. Habere, habitare, habiter .....	18
2.1.2. Habit, habitude, habitus .....	21
2.1.2.1. Habitude .....	21
2.1.2.2. Habit .....	22
2.1.2.3. Habitus .....	24
2.1.2.4. La maladie : un mal d'habiter ? .....	27
2.2. <i>Habiter : liens de famille</i> .....	28
<b>DEUXIEME PARTIE : De la clinique psychosociale à la clinique psychiatrique</b> .....	<b>31</b>
<b>1. Clinique psychosociale et inversion séméiologique</b> .....	<b>31</b>
<b>2. Monsieur N et son habiter</b> .....	<b>34</b>
2.1. <i>Présentation clinique</i> .....	34
2.1.1. Motifs d'hospitalisation et situation du patient au moment de son arrivée aux urgences .....	34
2.1.2. Entretiens psychiatriques .....	34
2.1.3. Antécédents .....	36
2.1.4. Recueil d'éléments biographiques .....	37
2.1.5. Entretiens familiaux .....	37
2.2. <i>Prise en charge, évolution</i> .....	38
2.2.1. Médicamenteuse .....	38
2.2.2. Médico-sociale .....	39
2.2.3. Evolution clinique .....	39
2.3. <i>Projet de logement</i> .....	45
2.4. <i>Diagnostic et question étiopathogénique : la part du traumatisme</i> .....	47
2.5. <i>Réflexions autour de la question de l'habiter chez Monsieur N</i> .....	49
2.5.1. La question de l'habiter chez Monsieur N .....	50
a. Habiter ses origines, son histoire .....	51
b. Habiter son corps .....	54
• Monsieur N : corps, habitus et habiter .....	54
• Habiter en soi .....	56
• Le premier habitat est le corps maternel .....	56
• Dehors/dedans : limites et enveloppes .....	57
c. Habiter son identité, sa pensée .....	61
d. Habiter l'errance ? .....	62
2.5.2. Les demandes d'asile de Monsieur N, enjeux institutionnels .....	63

<b>TROISIEME PARTIE : Psychiatrie et habiter, de l'asile à la fonction d'asile. ....</b>	<b>67</b>
<b>1. La réponse omnipotente de l'institution asilaire.....</b>	<b>69</b>
1.1. <i>L'asile, premier habitat spécifique de la folie : naissance de l'asile, des aliénés et des aliénistes. ....</i>	69
1.1.1. De l'insensé à l'aliéné, du philanthrope à l'aliéniste « clinicien » .....	70
1.1.2. La construction de l'asile : un binôme médecin-architecte opérant à partir de la nosographie.....	71
1.1.2.1. L'asile : lieu pensé pour les aliénés... et les aliénistes .....	72
1.1.2.2. Le médecin aliéniste : figure centrale de l'asile. ....	74
1.1.2.3. La nosographie cloisonnante et cloisonnée .....	74
1.1.2.4. Asile, lieu de dispensation du traitement: entre compassion et répression .....	75
1.1.2.5. Asile, lieu et outil du traitement : de l'importance de penser les murs. ....	76
a. Asile : outil du traitement.....	76
b. La symétrie architecturale : invitation à l'ordre et lutte contre la mixité.....	76
c. Les quartiers des <i>agités</i> .....	76
d. Les autres quartiers : .....	77
1.1.2.6. L'asile : lieu de vie, lieu de travail.....	77
1.1.2.7. L'asile : un dedans loin dehors .....	80
1.2. <i>Asile et habiter</i> .....	81
1.2.1. L'asile : ses habitants, ses habits, ses habitudes. ....	82
1.2.1.1. Les soignants, autres habitants de l'asile.....	82
1.2.1.2. L'asile : ses habits .....	84
1.2.1.3. Les habitudes asilaires.....	85
1.2.2. L'utopie aliéniste.....	86
1.2.3. La réponse de l'asile à la question de l'habiter : l'omnipotence.....	87
<b>2. De l'asile à nos jours : l'hôpital et sa fonction d'asile. ....</b>	<b>91</b>
2.1. <i>De l'asile à l'hôpital psychiatrique, de l'aliénisme à la psychiatrie de secteur. ....</i>	91
2.1.1. Le courant hygiéniste : une tentative avant-gardiste de psychiatrie « sociale » .....	92
2.1.2. La thérapie institutionnelle : soin par l'institution, soin de l'institution .....	93
2.1.2.1. Du côté des soignés... ..	93
2.1.2.2. Du côté des soignants... ..	95
2.1.3. La psychiatrie « communautaire » .....	96
2.1.4. L'influence de l'anti-psychiatrie .....	99
2.1.5. La sectorisation .....	100
2.2. <i>De l'Hôpital psychiatrique au Centre Hospitalier : psychiatrie et chronicité.....</i>	101
2.2.1. La re-médicalisation de la psychiatrie .....	101
2.2.2. La désinstitutionnalisation : aujourd'hui si loin d'hier .....	103
2.2.3. La chronicité : objet de la désinstitutionnalisation.....	105
2.2.4. L'évolution de la dénomination de l'hôpital : une question lexicale ? .....	111
2.2.5. Hôpital psychiatrique et habiter .....	112
2.3. <i>Asile et fonction d'asile</i> .....	116
<b>3. Soin et habiter : habiter le soin pour soigner l'habiter ?.....</b>	<b>119</b>
<b>CONCLUSIONS.....</b>	<b>125</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>128</b>

# INTRODUCTION

---

Le cheminement de notre travail de thèse trouve son origine dans une recherche en clinique psychosociale traitant de l'accompagnement au logement, nous ayant sensibilisés à la complexité du terme « habiter ». « Habiter » est un verbe très fréquemment employé dans le langage courant, suscitant peu l'équivocité a priori, défini couramment comme « occuper habituellement un logement ». Cependant, « habiter » dépasse largement les notions d'abri, de refuge, propres au monde animal. « Habiter » est plus complexe qu'être hébergé ou posséder un logement, habiter est un processus, un processus spécifiquement humain.

Notre participation à ce travail de recherche nous a non seulement ouvert tout un champ théorico-clinique différent de notre pratique classique d'interne en psychiatrie, mais a également suscité notre curiosité quant aux nombreux enjeux que comprend le fait d'« habiter ». Ainsi, nous avons choisi ce thème comme filtre, comme focale, dans notre travail de thèse.

Notre première partie rend compte de la recherche en clinique psychosociale menée par l'Onsmp-Orspere<sup>1</sup> et des questions qu'elle soulève. Cette recherche, toujours en cours à l'heure actuelle, a pour objet l'étude des complications de santé dans la trajectoire d'accompagnement au logement des sans-abri. Si, dans la phase rétrospective et en appui sur une définition large de la santé, le constat de survenue d'évènements de santé chez les personnes accompagnées vers le logement se vérifie, l'apparition d'évènements de santé chez les accompagnants était quant à elle inattendue. Ainsi, c'est tout le champ théorique de la souffrance portée et du transfert qui est interpellé : les accompagnants ont été pour certains littéralement « habités » par les accompagnés.

Intéressés par cette survenue de mouvements psychiques au moment d'intégrer un logement, nous avons souhaité en savoir plus sur la richesse sémantique du terme « habiter », et avons donc mené une enquête lexicale. Remontant les chemins étymologiques, nous avons tenté de dresser l'arbre généalogique du verbe « habiter », découvrant alors ses liens de parenté avec les mots « habit », « habitude », et « habitus ». Plus encore, nous nous sommes laissé

---

<sup>1</sup>ORSPERE : Observatoire Régional Rhône-Alpes sur la Souffrance Psychique en Rapport avec l'Exclusion  
ONSMP : Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité.

surprendre par la proximité sémantique des termes « habiter » et « maladie », engageant à penser l'intrication des deux notions.

Par ailleurs, les enjeux de l'« habiter » perçus lors du déroulement de la recherche de l'Orspere ont immédiatement fait écho avec notre pratique d'interne en psychiatrie. Ainsi, nous avons souhaité, par l'exposition détaillée d'un cas clinique, comprendre ce qu'un patient tente de nous dire, par les mots ou par les actes, lorsqu'il n'arrive pas à habiter. Nous nous sommes donc penchés sur la manière dont ce patient nous a interpellé et nous a montré ses difficultés pour habiter. La clinique présentée nous a conduit à penser que certaines conditions psychiques, comme pouvoir habiter son corps, son identité, son histoire, semblaient nécessaires avant de pouvoir habiter un logement. Nous nous sommes également intéressés à la manière dont ce patient a sollicité l'équipe, et plus encore l'institution, et comment il a probablement été nécessaire pour lui que celles-ci accèdent provisoirement à sa demande d'asile dans le soin et dans l'institution, lui permettant secondairement de pouvoir « habiter » la cité.

Si, dans un premier temps, nous nous sommes attachés à comprendre ce qu'un patient tente de nous dire lorsqu'il n'arrive pas à habiter, ce que le psychiatre et, plus encore, la psychiatrie, lui répond, a non moins suscité notre intérêt. Ainsi, après avoir écouté l'histoire des mots, il nous a semblé important, afin de mieux entendre les patients, de nous pencher sur l'histoire de la psychiatrie et l'évolution des rapports qu'elle entretient avec la folie.

Depuis l'Asile d'aliénés, institution totale, jusqu'au Centre Hospitalier actuel, nous avons tenté de parcourir l'évolution de la question de l'habiter au fil du temps et des influences théoriques, invitant à penser la fonction d'asile de l'institution. Nous avons souhaité étudier la manière dont la psychiatrie accueille la folie -folie dont la chronicité paraît en constituer l'un des paradigmes-, et s'interroger sur les éventuelles réactions défensives érigées contre elle.

Cette réflexion en appui sur l'histoire, menée tant du point de vue des soignés que des soignants, tente de rendre compte de l'intrication de l'émergence des problèmes d'habiter des patients et des difficultés possibles des professionnels pour habiter la pratique de la psychiatrie aujourd'hui. Ainsi, cet aperçu historique nous a amené à postuler que pouvoir habiter la relation d'aide, habiter le soin, serait un préalable avant de pouvoir habiter un logement, nécessitant que le soin puisse également être habité par ceux qui le prodiguent, à savoir les professionnels. Enfin, notre travail s'achève sur une réflexion quant à la manière

dont les soignants habitent leur identité professionnelle, leur histoire, proposant une ouverture sur les questions de transmission et de filiation.

## **PREMIERE PARTIE : A l'origine de la question de l'« habiter »**

---

*« La difficulté c'est que nous en savons peu sur la fonction d'habiter. Le couple sémantique habitation-habiter appartient certes à notre vocabulaire courant et, comme tel, fait l'objet de quelques études dans les champs rapprochés de la sociologie, de la psychologie, de l'ethnologie et de l'anthropologie. La philosophie s'y intéresse parfois. Mais dans notre jargon médico-social, il brille par son absence... » P. Dubus [1].*

### **1. La question de l'« habiter » en clinique psychosociale**

#### **1.1. Naissance d'un questionnement : à partir d'une recherche en clinique psychosociale**

L'élaboration de notre travail de thèse s'origine dans une recherche-action en clinique psychosociale de l'ONSMP- ORSPERE<sup>2</sup>, recherche toujours en cours à l'heure actuelle.

En tant qu'interne dans le service de psychiatrie 69G09 pendant un an, j'ai été sensibilisée à la clinique psychosociale du fait de l'orientation du chef de service, le Dr. Furtos [2], et intéressée par ses intrications théorico-pratiques avec la discipline psychiatrique. J'ai sollicité le Dr. Furtos afin de poursuivre cet apprentissage sous une forme différente de mon cursus hospitalier, celle de la participation à une recherche en clinique psychosociale. J'ai donc intégré les réunions de travail à l'ORSPERE de manière synchrone avec le démarrage de la recherche.

Afin de pouvoir expliciter les liens entre la recherche et notre sujet de thèse il paraît nécessaire d'en exposer les grandes lignes. Il ne s'agit pas ici de présenter un compte-rendu rigoureux du travail de recherche mais d'apporter quelques éléments essentiels à la compréhension de la problématique de notre travail de thèse.

---

<sup>2</sup> ORSPERE : Observatoire Régional Rhône-Alpes sur la Souffrance Psychique en Rapport avec l'Exclusion, organisme créé en 1996, devenu en 2002 l'ONSMP : Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité. L'ORSPERE se trouve au CHS Le Vinatier à Bron.

Recherche dirigée par Jean FURTOS (psychiatre, directeur scientifique de l'ONSMP-ORSPERE), Valérie COLIN (docteur en psychologie) et Adrien PICHON (psychologue clinicien).

« **Complications de santé (somatiques et psychiques) et clinique psychosociale (incurie dans l'habitat) dans la trajectoire d'accompagnement au logement des sans-abri.** »<sup>3</sup>, tel est le sujet de la recherche-action menée par l'ORSPERE [3].

Les professionnels de l'accompagnement au logement de plusieurs structures de la région Rhône-Alpes ont sollicité l'ORSPERE dans le but de mettre au travail un **constat** partagé au sein de leur corps professionnel : **les personnes sans-abri** (bénéficiant d'un accompagnement social) **décompensent souvent sur le plan de la santé lors de l'intégration d'un logement.**

Ces complications de santé paraissent être repérées à l'occasion d'un accident, d'une décompensation somatique ou psychique, ou simplement de par le souci croissant de l'accompagnant. Moins directement, cette détérioration de santé semble se manifester également par des comportements relevant de la perte du souci de soi, concernant tant la santé de la personne accompagnée que son logement (incurie dans l'habitat [4], collectionnisme, etc.), potentiels pourvoyeurs de troubles du voisinage et/ou de tensions avec le logeur, compromettant parfois le maintien dans le logement.

Ainsi, l'**objectif général** de la recherche-action vise à explorer ce constat de départ et à théoriser certains aspects de ce type de relation d'accompagnement en s'appuyant sur les résultats obtenus, avec pour effet souhaité une évolution de la pratique des professionnels engagés dans la recherche (« *Le travail de recherche-action a pour objectif d'aider les acteurs en favorisant leur participation et leur implication dans l'analyse de leurs problèmes et dans la recherche d'issues possibles* » [5]).

En réponse à l'observation de départ, **une hypothèse** est formulée. Celle-ci rend compte de la problématique de la recherche articulant préoccupation de santé et habitat :

L'apparition de symptômes psychiques et/ou somatiques lors de l'accès au logement paraît traduire *une rupture de l'homéostasie biopsychosociale* construite dans la vie à la rue. Nous pouvons aussi penser que ces symptômes somatiques et/ou psychiatriques émergent lorsque *les besoins primaires sont satisfaits* (de par l'acquisition de l'objet social « logement » [1]) et où *une relation avec un professionnel est engagée*, permettant des observations et une préoccupation pour la santé.

---

<sup>3</sup> Recherche financée par le Conseil Scientifique de la Recherche du Centre Hospitalier Le Vinatier.



L'apparition des symptômes pourrait dès lors être repérée d'un point de vue théorique et donc « attendue » en pratique lors de cette phase de l'accompagnement au logement. Il s'agirait donc d'une période vulnérable qui, bien que génératrice de turbulences dans l'accompagnement car constituant une « crise », pourrait être entendue non pas comme un échec de l'intégration du logement mais comme une période propice à l'amorce d'un accompagnement vers le soin.

L'accompagnement vers le logement pour cette population devrait ainsi faire reconnaître la nécessité de la présence d'un accompagnement spécifique une fois la personne logée, comportant une dimension non seulement sociale mais aussi psychologique, incluant un partenariat avec la médecine somatique et la psychiatrie de secteur.

Du point de vue méthodologique, notons tout d'abord que le **public recruté** pour la recherche est celui que rencontrent les services d'accompagnement. Il s'agit d'adultes homme ou femme vivant depuis plus de 3 mois dans une situation de grande précarité sociale (espace urbain ou dispositifs d'hébergement d'urgence ou très temporaires) et sollicitant un service d'aide au logement. Sont exclues de l'étude les personnes non référencées dans ces structures.

**Le déroulement de la recherche** s'effectue en trois phases :

- La première phase s'est tout d'abord attachée à réaliser une revue de la littérature. Son objectif a été d'effectuer l'état des lieux des connaissances concernant le processus d'habiter pour les personnes issues d'un long parcours de rue.

Un important travail de définition des notions employées a également été nécessaire afin d'élaborer une base théorique commune : que recouvre le terme « sans-abri », comment différencie-t-on un « logement » d'un abri, qu'entend-on par « complication de santé », etc. ?

Par ailleurs cette première phase a intégré le temps de construction des outils de travail à savoir principalement l'élaboration d'un questionnaire.

- La deuxième phase est une phase de recueil de données rétrospective. Quarante et un parcours d'accompagnement au logement sont étudiés au sein d'une même équipe. La particularité de ce travail réside dans le fait qu'il s'agit pour les travailleurs sociaux d'accompagnements *passés*, ce qui suppose un travail sur dossier impliquant un effort de

remémoration (les complications de santé ne figurent pas dans un dossier social, à la différence d'un dossier médical) et donc une contribution subjective importante. Cette subjectivité est primordiale, elle constitue la matière première de la recherche, à la fois outil et objet de travail ; en cela elle n'est pas considérée comme un biais.

Le recueil de données effectué par le travailleur social est guidé par un questionnaire explorant différents domaines de la vie de l'accompagné ainsi que plusieurs aspects de la relation d'accompagnement.

*Concernant l'accompagné*, le travailleur social recueille un ensemble d'informations auxquelles il a pu avoir accès lors de l'accompagnement, comme par exemple les informations concernant l'identification de l'accompagné (âge, ressources, métier ou formation, nombres d'années passées à la rue, etc.), ses liens familiaux, son rapport à son histoire, son rapport à la rue, son lieu de vie au moment où débute l'accompagnement (puis le logement intégré) ainsi que la manière dont il l'habite, s'il existe des « problèmes d'habiter » (problème de voisinage, de paiement de loyer, d'accumulation ou de collection d'objets, d'hygiène, intrusion de collègues, absence du sujet dans son logement, etc.).

Le dernier item concerne la relation de l'accompagné à son corps et interroge par là le soin porté à ce corps tant du point de vue de l'apparence (incurie, style vestimentaire, corps meurtri, etc.) que de la santé. Le questionnaire catégorise le recueil d'informations : antécédents somatiques et/ou psychiques (pathologies, soins, hospitalisations), survenue d'évènements de santé au cours de l'accompagnement (chute, accident, passage aux urgences, etc.), rapport de l'accompagné avec les soins (en capacité ou non de faire une demande, récusation de l'aide, etc.), évaluation a priori de l'état de santé de l'accompagné, nécessité ou non de soins d'après l'accompagnant.

*Concernant la relation d'accompagnement* le questionnaire explore le vécu de l'accompagnant, les mises à l'épreuve de cet accompagnement, les préoccupations prioritaires pour l'accompagné, les moments clés de la construction du lien d'accompagnement, et, en fin d'accompagnement, le retour sur cet accompagnement, le mode de séparation, les problèmes à résoudre vis-à-vis du logement.

Plusieurs passations du questionnaire sont effectuées, et ce à des périodes différentes de l'accompagnement (avant, pendant, après l'intégration du logement).

- La troisième phase, à venir, est une phase prospective. Le recueil de données s'effectuera sur une trentaine d'accompagnements en cours, sur plusieurs équipes de départements différents.

La deuxième phase de l'étude étant achevée, nous pouvons accéder aux **premiers résultats**. Dans ce travail de thèse, nous ne nous attachons pas à exposer le détail de ces résultats mais nous proposons d'amener les questionnements et discussions qu'ils soulèvent.

Les analyses statistiques issues des données de la deuxième phase vont dans le sens d'une **confirmation du constat de départ** : des « événements de santé » surviennent bien lors de l'accès au logement, prenant essentiellement la forme d'une exacerbation de l'éthylisme et des troubles du comportement. L'analyse des données s'appuie sur une définition de la santé relativement large, adaptée à la population étudiée, incluant notamment les comportements relevant de la perte du souci de soi et ce particulièrement dans le logement (incurie, collectionnisme, troubles du voisinage, etc.).

En parallèle de la confirmation du constat constituant l'objet initial de recherche est apparue une observation inattendue ne concernant non plus les accompagnés mais *les accompagnants*. Les complications de santé lors de l'accès au logement surviennent certes chez les personnes accompagnées, mais fait surprenant, semblent également toucher les travailleurs sociaux. Ce phénomène a émergé dans la réalité même de cette recherche-action, c'est-à-dire parmi les travailleurs sociaux engagés dans une problématique partagée. En effet, au fil des réunions de travail les chercheurs de l'ORSPERE ont relevé l'apparition d'« événements de santé » chez les professionnels de l'accompagnement, à savoir la survenue d'arrêts de travail, de démotivation, de demande de mutation ainsi qu'une démission pour cause d'épuisement. Cette observation secondaire a permis de renforcer l'attention portée aux retentissements de l'accompagnement du côté de l'accompagnant.

Les accompagnements au logement requièrent pour certains un fort investissement de la part des professionnels, conscients qu'il s'agit d'un changement majeur dans la vie du sans-abri. Intégrer un logement permet à la personne auparavant sans-abri de recouvrir l'objet social

« logement »<sup>4</sup> [1], et par là d'accéder à un autre statut, changement non des moindres qui implique entre autres un lien à l'intime différent : d'une vie « dehors » il expérimente une vie « dedans ». De plus, cette démarche vers le logement nécessite la sollicitation d'un autre, l'accompagnant. Cet accompagnant sollicite « porte » une partie de la demande de la personne sans-abri, il s'inscrit dans un binôme pour une durée variable, dépendante des conditions matérielles (disponibilité d'un logement) et du rythme de l'accompagné. Le travailleur social est engagé dans la relation et, malgré lui, est dépositaire de mouvements psychiques de son accompagné : envie, refus, colère, ambivalence, voire sentiments paradoxaux, etc. Ces accompagnements mobilisent chez les accompagnants des impressions diverses : empathie, maternage, mais aussi envahissement, sentiment d'impasse, et les poussent parfois à sortir de ce que leur cœur de métier circonscrit ou « autorise », autrement dit à se sentir en position transgressive (exemple : lors de l'hospitalisation d'un accompagné, celui-ci avait besoin d'argent : une assistante sociale a été en retard avec la carte bleue et le code du patient). L'accompagnement fait donc « vivre des choses » à l'accompagnant, qui peut parfois se sentir comme « habité » par l'accompagné. Dès lors, il est possible d'imaginer qu'après ce long travail d'accompagnement, lorsque l'installation dans le logement se produit, une transformation des modalités relationnelles a lieu, non sans répercussion. Nous pouvons penser que ce moment clé, l'intégration du logement, est générateur d'une mutation de l'accompagnement ; ce moment ne se passe pas sans instabilité, sans effet sur les personnes, accompagné comme accompagnant.

Ces événements amènent à penser la question de la « **souffrance portée** » [1]. L'accompagnement au logement concerne ici une population spécifique, les sans-abri. Cette population est dans des rapports à sa santé et à la demande de soin bien particuliers. La plupart du temps aucune plainte n'est formulée, parfois même non ressentie par la personne, la demande de soin émanant souvent de l'entourage (amical ou professionnel). L'absence de ressenti de la douleur (au sens large) peut être appréhendée par la proposition théorique de Jean Furtos : le syndrome d'auto-exclusion. Le principe du **syndrome d'auto-exclusion**

---

<sup>4</sup> Selon Jean Furtos, « **l'objet social** est quelque chose de concret comme l'emploi, l'argent, le logement, la formation, les diplômes, les troupes, etc. On en a ou on n'en a pas. On peut aussi avoir peur de les perdre en les possédant encore, ou de perdre les avantages qu'ils sont susceptibles de procurer. » « Un objet social c'est aussi quelque chose d'idéalisé dans une société donnée, en rapport avec un système de valeurs, et qui fait lien : il donne un statut, une reconnaissance d'existence, il autorise des relations (...) »

consiste à se couper de soi pour ne pas être en lien avec sa souffrance : « *pour survivre l'individu est contraint de s'exclure de sa propre subjectivité* » [1]. Cette souffrance, bien réelle même si elle est anesthésiée donc non ressentie par le sujet, peut lors d'un accompagnement suffisamment secure s'exporter en l'autre, c'est-à-dire faire vivre à l'accompagnant ce dont l'accompagné s'est coupé.

La psychanalyse, dans un cadre théorique et pratique différent, à savoir celui de la cure psychanalytique, propose la notion de transfert, à l'œuvre dans les mouvements interpsychiques de la relation analysant-analysé. Le transfert désigne « *la transposition, le report sur une autre personne -et principalement le psychanalyste- de sentiments, désirs, modalités relationnelles jadis organisés ou éprouvés par rapport à des personnages très investis de l'histoire du sujet* » [6]. René Roussillon définit un type de transfert particulier qui entre en résonance avec les théories psychosociales sus-citées. Il s'agit du **clivage du moi** et son corollaire le **transfert par retournement** « *Le sujet vient, en parallèle mais clivé de ses possibilités d'intégration, faire vivre à l'analyste ce qu'il n'a pas pu vivre de son histoire* ». L'auteur note le « *paradoxe du transfert [par retournement] : faire sentir à l'autre ce que l'on ne sent pas de soi, ce que l'on ne souffre pas de soi* » [7].

Ces notions théoriques apportent un éclairage sur les enjeux et mouvements interpsychiques de la relation d'aide, elles permettent une mise en sens de la survenue de « complications de santé » chez l'accompagnant. Ainsi, nous pouvons penser que dans certains cas l'aidant porte et, plus encore, vit la souffrance de l'aidé, alors dans l'incapacité à expérimenter celle-ci en lui car menaçante pour son intégrité psychique. Ces considérations invitent à noter l'importance des temps d'analyse de la pratique, de supervision, de reprise, offertes aux accompagnants au sein des institutions.

Si des évènements de santé surviennent au cours de l'accompagnement au logement, nous avons vu qu'ils pouvaient concerner les deux acteurs de l'accompagnement : l'accompagné comme l'accompagnant. Si le lien entre les complications de santé des deux protagonistes n'est à ce jour pas lisible, nous pouvons malgré tout supposer, en appui sur les théories précédemment citées, que l'accompagnant serait affecté dans son corps propre lorsque l'accompagné fonctionne sur le mode de l'exportation de son mal-être. En ce sens, Jean Furtos et Valérie Colin ont émis l'hypothèse du « *malaise de l'intervenant comme premier signe de la clinique psycho-sociale* » [1]. La troisième phase de la recherche aspire à apporter

le matériel nécessaire à la consolidation de ces présupposés théoriques, s'appuyant sur une analyse quantitative et qualitative des données.

Cet aperçu du contenu de la recherche engagée par l'ORSPERE articulant problématique de santé somatique et de santé mentale avec celle de l'habitat ouvre un large champ de réflexions.

Cette recherche, étudiant les complications de santé lors de l'accès au logement des sans-abri, nous montre que l'intégration d'un logement est un phénomène complexe, aux répercussions multiples. La population SDF est dans sa majorité régulièrement abritée, voire hébergée dans des dispositifs d'accueil d'urgence ou chez un proche de façon temporaire. Intégrer et investir un logement personnel, habiter, semble constituer une autre démarche, relever d'un autre processus que celui de « s'abriter » ou « être hébergé » (la possibilité ou l'impossibilité d'habiter un simple abri ne sera cependant pas abordée dans ce travail). Le fait que l'action d'habiter soit génératrice d'enjeux et de difficultés potentielles nous est apparu de manière relativement limpide au sein de la population de sans-abri ; cependant ce phénomène dépasse le cercle singulier des SDF. « *Habiter c'est mettre de soi dans un logement* » nous dit Jean Furtos [8] ; « mettre de soi » : voilà peut-être la pierre d'achoppement.

## **1.2. Questionnement : en quoi la question de l'« habiter » concerne-t-elle le psychiatre ?**

Ainsi notre travail de thèse est né des questionnements soulevés par cette recherche : pourquoi « habiter » un logement peut-il s'avérer problématique ? Quels processus psychiques sont mobilisés lors de l'intégration d'un logement ? Quelles sont les conditions requises pour pouvoir habiter ? Et plus généralement, que signifie « habiter » ?

Comme nous venons de le voir, ces questions ont émergé à partir de l'étude d'une population particulière, celle des sans-abri ; questions donc de l'ordre du « psychosocial ». Exerçant par ailleurs mes fonctions d'interne en psychiatrie au sein d'un service de psychiatrie générale<sup>5</sup>, ces questionnements firent écho avec la clinique que je rencontrais dans le champ de la pathologie mentale, la clinique psychiatrique.

---

<sup>5</sup> Service de psychiatrie adulte de secteur, hospitalisation temps plein.

En effet, la pratique clinique quotidienne nous montre qu'une partie non négligeable des patients hospitalisés en psychiatrie amène le psychiatre à constater parfois âprement leurs difficultés à intégrer un logement, se l'approprier, ne pas s'en faire expulser, y rester, s'y sentir suffisamment bien, etc. En somme, ces patients amènent un jour où l'autre le psychiatre, l'assistante sociale, et plus globalement l'équipe soignante, à faire le douloureux constat d'« échecs » itératifs des « projets de logement ». Une fois l'échec du projet advenu (au début de l'installation, en cours, ou même avant l'entrée dans le logement), ces patients réintègrent parfois le service hospitalier, du fait des mouvements psychiques inhérents à cet échec qui rendent impossible un « simple » retour à la rue, ou bien du fait du contrat passé avec les structures d'accueil. Ils suscitent alors au sein de l'équipe un sentiment inconfortable d'impasse, voire d'impuissance. Un « retour à la case départ » aux conséquences multiples : l'échec d'un projet, la ré-hospitalisation du patient, et le découragement de l'équipe. Il est tentant dans ce type de configuration de réinterroger le projet désormais caduque, d'imaginer un autre type d'hébergement peut-être plus « adapté » et d'engager de nouvelles démarches, pour un nouvel essai, un « nouveau départ ». Appartement thérapeutique ? Structure médicosociale ? Foyer thérapeutique ? Famille d'accueil ? Logement ordinaire avec ou sans visites à domicile ? Nous assistons alors à une lutte acharnée entre l'énergie soignante employée à penser et mener des projets et les processus psychiques du patient déconstruisant inlassablement ceux-ci.

Afin d'enrayer cette surenchère possiblement sans fin et d'accéder à ce que tente de nous montrer la clinique, il paraît nécessaire de s'extraire de cette impasse par la reformulation, la refonte de notre questionnement.

**Que nous disent nos patients lorsqu'ils nous montrent qu'ils n'arrivent pas à habiter ? Comment doit-on entendre ces difficultés qui se jouent sur la scène « sociale » ? Les « problèmes d'habiter » sont-ils de même nature que les « problèmes de logement » ? Les « problèmes d'habiter » concernent-ils le psychiatre ou bien est-ce une question du ressort exclusif de l'assistante sociale ? Nos patients se trompent-ils d'interlocuteur en faisant part au psychiatre de leurs « problèmes d'habiter » de manière directe, par les mots, ou indirecte par ce qu'ils montrent ?**

Il s'agit dans ce travail de tenter de comprendre ce que signifie « habiter », au-delà des définitions consensuelles. Partant de l'hypothèse selon laquelle habiter constituerait un

processus, un processus élaboré en construction depuis l'enfance, nous supposons l'existence de conditions psychiques nécessaires pour habiter, ainsi que la présence d'enjeux inhérents à ce processus. Nous pensons que, par ses « problèmes d'habiter », le patient livre des éléments intimes de sa vie psychique sur une scène différente, celle de l'habitat, et que leur repérage constitue un outil précieux pour la compréhension de la problématique du sujet. Dès lors, par l'étude de la clinique, nous pouvons nous interroger sur ce que les difficultés à habiter d'un patient révèlent de sa psychopathologie.

Si notre questionnement s'intéresse à ce que le patient exprime, montre, interroge par ses « problèmes d'habiter », **la réponse qui lui est apportée suscite non moins notre intérêt.** Dans le registre de la relation établie entre le psychiatre et son patient, nous verrons comment le psychiatre peut entendre les « problèmes d'habiter » amenés par le patient non pas comme une erreur d'adressage mais comme un adressage pertinent, ce à partir de quoi pourra découler une réponse de nature psychiatrique autant que sociale. Nous pensons par ailleurs que la question dépasse le cadre de la prise en charge individuelle et qu'il existe une réponse « collective ». En effet, le psychiatre d'exercice public travaille au sein d'un hôpital dont la politique est plus ou moins influente sur les pratiques. Dès lors, si nous pouvons nous demander **quel type de réponse apporte le psychiatre à son patient**, il nous paraît important **d'inscrire cette réponse dans le contexte plus général de la psychiatrie de secteur et de la société.** Cette tentative d'analyse plus institutionnelle nécessitera un regard historique sur l'évolution de la discipline psychiatrique et des structures au sein desquelles elle est exercée. Ainsi, sur ces questions ayant trait à l'habiter, il nous sera possible de replacer les enjeux de la relation thérapeutique patient-psychiatre dans un contexte plus général étudiant les liens entre le patient, le psychiatre, la psychiatrie et la société.

Notre travail de thèse propose donc un développement centrifuge, progressant de l'échange interindividuel à une contextualisation institutionnelle et sociétale, tenant compte de l'influence de la politique institutionnelle sur la pratique du psychiatre.

Avant même d'étudier les « problèmes d'habiter » à l'échelle du sujet, par l'analyse d'un cas clinique, et dans le but de mieux comprendre l'« habiter » et ses enjeux, il semble nécessaire au préalable de prêter attention au sens même du mot. Ainsi, en vue d'asseoir notre travail de thèse sur une base sémantique commune et de développer notre pensée en connaissance des chemins lexicologiques arborescents, nous proposons d'ancrer notre réflexion par l'étude de



l'origine, de l'évolution et des liens étymologiques d'« habiter », terme central dans notre travail.

## **2. Habiter : étymologie, liens originels**

« Avoir demeuré, être demeuré  
Avoir habité, être habité  
Le passif est encore actif  
La psychose est eue » C.Bordet et coll. [9]

Le thème de l'« habiter » a suscité de nombreux écrits dans la littérature, qu'ils soient de nature psychiatrique, anthropologique, sociologique ou philosophique. Habiter est une notion complexe, dont l'acception dépasse celle du logement, du refuge ou de l'abri.

« Les sociologues s'entendent sur ce point : **l'homme, à la différence de l'animal, ne s'abrite pas, il habite.** »<sup>6</sup> P. Dubus [1].

La satisfaction des besoins primaires constitue donc une condition nécessaire mais non suffisante pour habiter. Habiter est un phénomène propre à l'homme, et rend compte de sa complexité.

Ainsi, selon le philosophe Bernard Salignon : « *L'habiter peut être abordé comme un des fondements qui permettent de penser l'essence de l'homme, en ceci qu'il n'y a que l'homme qui habite. Et ce, depuis qu'il y a de l'homme* » [10].

Avant lui, dans sa conférence *Bâtir, Habiter, Penser*, M.Heidegger mettait déjà en évidence les liens entre homme et habiter. Le philosophe pense l'habiter comme condition de l'homme ; s'appuyant sur l'étude sémantique de sa langue maternelle, l'allemand, il nous renseigne sur l'intrication des mots être et habiter :

« *A l'origine bauen veut dire habiter. (...) Le vieux mot bauen, auquel se rattache bin, nous répond : « je suis », « tu es », veulent dire : j'habite, tu habites. La façon dont tu es et dont je suis, la manière dont nous autres hommes sommes sur terre est le buan, l'habitation. **Être homme veut dire : être sur terre comme mortel, c'est-à-dire : habiter.*** » [11].

M.Heidegger note l'oubli du sens originel du mot habiter (*bauen*) du fait de l'évolution de la langue, et insiste sur la charge symbolique de cet oubli : « *Cet évènement [l'oubli du sens*

---

<sup>6</sup> Les citations en gras dans ce travail sont soulignées par nous et non par leurs auteurs, afin de mettre en évidence ce qui nous paraissait important eu égard à notre sujet.

*propre de bauen] semble d'abord n'être qu'un fait d'histoire sémantique, de ces faits qui ne concernent rien de plus que des mots. Mais en vérité, quelque chose de décisif s'y cache : nous voulons dire qu'on appréhende **plus l'habitation comme étant l'être (Sein) de l'homme** ; encore moins l'habitation est-elle jamais pensée comme **le trait fondamental de la condition humaine**. ».* Dans cet essai, en appui sur l'étude sémantique des termes constituant l'objet de son travail, M.Heidegger propose une réflexion sur la condition humaine et ses liens à l'habiter.

Ainsi, sur les pas du philosophe, guidés par l'évolution de notre langue française, nous allons nous pencher sur le terme « habiter », sa définition et son emploi actuels, ses origines étymologiques et liens de parenté historiques et contemporains. Notre enquête sémantique va progressivement nous conduire aux liens premiers de plusieurs termes appartenant à notre langage courant, termes utilisés largement sans que ne soit toujours soupçonnée leur proximité étymologique originelle. Partant du terme central de notre travail, habiter, nous effectuerons une étude périphérique sur les vocables habit, habitude, habitus et leurs liens à l'habiter.

## **2.1. Habiter : enquête sur une famille étymologique**

### **2.1.1. Habere, habitare, habiter**

Arrimons notre travail d'enquête sémantique par l'étude du terme « habiter », au centre de notre sujet de thèse. L'abord étymologique du mot habiter est riche en enseignements, il complexifie amplement les définitions actuelles du mot. La définition actuelle du terme semble évidente et l'objectif de notre travail consiste à aller au-delà de cette définition usuelle, néanmoins il nous paraît nécessaire de commencer par l'énoncer.

Ainsi, de nos jours **habiter** se définit comme suit [12]' [13] :

*Emploi transitif.*

**Occuper habituellement un lieu.**

*Au figuré :*

**Occuper quelqu'un.** [Synonyme: *hanter, obséder, posséder*].

**Être dans.**

*Emploi intransitif.*

**Avoir sa demeure dans un lieu.**

**Habiter avec quelqu'un.** Vivre sous le même toit, partager la même demeure.

– *Littér. et biblique.* **Habiter avec.** Avoir des relations charnelles avec.

Notons tout particulièrement le contenu du sens figuré, qui réalise un retournement actif/passif du verbe : de « **habiter** » nous passons à « **être habité** », significations et emplois bien différenciés. A titre d'exemple, la psychiatrie est coutumière des deux modes, actif et passif. En effet, s'il arrive que les soignants s'inquiètent de la manière d'habiter d'un patient, ils sont principalement sensibles au fait que celui-ci est habité par des idées fixes ou délirantes (Cf. synonymes : hanté, obsédé, possédé).

Dans le même esprit, le terme **demeurer** comporte deux propositions semblables : *demeurer* ou *être demeuré*.

Demeurer signifie « s'arrêter, rester en un lieu », « passer du temps à », « rester la propriété de », « habiter, faire sa demeure dans un lieu », mais aussi « continuer d'exister » ou « continuer à être ». Il provient du latin *demorari* : « rester, s'arrêter, retarder, retenir ». Un sujet qui est demeuré est un sujet intellectuellement retardé ; le psychanalyste A.Eiguer [14] complète et nous dit à ce propos :

« *« **Celui-là est un demeuré** ». L'allusion est précise : il resterait accroché à sa demeure. Laquelle ? Celle qui l'a vu naître et grandir. Autrement dit le demeuré est celui qui n'a pas quitté les siens. Qui est resté accroché à eux, faute des capacités psychiques suffisantes pour son émancipation. Le mot semble avoir cette origine : **il cible les pauvres d'esprit qui ne quittent pas la demeure parentale ou familiale.**(...) La métaphore souligne que celui qui part, qui s'éloigne, témoigne de la maturité, à l'opposé de celui qui demeure et reste comme un enfant. Déjà effleure l'un des sens profonds du déménagement : avec chaque déménagement on reproduit le geste d'émancipation initial, le départ de chez ses parents. Et les jeunes enfants lorsqu'ils déménagent avec eux, répètent le **premier grand voyage : la naissance**. »*. Cette digression lexicale enrichie des propos de l'auteur nous donnent un aperçu de l'ouverture que permet l'étude sémantique du mot. Revenons cependant à notre terme, habiter.

Si la définition actuelle d'habiter semble conforme aux représentations contemporaines classiques du mot, l'apport étymologique met en lumière la palette sémantique originelle et nous renseigne sur la richesse et la complexité de cette notion.

Ainsi, en latin l'incontournable *habere (habeo)* a produit, entre autres, les termes suivants : *habitare, habitus, habitudo, habitatio, et habitaculum*, sur lesquels nous proposons de nous arrêter un moment.

Habiter provient donc littéralement de *habitare (habito)* [15] qui signifie « avoir souvent, habiter, occuper ».

*Habitare* est un fréquentatif de *habere (habeo)*, racine étymologique majeure, dont le sens général est « tenir ». Outre « tenir », *habere* recouvre un éventail sémantique large. Le sujet de notre travail nous amène à considérer tout particulièrement les définitions suivantes, appartenant au sens propre d'*habere*:

avoir, avoir en sa possession

garder, tenir

**porter un vêtement**

**habiter, se tenir quelque part**

*se habere* ou *habere* seul : se trouver, être

Nous constatons ici que les termes habiter et porter un habit, aux emplois usuels bien différents, se côtoient au sein des définitions de *habere*.

Examinons à présent les dérivés de ces deux racines principales que sont *habere* et *habitare*.

*Habitare (habito)* est à l'origine de deux substantifs suscitant notre intérêt :

- *habitatio* qui signifie « habitation, action d'habiter, logement, loyer », et

- *habitaculum* dont le sens propre est « demeure », et le sens figuré, requérant davantage notre attention, est « **demeure de l'âme, c'est-à-dire le corps** ». *Habitaculum*, dérivé de *habitare*, à l'origine entre autres de « habitacle », contient donc dans son sens premier l'idée selon laquelle le corps est la demeure de l'âme. Le corps comme habitacle de l'âme, de la pensée. Nous reviendrons sur ces questions et sur le fait qu'habiter renvoie l'homme à ses premières expériences en la matière, à savoir son premier habitat (et habitacle), le ventre maternel.

Poursuivons notre enquête étymologique. Nous découvrons alors que *habere* (*habeo*) et *habitare* (*habito*) sont également à l'origine des synonymes latins *habitus* et *habitudo*.

**En latin**, *habitus* s'entend en tant que participe et substantif :

***Habitus, a, um***, participe de *habeo* (*habere*)

Bien portant, bien en chair

***Habitus, us, m***, substantif de *habeo* (*habere*)

Manière d'être, dehors, aspect extérieur, conformation physique, attitude, contenance

Mise, tenue, **vêtement, costume**

Manière d'être, état

**[philo]** Manière d'être acquise, disposition physique ou morale qui ne se dément pas.

*Habitus* possède une triple destinée : habit, habitude et habitus. Il constitue tout d'abord l'origine latine des deux termes **habit** et **habitude**. Par ailleurs, outre sa composante latine, *habitus* possède également son évolution propre, en tant que terme faisant intégralement partie de la langue française. Ainsi, dans ce qui suit nous allons voir quels sont les desseins sémantiques de ce terme phare.

### 2.1.2. Habit, habitude, habitus

Conformément à ce que nous venons d'esquisser, « habitus » constitue l'origine de nos coutumiers « habit » et « habitude » avant d'acquérir sa singularité. Etant donnés les liens privilégiés de ces trois termes, il nous paraît opportun de s'arrêter sur chacun d'eux.

#### 2.1.2.1. *Habitude*

L'habitude est définie aujourd'hui comme suit : « *manière de se comporter, d'agir, individuelle, fréquemment répétée* », également « *usage d'une collectivité, d'un lieu* » ou encore « *le fait d'être constamment en contact, en relation, d'éprouver constamment, par lequel se crée la familiarité* ». Par ailleurs, la définition ancienne et désuète de « habitude » est « **complexion, constitution d'un être** » [13].

« Habitude » comporte une double ascendance étymologique : le terme provient des deux racines latines *habitus* et *habitudo*. Le sociologue F.Héran nous rappelle l'évolution de leurs liens premiers :

« Dans le latin du XIII<sup>ème</sup> siècle, à l'inverse des usages actuels mais en conformité avec le latin classique, **habitudo** était un mot plus rare et plus savant qu'*habitus*, ayant surtout le sens de « **complexion** » ; il commençait seulement à signifier « habitude », en sorte qu'il revenait encore au mot *habitus* de prendre en charge cette dernière signification. » [16].

Notons que la définition ancienne et désuète de « habitude » résonne très directement avec sa racine étymologique *habitudo*.

Les liens entre habitude et *habitus* sont source de nombreux écrits philosophiques. Citons simplement Merleau-Ponty qui, plus qu'à la différenciation *habitus*/habitude à laquelle tenaient certains auteurs tels Husserl, s'est surtout intéressé à la distinction habitude/coutume. Merleau-Ponty parle des « *habitus* du corps » sans distinction franche avec les habitudes, et dit de l'habitude qu'elle « *n'est ni une connaissance ni un automatisme* », c'est « *un savoir qui est dans les mains* » [17].

Nous avons vu que habitude et habit possédaient la même racine. Force est de constater qu'il en est de même pour un couple synonyme, le couple **coutume-costume** : tous deux proviennent du latin *suescere* (s'habituer, s'accoutumer) et plus loin encore du grec *ethos*.

Habitude et habit, coutume et costume, deux couples inséparables comme l'atteste l'étymologie.

### 2.1.2.2. **Habit**

« Habit » est le seul de sa famille lexicale à provenir de la famille étymologique dont fait partie *habitus*. Ainsi, « habit » prend de *habitus* les sens de « vêtement, costume, tenue » et « manière d'être ». Nous resterons attentifs à ne pas lier abusivement habiller et habit qui ne possèdent pas la même racine latine, même si habiller a été influencé par habit en ce qui concerne la graphie. Habit semble se démarquer de la famille composée de habiller, habillage, habillement (mais aussi billard, billot ou bilboquet), famille par ailleurs plus récente, provenant très certainement du latin « *bilis* » (tronc d'arbre, bille de bois).

L'habit n'est donc originellement pas un vêtement comme les autres ; il est intéressant de remarquer que habit est plus proche de « manière d'être, de se tenir », plus proche donc de la famille de 'habiter, *habitus*, habitude' que celle à laquelle appartiennent 'habiller, habillage, habillement'.

« A l'origine **habit ne désignait pas n'importe quel vêtement** mais une forme typique, une sorte d'uniforme : habit du moine, habit du chevalier, équipement du soldat, etc. Il s'agissait

*d'une apparence établie donnant à voir de quelles fonctions le porteur était, dans tous les sens du terme, investi et l'autorisant à agir conformément à ces fonctions.*

*Ce qui explique pour une part le lien avec la notion d'habitude. La liaison habitude/habit trouvera plus tard, par le biais d'un emprunt à l'italien, un parallèle sémantique remarquable dans le doublet *coutume/costume*, comme l'avait d'ailleurs relevé E. Goblot. **Pas plus que l'habit, le costume n'est un vêtement ordinaire.** C'est la fixation sur l'individu d'une forme typée ou, si l'on préfère, d'un **habitus collectif objectivé** », F. Héran [16].*

Ainsi, l'habit ne se départit pas de ses liens avec l'habitude et nous montre ses rapports à l'habitus.

Notre discipline fournit plusieurs exemples de ce qu'est l'habit dans son sens premier.

Nous pensons tout d'abord à la **blouse** portée par les médecins, ou tenue de bloc opératoire pour les chirurgiens. En effet, cet habit indique dans quel type d'environnement le sujet travaille, quelles sont ses fonctions et quel est son grade. En outre, dans les établissements hospitaliers cet habit fonctionne fréquemment comme un laissez-passer, à tel point que la justification de l'identité de l'homme ainsi vêtu en devient parfois superflue. Autrui sait, a identifié l'homme en blanc avant tout échange verbal.

*« C'est en effet l'institution qui prête ce vêtement en échange du travail, il ne sera porté que pour entrer en scène, pour jouer sa représentation » fait remarquer le Docteur Maryse Beder. Un vêtement n'est pas seulement un tissu, c'est une marque d'identité, un signe de reconnaissance, un statut, celui de la « blouse blanche ». » G.Francequin [18].*

Les médecins n'ont bien sûr pas toujours été habillés de blanc, l'habit du médecin a connu une évolution intéressante. Nous reprendrons cette question dans notre dernière partie, et ce tout particulièrement concernant la psychiatrie, spécialité dans laquelle les psychiatres se sont à un moment donné pour ainsi dire « déshabillés ».

Notons que le corollaire de la blouse médicale, son fidèle partenaire, est le **pyjama** des malades. Souvent bleu, il affiche le statut de soigné. Les uns debout, vêtus de blanc, les autres habillés de bleu, allongés : le risque de confusion est éliminé.

Enfin, le dernier habit, non des moins prestigieux, est revêtu en certaines occasions. Il s'agit de la célèbre **robe ou toge universitaire de médecine**, celle qui, par sa coupe, ses tissus et ornements offre à autrui la capacité d'identification immédiate des fonctions et grade de l'homme ainsi vêtu. La codification de cet habit est rigoureuse, il s'agit pour la robe de cérémonie d'une robe en satin cramoisi et simarre en soie noire, comportant un rabat de

batiste, une chausse en satin cramoisi avec trois rangs d'hermine, une ceinture en ruban noir avec franges et torsades en soie noire, une toque en satin cramoisi avec un galon d'or. Une forme plus simple, la robe de cours ou petit costume, est une robe en étamine noire avec revers en satin cramoisi et simarre en soie noire. Les robes de docteurs en médecine, sciences, droit, théologie ou lettres se distinguent notamment par un code de couleurs.

Toge, blouse et pyjama, voici les principaux habits rencontrés en médecine, rendant compte de l'effort disciplinaire de catégorisation et de différenciation statutaire et hiérarchique. Nous aurons l'occasion d'y revenir ultérieurement.

Après cette illustration vestimentaire, poursuivons l'exploration des liens existant entre habit, habitude, et habitus. Ainsi, F.Héran nous dit :

*« L'absence de cloison étanche entre les usages savants et les usages populaires se vérifie dans le fait que **habitus et habit n'ont cessé de faire couple**. Sur le plan sémantique, d'abord, comme en témoigne la formule classique : 'Sicut vestis corpus, ita habitus animam vĕstit' (« **L'habitus habille l'âme comme le vêtement le corps** », adage cité autrefois par les grammairiens latines qui voulaient illustrer la syntaxe de l'analogie). Et, bien sûr, sur le plan morphologique : bien avant qu'il n'y ait des sociologues, les interventions savantes dans le langage avaient figé un emploi d'**habitus** « en latin dans le texte », cependant que le mot (...) poursuivait sa carrière propre en devenant **habit**, avec les deux sens **d'apparence corporelle ou vestimentaire et d'habitude**, que se sont ensuite répartis le français et l'anglais ».*

Ainsi, l'habit conserve des liens avec l'habitus et l'habitude, liens oubliés, maquillés, qui ne nous apparaissent pas clairement de prime abord. Nonobstant ce camouflage partiel du fait de l'emploi usuel très différencié de ces mots, habit, habitus et habitude appartiennent bel et bien à la même famille sémantique, famille ancienne de laquelle relève également habiter.

### **2.1.2.3. Habitus**

Comme nous venons de le voir habitus, dans son évolution sémantique, a tout d'abord constitué l'origine de habit et habitude. Cependant, le terme est passé dans la langue française, « en latin dans le texte ». Ainsi, le substantif « habitus » a intégré la langue française en 1586. Actuellement, il comporte en tant que tel deux définitions, médicale et sociologique, bien que la philosophie se soit également intéressée à cette notion, et ce depuis fort longtemps.



La définition sociologique de l'habitus est : « *manière d'être d'un individu, liée à un groupe social, se manifestant notamment dans l'apparence physique (vêtements, maintien, voix, etc.)* ».

Sur la fin des années 1960, P.Bourdieu a repris le concept d'habitus en sociologie, concept qui avait déjà intéressé nombre de sociologues tels M.Weber[19], N.Elias[20], M.Mauss[21], A.Schütz, E.Goffman. Rappelons que la sociologie s'est approprié un concept qui avant elle avait été traité par les philosophes. La reprise sociologique du concept d'habitus s'appuie donc sur une tradition philosophique, perpétuée depuis Aristote.

Le sociologue P. Bourdieu a pensé sa théorie de l'habitus comme une alternative aux deux courants théoriques sociologiques forts que sont subjectivisme et objectivisme. « *De toutes les oppositions qui ruinent le plus la science sociale, la plus fondamentale et la plus ruineuse est celle qui s'établit entre subjectivisme et objectivisme. (...) Une science du monde social ne peut se réduire ni à une phénoménologie sociale ni à une physique sociale.* » [22]

Entre le subjectivisme convaincu de la primauté de la liberté du sujet sur l'action de celui-ci, et l'objectivisme, pensant l'action du sujet comme un comportement indépendant de la conscience et entièrement régi par un ensemble de règles prédéterminées, P.Bourdieu a conceptualisé une théorie intermédiaire, dans laquelle l'action du sujet ne serait ni complètement libre et indépendante, ni totalement contrainte et extérieure au sujet.

« *Les conditionnements associés à une classe particulière de conditions d'existence produisent des **habitus**, systèmes de dispositions durables et transposables, structures structurées prédisposées à fonctionner comme structures structurantes, c'est-à-dire en tant que principes générateurs et organisateurs de pratiques et de représentations qui peuvent être objectivement adaptées à leur but sans supposer la visée consciente de fins et la maîtrise expresse des opérations nécessaires pour les atteindre, objectivement « réglées » et « régulières » sans être en rien le produit de l'obéissance à des règles, et, étant tout cela, collectivement orchestrées sans être le produit de l'action organisatrice d'un chef d'orchestre.* ».

« *Produit de l'histoire, l'habitus produit des pratiques, individuelles et collectives, donc de l'histoire, conformément aux schèmes engendrés par l'histoire; il assure la présence active des expériences passées qui, déposées en chaque organisme sous la forme de schèmes de*

*perception, de pensée et d'action, tendent, plus sûrement que toutes les règles formelles et toutes les normes explicites, à garantir la conformité des pratiques et leur constance à travers le temps ».*

Ainsi, l'habitus, les habitus, seraient en quelque sorte des dispositions construites dans l'histoire, empreintes du passé, mais suffisamment malléables permettant, en s'actualisant, une adaptation aux conditions présentes et à venir.

Voici donc un aperçu de la conception sociologique de l'habitus, en appui sur l'héritage philosophique. Laissons à présent les abords philosophique et sociologique pour explorer l'acception médicale de ce terme.

L'habitus est une notion de tradition ancienne en médecine. La définition médicale de l'habitus que fournissent les dictionnaires contemporains [23] est la suivante : « **apparence générale du corps, en tant qu'indication de l'état général de santé ou de maladie** ».

*« Indépendamment de toute référence à la scolastique, le mot a perduré dans le vocabulaire médical pour désigner l'apparence extérieure en tant qu'elle traduit un état général du sujet. Aujourd'hui encore, un médecin qui connaît ses classiques parlera spontanément de « l'habitus de l'hypothyroïdien », de « l'habitus tuberculeux » et de bien d'autres « habitus morbides ». » [16].*

En médecine l'habitus est donc considéré comme un indicateur, un indice, faisant partie du recueil séméiologique de l'examen clinique. L'étude de l'habitus du patient peut se révéler précieuse, tant en médecine somatique qu'en psychiatrie. Observer et caractériser « l'habitus du patient » permet de recueillir un indicateur « externe » de l'état clinique « interne » du malade. Il s'agit en d'autres termes de considérer ce que le sujet exhibe, soumet au regard de l'autre, de la manière dont il habite son corps. Cependant, il nous faut pondérer l'équation simpliste « dedans mis au dehors », car l'habitus est à l'interface entre l'individu et l'environnement, puisqu'il renseigne *autrui* sur l'état de santé d'un sujet. Ainsi, l'habitus n'est pas exempt des enjeux de la relation, et de ce que le sujet « choisit » de montrer à *autrui*.

L'habitus intéresse donc le clinicien en cela qu'il offre une première appréciation de l'état clinique du patient, par le repérage des souffrances ou du bien-être « intérieurs » accessibles à *autrui* car exprimés à « l'extérieur », appréciation à pondérer bien évidemment par les enjeux relationnels.

Nous pourrions dire, en somme, que **l'habitus se pose comme *habit* de la santé et de la maladie.**

Si la notion d'habitus est employée en médecine somatique, il est une spécialité où l'habitus est bien particulier : la psychiatrie. En effet, la discipline ne manque pas d'exemples : nous pourrions parler de *l'habitus du schizophrène* marqué par la dissociation comportementale, la bizarrerie et la fixité du regard, de *l'habitus du mélancolique* fait de froideur et de détermination, de *l'habitus de l'hystérique* parfois théâtral ou caméléon, de *l'habitus de l'éthylique*, rougeau, voire titubant, et même de l'habitus de ceux qui sont entravés dans leurs mouvements par un syndrome extra-pyramidal, raides et hypersialorrhéiques, ceux que l'on qualifie de « neuroleptisés ».

Ainsi, l'habitus serait une sorte de témoin de la manière dont le sujet habite son corps, ou tout du moins de ce qu'il en expose à autrui, au socius. Cette notion, comme nous l'avons vu, a été largement employée en médecine, discipline qui s'occupe de *malades*, qui soigne la maladie. Mais au fait, que signifie être « malade » ?

#### **2.1.2.4. La maladie : un mal d'habiter ?**

L'étymologie nous rappelle en force, et nous apporte de nouveau un enseignement surprenant : **le mot « malade » au centre de la discipline médicale provient de la contraction de « *male habitus* » qui signifie « qui se trouve en mauvais état ».** Le malade est donc celui qui a un *mauvais habitus*, c'est-à-dire qui est *en mal d'habiter son corps* : « *mal habité* » car « *habité par le mal* » ?

Le fait d'habiter et d'être malade sont donc en lien. Le malade, sujet « qui se trouve en mauvais état », exprime donc une partie de sa souffrance par le biais de son apparence, de sa manière d'être, de ce que finalement il donne à voir au clinicien : « un habitus mauvais, malheureux » comme le sous-tend l'origine du mot.

La recherche sur les complications de santé lors de l'intégration d'un logement part donc de l'intuition selon laquelle le fait d'habiter un logement peut rendre malade, le fait d'habiter l'autre, aussi. La clinique psychiatrique, quant à elle, nous montrera que le fait d'être malade peut entraver le processus d'habiter.

Si l'habitus constitue une sorte de « projection partielle » de l'état clinique du sujet, si la maladie est un état dans lequel le sujet est en mal d'habiter son corps ou sa psyché, nous

pouvons nous interroger, en appui sur nos développements précédents, sur la fonction semblable d'indicateur qu'offre l'étude de la manière d'habiter d'un sujet. De fait, le clinicien qui s'intéresse à l'habitus de son patient n'est-il pas sensible à sa manière d'habiter ? Nous pensons tout d'abord à la manière dont le patient habite son corps, mais aussi son identité, son histoire, sa pensée. Forts de ces réflexions, nous pouvons aller plus loin en étudiant aussi sa manière d'habiter son logement, son « chez-soi ». En effet, nous postulons qu'habiter un logement, en faire un « chez soi », nécessite des conditions préalables, des prérequis, comme pouvoir habiter son corps, son identité, sa pensée, son histoire, sa filiation. Habiter un lieu devient possible si le processus de s'habiter soi-même en tant que sujet est suffisamment libre, non entravé. Nous verrons, à travers l'illustration clinique proposée, que le processus de l'habiter peut être troublé voire empêché du fait de dysfonctionnements de processus plus archaïques.

Dans cette partie, nous venons de balayer l'éventail sémantique étymologique de habiter, de définir la lignée généalogique à laquelle il appartient, lignée dont le point de départ est *habere*. Cette enquête a permis de mettre en lumière les liens originels de « habiter » avec habit, habitude, habitus, et de mieux saisir l'importance des retentissements sémantiques de ces affinités étymologiques.

Nous proposons de clore cette partie par une synthèse ayant pour objectif de faire circuler les sens et liens explorés entre les mots de cette grande famille qu'est celle à laquelle appartient habiter.

## **2.2. Habiter : liens de famille.**

« *Habit, Habitant, Habitude.*

*Mon premier est le contenant, Mon second est le contenu, Mon troisième définit le parcours répétitif et fermé de l'ensemble, l'Homme. » Y. Leclercq [24].*

Comme nous venons de le voir, la recherche étymologique sur l'habiter dévoile les liens de parenté entre les trois vocables « habiter », « habit » et « habitude ».

Le fait d'habiter renvoie donc à des notions parentes, originellement en lien, corrélations présentes en transparence ou au premier plan. L'action d'habiter, action intentionnelle propre à l'humain, évolue dans un environnement dans lequel se côtoient « habit » et « habitudes ».

Habiter est le fruit du tissage des liens entre l'habitant et l'habitat, liens constitués en partie par l'« habit » et l'« habitude ».

« On voit comment habiter, faire sa demeure, a quelque chose à voir avec ce que l'on possède en soi, ce que l'on porte sur soi (les vêtements) et que cela s'active à travers les habitudes »  
V. Colin [25]

« Se constituer son « chez soi », c'est investir un lieu et le posséder par l'appropriation, y faire habiter son corps, y faire habiter ses objets. L'habitat est à la fois le nid, l'habit, le repère. » N. Leroux [26]

« Investir un lieu ».

Investir provient de *investire*, revêtir, garnir, entourer : de *in-* (dans, sur) et *vestis* (vêtement). Voici donc encore l'habit, déguisé... Investir un lieu, intégrer un logement comme on endosse un vêtement. L'habitat : autre habit ?

L'habitat et l'habit protègent, ils s'imposent comme limite entre le dehors et le dedans, tout en traitant conjointement du dehors *et* du dedans, car tous deux camouflent et dévoilent à autrui un certain rapport du sujet à son intime. L'habitat comme deuxième peau ? Voilà probablement une de ses fonctions.

Si habiter signifie en partie « investir un logement », cela résonne avec la définition que propose Jean Furtos, évoquée précédemment : « *habiter c'est mettre de soi dans un logement* ». *Mettre de soi* dans un logement : mettre une part de sa subjectivité, de son psychisme mais aussi son corps ; « *y faire habiter son corps* » dit encore N. Leroux. Pour *faire habiter son corps* dans un logement, ne faut-il pas déjà être en mesure d'*habiter son corps* ? Le corps, support de l'habit, ciment de l'habiter. Comme nous l'avons vu, *habitaculum* signifie demeure/logement mais aussi « demeure de l'âme c'est-à-dire le corps ». S'esquissent ici les liens entre corps et habiter.

Par ailleurs, l'auteur parle de l'habitat comme « *repère* ». Notons qu'il ne s'agit pas du *repaire*, « lieu qui sert de refuge à une bête sauvage », qui en appelle à l'abri dans la vie animale. *Repère*, donc, comme élément nécessaire à la création d'une habitude.

L'habitude se construit par la répétition de gestes, de trajets, de comportements et ce dans un espace-temps empreint de repères. L'habitat en est un. Le changement quotidien

d'hébergement peut ainsi être entendu comme un mouvement luttant contre l'implantation d'habitudes (l'*habitude* du *changement* : deux termes antinomiques). En cela il ne permet pas le déroulement du processus d'habiter.

« *Trouver un lieu pour soi (...) c'est trouver un lieu qui permette de déposer et de reproduire ses habitudes, l'habitude, c'est ce qui permet une continuité d'existence, c'est la **pulsion de mort qui est stabilisée, elle est canalisée dans nos habitudes.*** »

« *Habiter, c'est l'action du sujet humain sur un lieu et sur des objets pour en faire son enveloppe, son habit, ses habitudes.* », V. Colin.

N. Leroux nous dit encore : « *Sont habités tous les territoires où se répètent les gestes du quotidien.* »

Dans cette première partie, les questionnements soulevés par une recherche en clinique psychosociale nous ont amené au déploiement du champ lexical auquel appartient l'habiter, rendant compte de la complexité de cette notion. Ainsi, après avoir étudié les aspects sémantiques de l'habiter, nous proposons d'explorer notre thème au travers de la clinique psychiatrique, en appui sur nos développements précédents. Le cas clinique d'un patient relevant de la discipline psychiatrique va être le support d'une réflexion sur l'habiter, « en pratique ».

## DEUXIEME PARTIE : De la clinique psychosociale à la clinique psychiatrique

---

### *1. Clinique psychosociale et inversion séméiologique*

Reprenons notre questionnement de départ : que nous disent nos patients quand ils n'arrivent pas à habiter ? Se trompent-ils d'interlocuteur en faisant part au psychiatre de leurs difficultés pour habiter ? Est-ce une question du domaine exclusif de l'assistante sociale ?

Tenter de répondre à ces questions, c'est penser que le social et le soin ne fonctionnent pas de manière isolée, penser que des liens entre les deux existent et doivent perdurer.

Ainsi, afin de répondre à ces questions nous avons besoin de commencer par définir la clinique psychosociale, clinique qui propose d'élargir le champ de la clinique psychiatrique classique.

Jean Furtos définit **la clinique psychosociale** comme « *la prise en compte d'une souffrance psychique qui s'exprime sur les lieux du social* » [27].

Jean Furtos et Valérie Colin ont décrit « les invariants de la clinique psychosociale » [28], énonçons-les :

- L'expression de la souffrance psychique se fait **sur les lieux du social**,
- On observe un rapport à la précarité dans ses aspects sociaux et psychiques,
- La problématique de la rupture identitaire est posée de manière insistante,
- La souffrance psychique est différenciée de la maladie mentale, même si la maladie mentale peut faire partie du champ puisque les malades mentaux souffrent aussi de souffrances psychiques dont ils se défendent à leur manière,
- Il s'ensuit que l'on doit accepter le fait suivant : **les usagers ne présentent pas par erreur leur souffrance psychique (explicite ou implicite) à des non-psys** ; en vérité, ils ne se confieraient pas spontanément à des psys, ils pourraient même en récuser la possibilité,
- Les aidants sont donc mis en position de répondre à cette souffrance psychique par une attitude compréhensive, **non expulsive**,
- Pour y répondre, il y a lieu, pour l'aidant, **d'accepter une suspension des causalités médicales, sociologiques, politiques**. Ce qui se passe entre cette personne et le professionnel est le fondement de toute clinique, dans une institution donnée,

- Les effets de la souffrance psychique, pour la personne aidée, empêchent l'insertion dans le présent ; comment avoir un avenir, la possibilité même de l'avenir ?
- Sur les intervenants, l'effet de la souffrance psychique est de les amener à un degré de malaise et d'indétermination professionnelle qui nécessite une réflexivité et fonde les pratiques de santé mentale en réseau. **Le mal-être des intervenants fait partie de la clinique psychosociale, il en est presque la condition.**

Dans le cadre de notre travail, un des invariants de la clinique psychosociale retient particulièrement notre attention. Il s'agit du fait que « les usagers *ne présentent pas par erreur* leur souffrance psychique à des non-psys ». Jean Furtos nomme ce phénomène « **l'inversion séméiologique** », appartenant plus globalement au « monde à l'envers de la paradoxalité ». Ce phénomène résulte de l'activation de défenses paradoxales [29].

L'inversion séméiologique est une situation paradoxale en ce que « *les signes psychiatriques apparaissent sur les lieux du social, là où en principe on ne peut les écouter trop longtemps ni les traiter, tandis que les stigmates du manque des objets sociaux occuperont le devant de la scène du soin* ».

*« Il convient d'accepter le paradoxe que les contenus mentaux comme les objets sociaux sont amenés là où ils ne peuvent, en principe, être traités, mais certainement pas d'en rester là ; le psychiatre ne va pas trouver un logement, mais il pourra écouter l'impossibilité d'habiter, et le travailleur social pourra écouter les récits traumatiques en acceptant de ne pas y toucher ni de les orienter trop vite vers la psychiatrie. »*

*« L'inversion séméiologique constitue le socle paradoxal du syndrome dit « de la patate chaude », et donne aux institutions l'obligation de collaborer et de s'entraider, sans confusion de rôle ni dilution de compétence. »*

Le patient va donc déposer chez le psychiatre des questions ou demandes « sociales » qu'il serait facile pour le psychiatre de relayer à l'assistante sociale. Le patient ne dit pas au médecin ce que celui-ci sait entendre, et livre à l'assistante sociale des éléments psychiques dont elle est embarrassée. Chaque intervenant pourrait ainsi déléguer à son collègue les demandes et propos qu'il interprète comme étant mal adressés par le patient, et par là s'empêcher de recevoir ces données sous un angle clinique.



A l'opposé, il ne s'agit pas non plus de confondre les rôles, c'est-à-dire « psychiatriser » le social, et inversement. Le médecin ne doit pas devenir « assistante sociale » et l'assistante sociale ne doit pas jouer « le rôle du psychiatre ».

Ainsi, dans le but du soin au patient, il est impératif de recueillir ces éléments cliniques, de ne pas les perdre du fait de cet adressage paradoxal. La clinique est là, simplement elle se présente différemment. Elle se déplace, et le moyen de la reconnaître et d'aller la chercher est le travail en réseau.

Ainsi, en appui sur ces points théoriques, nous pensons que l'habiter est un processus qui, lorsqu'il dysfonctionne, constitue un paradigme de la clinique psychosociale. Les patients qui souffrent dans leur habiter, s'adressent au médecin pour les questions de « logement » et peuvent en parallèle inquiéter les travailleurs sociaux par l'expression de leur pathologie psychiatrique. Il nous paraît important de se saisir de cette inversion paradoxale, de l'identifier et d'en extraire le contenu « psychiatrique », c'est-à-dire, en l'occurrence, le sens psychique et psychosocial. Le psychiatre peut entendre tout d'abord qu'il est difficile pour le patient d'exprimer directement sa souffrance psychique au psychiatre, et deuxièmement que le patient lui dit malgré tout quelque chose de sa souffrance psychique en exprimant ses difficultés pour habiter. Nous revenons là à ce que signifie habiter, ce que le processus sollicite et nécessite. Nous pensons que pour habiter un « chez-soi » le patient doit pouvoir habiter son « soi », c'est-à-dire son corps, son identité, sa pensée, son histoire, en somme les composantes de sa subjectivité. Ainsi, en faisant part de ses difficultés pour habiter un logement le patient dit au psychiatre qu'il est entravé dans l'habiter de son être. Nous voyons avec cette lecture qu'il s'agit bien de souffrance psychique, de demande qui concerne en partie la psychiatrie.

Le cas de Monsieur N que nous allons développer illustre ces deux points. Nous allons voir que ce patient informe les intervenants du soin et du social de sa souffrance de manière paradoxale, selon le procédé de l'inversion sémiologique, et dit comment il se trouve dans l'incapacité d'habiter un « chez-soi », et avant cela d'habiter son « soi ».

## ***2. Monsieur N et son habiter***

Je rencontre Monsieur N pour la première fois en janvier 2008, lors de mon troisième semestre d'internat de psychiatrie que j'effectue alors dans un service de psychiatrie adulte, unité d'hospitalisation à temps complet, au sein du Centre Hospitalier Le Vinatier.

Le suivi de ce patient commence à l'occasion de son hospitalisation d'une durée de trois mois (janvier à avril 2008), et se poursuit dans le cadre de consultations pendant six mois (avril à fin octobre 2008).

### **2.1. Présentation clinique**

#### **2.1.1. Motifs d'hospitalisation et situation du patient au moment de son arrivée aux urgences**

Mi-janvier 2008 Monsieur N est conduit aux urgences d'un Centre Hospitalo-Universitaire par les forces de police car il aurait déposé des lettres et colis d'allure piégée dans les boîtes aux lettres des banques lyonnaises, avec pour conséquence l'intervention d'équipes de déminage. Une hospitalisation d'office (HO) est réalisée à l'hôpital général avant le transfert du patient aux urgences d'un Centre Hospitalier spécialisé.

Monsieur N est un patient d'origine Angolaise au statut de réfugié politique. Il est célibataire sans enfant. Il n'a pas d'emploi, pas de revenu ni ressource. Il est à cette époque sans domicile fixe et dit ne pas avoir d'entourage. L'équipe des urgences note une présentation incurie. Monsieur N revêt un « accoutrement étrange » et transporte ses affaires personnelles, de très nombreux vêtements notamment, dans un caddie. Il dit avoir beaucoup voyagé.

Après quelques heures passées aux urgences le patient est transféré dans le service de psychiatrie générale dont il dépend.

#### **2.1.2. Entretiens psychiatriques**

Les premiers entretiens dans le service nous paraissent laborieux et assez semblables, du fait de la sédation du patient mais également de sa méfiance, de la rétention verbale dont il paraît faire preuve. Monsieur N est calme, physiquement impressionnant: il s'agit d'un homme d'origine africaine de grande taille au regard sombre et dur, à la démarche presque

majestueuse, lente et retenue. L'homme inquiète, moins par sa carrure imposante que par le caractère énigmatique et mystérieux du personnage.

Monsieur N se présente. Il affirme avoir 19 ans (alors que son année de naissance notée par les urgences est 1962), être le fils de la Reine d'Angleterre et d'un père autrichien « chef » en Irak. Il dit être marié à cinq femmes, dont Muriel Hurtis (athlète française), qui habitent Toulon, Paris, en Italie, en Espagne, et aux Pays Bas.

Sur le plan professionnel, il dit être mannequin, athlète de haut niveau, mais également « *chef de la brigade polizei kriminal 75W* » (les mots « *Polizei kriminal* » constitueront sa signature sur les papiers d'information concernant son mode d'hospitalisation). C'est en cette qualité de chef de brigade qu'il dit avoir interpellé les policiers. Sa version des faits précédant son arrivée à l'hôpital est la suivante:

*« Je suis allé avertir les policiers que j'allais dormir à l'hôtel de ville. Ils mangeaient un sandwich, je leur ai proposé de les inviter au restaurant. Ils m'ont répondu qu'on allait d'abord passer au commissariat, je les ai donc suivis. ».*

Sur le plan social, Monsieur N nous explique qu'il était récemment hébergé chez un ami, mais que celui-ci est jaloux, lui veut du mal, a volé sa carte bleue. Il a donc quitté le domicile de cet ami pour vivre quelques jours dans la rue en attendant de rentrer sur Toulon.

Il reconnaît se déplacer avec comme unique bagage un caddie. Il dit avoir perdu ses papiers et vivre des revenus de ses compétitions d'athlétisme ainsi que des défilés de haute couture ayant eu lieu ces derniers mois.

Lorsque nous questionnons l'existence d'un entourage amical ou familial, Monsieur N nous répond qu'il n'a pas de famille.

Les deux premiers entretiens avec Monsieur N se révèlent insatisfaisants quant à la représentation que l'on peut avoir de cet homme et son environnement. S'il est en partie possible d'évaluer la symptomatologie clinique, nous sommes confrontés à une anamnèse et une biographie lacunaires. Etant donné l'incapacité du patient, à ce moment de la prise en charge, à livrer ses antécédents et à mettre en récit son parcours, nous sommes contraints de trouver d'autres sources d'informations. L'examen attentif du dossier médical ainsi que la réalisation d'entretiens familiaux nous permettent de recueillir les antécédents du patient ainsi

que des éléments biographiques supplémentaires et par là d'entamer une reconstitution d'une partie de l'histoire du patient.

### 2.1.3. Antécédents

- **Sur le plan somatique**

A notre connaissance il n'existe pas d'antécédent médical ni chirurgical.

- **Sur le plan psychiatrique**

D'après les dires de l'entourage du patient rapportés dans le dossier les troubles de Monsieur N auraient débuté quelques années avant son arrivée en France.

Monsieur N a été hospitalisé à plusieurs reprises dans l'établissement (dans son service de secteur) pour la prise en charge d'une pathologie schizophrénique:

- La première hospitalisation a lieu en 1999. Monsieur N est hospitalisé pour « *état délirant avec éléments maniaques* » (thèmes délirants relevés identiques à ceux constatés lors de l'hospitalisation actuelle) sur le mode de l'hospitalisation à la demande d'un tiers. Il est à l'époque adressé à l'hôpital par les forces de police après avoir été interpellé à la frontière suisse. Les personnes hébergeant alors Monsieur N témoignent de leur appréhension d'un geste suicidaire les ayant poussées à cacher tous les produits détergents de la maison. En effet, lors des premiers jours d'hospitalisation l'équipe note une évolution extrêmement rapide vers des symptômes de la lignée dépressive, jusqu'au passage à l'acte auto-agressif dans le service (ingestion d'une bouteille de shampoing). La durée de l'hospitalisation est de deux mois, le suivi a lieu tout d'abord dans le service puis sur le centre médico-psychologique (CMP).

- Courte hospitalisation en début d'année 2000 suite à une rupture de soins (inobservance médicamenteuse). Hospitalisation libre.

- Hospitalisation d'un mois en 2001 pour symptomatologie dépressive avec idées suicidaires. Hospitalisation libre, sortie sur décharge.

- Été 2003: hospitalisation de deux mois en HO pour état délirant avec troubles du comportement, patient transféré depuis l'hôpital de Belfort où il avait été admis au cours d'un voyage pathologique. Monsieur N a été arrêté par les forces de police alors qu'il présentait des conduites masturbatoires dans le train. Reprise du suivi au CMP.

- Interruption du suivi en 2003. Le patient est perdu de vue jusqu'à la prochaine hospitalisation. Dans l'après-coup Monsieur N affirme pendant ces quatre ans de rupture thérapeutique avoir parcouru l'Europe et entrepris des études de droit sur Toulon pendant un an.

- Printemps 2007: hospitalisation à la demande d'un tiers pour état délirant et voyage pathologique. Le patient s'était rendu au commissariat pour déclarer le « vol d'un mouchoir de tête ». Notion d'une hospitalisation sur Clermont-Ferrand un mois auparavant.

Il n'est pas retrouvé d'antécédent d'éthylisme ni de prise de toxique.

#### 2.1.4. Recueil d'éléments biographiques

La consultation du dossier enrichit peu notre connaissance anamnestique mais révèle d'emblée un nombre non négligeable d'incertitudes et d'approximations. Ainsi, dans les observations psychiatriques il est noté que Monsieur N est un patient d'origine angolaise, dont l'arrivée en France daterait de 1999 (bien que la date de 1990 soit retrouvée deux fois dans le dossier), le statut de réfugié politique ayant été obtenu quelques années plus tard.

De même, l'année de naissance du patient la plus fréquemment inscrite est 1962, le patient aurait donc 46 ans, mais il n'est pas rare de lire 1977, ou « patient âgé de 22 ans ». Monsieur N affirmait lui-même avoir 19 ans lors des premiers entretiens de chaque hospitalisation.

Nous sommes donc confrontés, malgré nos efforts de compréhension et de rassemblement des éléments anamnestiques, à une errance biographique.

#### 2.1.5. Entretiens familiaux

Deux entretiens avec l'entourage du patient ont lieu durant la prise en charge. Nous rencontrons donc l'ami du patient qui héberge régulièrement celui-ci ainsi que son beau-frère.

*Le premier entretien* est l'occasion de la rencontre avec l'ami-hébergeur de Monsieur N, qui l'accueille régulièrement depuis plusieurs années. Cet homme dit connaître Monsieur N « du pays », à savoir du Congo ; lui-même serait arrivé en France il y a plus de vingt ans. Il considère Monsieur N comme son propre frère. Il nous raconte les quelques éléments de l'histoire familiale dont il a connaissance. Ainsi nous apprenons que la mère de Monsieur N serait Congolaise et son père Angolais. Ses parents seraient toujours en vie ainsi que sa fratrie, dispersée en Afrique. Les deux amis se sont perdus de vue puis retrouvés, par hasard, à

l'Église évangélique à Lyon. D'après cet homme, Monsieur N serait assez autonome dans le quotidien. Il aurait commencé une formation en électricité en Afrique, et aurait travaillé il y a trois ans en tant qu'agent de sécurité.

Monsieur N est décrit par cet ami comme une personne généreuse, serviable, polie, aimable lorsqu'il va bien. Les départs et périodes d'errance (récurrentes depuis cinq ans) naîtraient, d'après cet homme, de l'absence d'argent sur le compte de Monsieur N. « *Cela l'énerve, il veut partir pour gagner de l'argent* ».

*Le deuxième entretien familial* a lieu en présence du beau-frère de Monsieur N (malgré nos relances la sœur du patient n'a jamais pu ou voulu se déplacer). Le beau-frère de Monsieur N se montre très au courant du parcours de soin et d'errance du patient. Il évoque les identités que Monsieur N a pu prendre, identités souvent différentes, avec ou sans faux-papiers. Concernant son histoire, Monsieur N serait né en Angola, il serait issu d'une fratrie composée de quatre frères et trois sœurs. Lors des événements survenus en Angola, chacun aurait pris la fuite de manière dispersée, l'unité familiale s'en trouvant éclatée. Les parents, la sœur (en France depuis 1996) et le patient seraient partis au Zaïre (actuel République Démocratique du Congo). Il n'est pas possible d'obtenir plus d'information sur les raisons de l'exil, ni sur ces années passées dans ce premier pays d'accueil ou les conditions de la migration en France. Le beau-frère confirme que pour lui ces moments de vie restent sans représentation si ce n'est celles qu'il a perçues chez son épouse, à savoir l'horreur, l'intraduisible, l'indicible. Ces événements restent sans mot.

D'après le beau-frère lorsque Monsieur N est arrivé à l'hôpital cela faisait plus de trois mois qu'il avait brusquement quitté le domicile de son ami. Conformément à ses dires à son admission, il dormait dans la rue les derniers temps.

Monsieur N reste très effacé durant ces deux entretiens.

## **2.2. Prise en charge, évolution**

### **2.2.1. Médicamenteuse**

Il a été très difficile d'obtenir une efficacité thérapeutique satisfaisante lors de ces huit mois de suivi. En effet, comme nous avons pu le voir Monsieur N présente un déni massif de ses troubles qui, contrairement à d'autres aspects cliniques, n'évolue quasiment pas. Ne se

considérant pas « malade », il ne souhaite pas prendre de médicaments qu'il considère comme toxiques. Ainsi, pendant les premières semaines d'hospitalisation Monsieur N dit boire beaucoup d'eau afin d'éliminer les « drogues » délivrées. Néanmoins, il ne s'oppose pas lors des temps de prises médicamenteuses, les négociations ont lieu lors des entretiens médicaux. Le traitement per os est globalement mieux accepté que les injections de neuroleptique retard, proposées par la suite.

### 2.2.2. Médico-sociale

Lors de son arrivée dans l'unité et dès que cela est réalisable Monsieur N rencontre l'assistante sociale qu'il connaît des précédentes hospitalisations et en qui il paraît avoir confiance. La prise en charge médico-sociale se déroule selon trois axes essentiels:

- Effectuer le bilan des papiers, droits et revenus du patient. Les démarches nécessaires à l'obtention (ou plutôt la ré-obtention) d'une Allocation Adulte Handicapé (AAH) sont réalisées, et ce en désaccord avec le patient qui ne se reconnaît pas dans le statut de personne handicapée.
- Mettre en place une mesure de protection des biens. Cette question génère une réflexion clinique au sein de l'équipe du fait de la symptomatologie d'errance du patient et de ce que la mise sous tutelle ou curatelle constituerait un verrouillage peu aidant. Cependant constatant l'incapacité du patient à gérer ses comptes et à mener correctement les démarches administratives indispensables pour lui assurer un revenu minimum (RMI) les quelques mois avant son arrivée à l'hôpital, ces mesures sont demandées. Une expertise psychiatrique a lieu, et le patient est placé sous tutelle.
- Engager une réflexion conjointe afin d'imaginer un projet de logement.

### 2.2.3. Evolution clinique

La prise en charge clinique fait appel à de nombreux acteurs. Concernant l'abord médical, Monsieur N est reçu en entretien psychiatrique une fois par semaine, puis lors de sa sortie le rythme devient bimensuel. Les entretiens sont tous réalisés au sein de l'unité, comme convenu en réunion d'équipe.

- **Durant l'hospitalisation**

Les premiers entretiens se déroulent selon une séquence et un contenu quasiment identiques.

Monsieur N se montre peu loquace et son discours reste centré sur les thèmes délirants de filiation et de grandeur. Les questions que nous pose le patient traduisent systématiquement son incompréhension quant à son hospitalisation, réaffirmant de jour en jour le déni de ses troubles.

Son comportement dans le service est adapté, respectant les consignes et les contraintes collectives, il se montre observant quant au traitement prescrit.

En revanche il ne sollicite jamais l'équipe soignante pour des entretiens, et n'est à l'origine d'aucune autre demande que celle de sa sortie.

Cette impression d'immuabilité engendre un premier mouvement de découragement au sein de l'équipe qui, pourtant, connaît le patient de ses hospitalisations antérieures.

Les premières semaines d'hospitalisation passées, nous pouvons constater l'apparition de comportements et modalités relationnelles différents chez Monsieur N. L'évolution clinique n'est pas uniquement positive, néanmoins les aspects ritualisés et invariables de la symptomatologie cessent au moins en partie, nous permettant de découvrir - ou redécouvrir pour certains membres de l'équipe - Monsieur N sous un autre jour.

Ainsi concernant l'apparence physique du patient, on note tout d'abord un maniérisme certain, des paramimies, une discordance totale dans la tenue vestimentaire arborée. A son arrivée, lors de l'inventaire, les soignants avaient découvert dans son caddie des nuisettes, des petites culottes, des robes et jupes diverses au milieu de vêtements masculins. Lorsque Monsieur N obtient l'autorisation de s'habiller, les tenues choisies sont inégalement adaptées. L'accoutrement étrange du début s'est cependant transformé au cours de l'hospitalisation, Monsieur N se présentant ensuite vêtu de manière élégante avec des habits de marque (pour lesquels nous avons pris connaissance dans un second temps de frais de pressing hebdomadaires).

Si les fantaisies vestimentaires du patient ne peuvent que nous interpeler, l'émergence simultanée d'une désinhibition verbale et comportementale allant jusqu'à la reprise de conduites masturbatoires en public retient plus encore notre attention.



Ce sont des patientes de l'unité qui révèlent initialement à l'équipe la désinhibition à l'œuvre, s'agissant pour elles d'avoir été spectatrices de ces conduites masturbatoires dans les salles et lieux communs du service. Les patientes se plaignent d'avoir peur, de se sentir en insécurité, et expriment leur indignation quant à l'affichage de l'intimité sexuelle du patient.

Aborder ces événements en entretien avec le patient reste compliqué et d'apparence stérile puisque Monsieur N nie l'intégralité des faits rapportés.

La désinhibition émerge secondairement dans le lien aux soignantes, et c'est là qu'elle reste la plus importante. Il peut s'agir de tutoiement, d'envoi de baisers, de compliments ou de regards dont la direction et l'intensité génèrent instantanément une gêne chez la personne concernée. Lors des réunions cliniques les soignantes expriment leur difficulté à gérer cet aspect là de la symptomatologie du patient, se sentant touchées dans leur intimité, dévisagées, déshabillées par son regard. L'atteinte à l'intimité des soignantes parasite et empêche en partie une réponse « professionnelle » au comportement pathologique présenté -la personne cherchant tout d'abord à s'extraire de cette situation source d'embarras- ce qui s'avère insatisfaisant pour elles.

Les conduites masturbatoires publiques cessent suite aux avertissements reçus, contrairement à la proximité inadaptée présentée par le patient lors de son entrée en contact avec l'autre. A titre d'exemple, il n'a pas été possible de contraindre le patient à modifier sa manière de me saluer, réalisant de façon ritualisée lors de chaque entretien un baisemain, sans risquer de briser l'amorce de lien. Si l'attitude du patient peut avoir tendance à rigidifier et intensifier les mécanismes défensifs des professionnels, il s'est avéré beaucoup plus simple d'accepter cette « entorse » au « cadre » afin de pouvoir entrer en lien et ne pas subir la sidération inhérente à ce type d'approche.

D'autre part et dans un mouvement positif, ce deuxième mois d'hospitalisation est le lieu de l'émergence d'une demande de la part de Monsieur N. En effet, lors d'un entretien médico-infirmier, le patient émet le souhait d'intégrer un foyer. Nous développerons cet aspect dans une partie ultérieure.

Au cours du troisième et dernier mois d'hospitalisation apparaissent progressivement des éléments de la lignée dépressive.

Les demandes du patient de sa date de sortie deviennent quotidiennes voire pluriquotidiennes, avec en parallèle le souhait de connaître l'avancement des démarches auprès des établissements sollicités pour le logement.

Lors des entretiens médico-infirmiers le patient se dit triste, soucieux de sa sortie tant sur le plan de l'hébergement que professionnel. Il dit penser tous les soirs à cette sortie, et de ce fait souffrir d'insomnies. Prenant connaissance des refus successifs des foyers, le patient exprime sa déception et son incompréhension et réaffirme malgré tout son souhait de sortir envisageant donc de regagner la rue. Il nous dit combien l'hospitalisation est de plus en plus difficile et contraignante pour lui.

Cliniquement Monsieur N présente effectivement un faciès triste, un regard implorant, une mimique s'appauvrissant, des propos découragés très préoccupés par l'avenir perçu comme sombre et inquiétant. Le pas est lent, la tête lourde. Monsieur N est moins loquace, son discours se réduit à ses deux questions quotidiennes « *Quand est-ce que je sors? Est-ce que vous m'avez trouvé un foyer?* ». Monsieur N donne cependant l'impression d'être dans un lien plus authentique, avec la confiance de moment d'angoisse, d'ennui, le sentiment d'être « *comme un animal en cage* » dans le service. Il reconnaît à présent avoir une sœur sur Lyon, nous informe de sa maternité toute récente et nous déconseille de la solliciter « *elle a un petit bébé, il ne faut pas la déranger* ». Monsieur N ne tient plus les propos mégalomaniaques tels que ceux constatés à son arrivée, en revanche son déni des troubles persiste: « *Être malade, c'est avoir des troubles crâniels. On était d'accord avec le médecin du CMP, je ne suis pas malade, je n'ai pas besoin de traitement ni d'AAH.* ».

Néanmoins devant l'amélioration notable du lien, l'alliance thérapeutique débutante, la disparition des troubles du comportement, et le constat d'effets probablement ambivalents de l'hospitalisation, nous décidons en équipe de fixer la date de sortie du patient.

Monsieur N sort donc en sortie d'essai d'hospitalisation d'office après trois mois d'hospitalisation. L'état clinique du patient est compatible avec la sortie bien que des améliorations restent à obtenir. L'alliance satisfaisante même si toujours dans le compromis, et le lien plus fiable, permettent d'imaginer une poursuite du soin en ambulatoire, peut-être plus adaptée et profitable pour ce patient au long parcours d'errance. Après avoir essuyé de nombreux refus d'hébergement, le patient sort avec la proposition d'hébergement de sa sœur.

Il affirme cependant son souhait de solliciter l'accueil d'urgence. Nous lui assurons la poursuite des démarches quant au logement.

- **Après l'hospitalisation**

Je reçois donc Monsieur N en consultation durant six mois.

Le lieu des consultations reste le service hospitalier du fait d'une appréhension de l'équipe du CMP de recevoir le patient compte tenu des antécédents de conduites masturbatoires lors d'injections et des conditions d'accueil moins sécurisantes qu'en intra-hospitalier. En outre l'unicité du lieu constitue probablement un facteur facilitant quant à la consolidation du lien.

Afin de préserver la qualité du lien et l'alliance thérapeutique les consultations sont tout d'abord hebdomadaires, puis bimensuelles. Monsieur N se rend à tous les entretiens de manière ponctuelle, avec à chaque fois une demi heure d'avance me demandant si je peux le recevoir immédiatement car il dit avoir « *d'autres rendez-vous* ».

L'hospitalisation d'office est levée après deux mois de sortie d'essai devant l'amélioration clinique, le maintien de l'alliance thérapeutique et la permanence de la qualité du lien en dehors du temps d'hospitalisation. L'état de santé de Monsieur N ne compromet plus l'ordre public ni la sûreté des personnes.

Monsieur N a finalement accepté d'être hébergé par sa sœur à sa sortie. Il se plaint cependant de l'inconfort de la situation du fait du caractère exigü de l'appartement et des contraintes liées aux soins d'un bébé de quelques mois.

Au plan clinique, Monsieur N peut aborder rétrospectivement quelques points quant à son hospitalisation. **Il ne livre en revanche que très peu d'éléments concernant son état psychique actuel.** Sa version de son arrivée à l'hôpital reste la même, il peut néanmoins se décrire en errance avec son caddie, et ajoute: « *la police m'a demandé mes papiers, ils n'étaient pas bons, ils ont cru que j'étais un terroriste.* », et de compléter: « *j'avais des délires avant. Je pensais que je n'y arriverais pas, je pensais au suicide. Il se passait des choses bizarres dans ma tête. Je me demande si je vais réussir à trouver une stabilité.* ». Il s'agit là du premier échange autour du vécu du patient jusque là dans un discours invariablement projectif.

**L'expression de son souci de trouver une place dans un foyer** est par contre constante et identique à chaque entretien.

Je l'informe d'un projet élaboré en équipe à savoir l'intégration d'un appartement thérapeutique d'essai ainsi que des démarches en cours et à venir pour ce faire.

Les entretiens auxquels Monsieur N se rend pour l'intégration de l'appartement thérapeutique sont l'occasion d'un recueil de quelques éléments biographiques. Dans le souhait de me retranscrire ses échanges avec les éducateurs, Monsieur N se met à me parler de son arrivée en France. Il peut évoquer ses retrouvailles avec sa sœur à Lyon, et l'absence de nouvelles de ses parents. Il m'explique qu'à son arrivée en France il a demandé le statut de réfugié politique et qu'en attendant son obtention: « *Je me suis débrouillé. Je gagnais beaucoup d'argent vous savez... par des magouilles...enfin je peux pas vous en dire plus* ».

Il dit par ailleurs n'avoir aucun souvenir de l'Angola, de son enfance.

Notons que les trois derniers mois de suivi du patient sont concomitants avec son intégration de l'appartement thérapeutique d'essai et l'expérimentation de celui-ci. Le relais avec le médecin responsable d'unité s'est travaillé durant le mois d'octobre, le temps de l'essai n'étant pas terminé.

Ainsi, durant ce temps de suivi post-hospitalisation, nous relevons ce que nous avons nommé précédemment l'« **inversion sémiologique** ».

En effet, nous avons vu que Monsieur N ne livre que peu d'éléments de sa vie psychique lors des entretiens médicaux, clamant que « tout va bien » ; en revanche il effectue une multitude de demandes quant au projet de logement. Par ailleurs, en d'autres lieux, il inquiète l'assistante sociale du CCAS<sup>7</sup>, qui se trouve contaminée par l'angoisse du patient. Monsieur N lui parle de ses insomnies majeures, de sa peur quant à l'avenir, de ses ruminations, de son sentiment de solitude. L'assistante sociale vit alors l'angoisse que Monsieur N ne peut que partiellement ressentir, ce qui la dépasse. Il est convenu qu'elle puisse se mettre en lien tant avec l'assistante sociale du service qu'avec moi, afin de pouvoir effectuer la synthèse de ce que le patient dépose et fait vivre aux différents acteurs. Ces temps de travail en réseau ont été précieux. Ils ont permis de rassembler la clinique du patient semée en plusieurs lieux, auprès

---

<sup>7</sup> Centre Communal d'Action Sociale

de plusieurs intervenants de formation différente, et de prendre ensuite le recul nécessaire à la suite et l'orientation des soins.

### **2.3. Projet de logement**

Cette réflexion a lieu tout au long de l'hospitalisation et les mois qui suivent celle-ci. L'élaboration d'un projet ajusté rend nécessaire la prise en compte des désirs du patient, des éléments sociaux ainsi que la symptomatologie clinique et son évolution.

Les représentations et souhaits de Monsieur N sont ceux d'un logement indépendant, respectant l'intimité de la personne, dans lequel les intrusions soignantes ou éducatives sont restreintes au minimum de même que les temps en collectivité ou en groupe, mais proposant cependant une référence soignante ou éducative sollicitable. Il n'envisage pas un logement ordinaire, alors même qu'il dit avoir fait cette expérience à Toulon pendant deux ans. Ces éléments nous orientent vers un établissement de type thérapeutique.

Nous pensons qu'il est nécessaire que le cadre soit intermédiaire afin de préserver le lien: ni trop souple car probablement générateur de sentiments de « lâchage », d'abandon, et dans lequel le patient pourrait se perdre, ni trop rigide car pourvoyeur de rupture de l'alliance voire de fugue et de réinscription dans un processus d'errance. Malgré l'expression des souhaits du patient ainsi que nos convictions cliniques, il nous apparaît très difficile d'avoir une représentation de Monsieur N dans un logement et du type de lieu pouvant lui convenir.

Ainsi, nous nous orientons vers une structure proposant un temps d'essai de trois mois non renouvelable, sous la forme d'appartement thérapeutique avec une visite à domicile éducative hebdomadaire, un temps de groupe en début de semaine et une autonomie quasiment totale par ailleurs. Le contrat comprend des réunions mensuelles entre équipes ainsi que l'engagement de l'équipe soignante quant à la réintégration du patient à l'hôpital si la procédure devait s'interrompre au cours des trois mois du fait de transgressions du cadre ou de décompensation de la pathologie.

Monsieur N se présente aux entretiens de réadmission, sa candidature est acceptée et l'emménagement a lieu fin juillet.

Deux bilans intermédiaires ainsi qu'un bilan final ont lieu entre les deux équipes autour de cet accompagnement vers le logement. L'équipe socioéducative a recueilli plusieurs

éléments intéressants quant au comportement de Monsieur N au sein de l'appartement et à sa périphérie.

Les premières difficultés rencontrées par l'équipe, tout particulièrement lors du temps de groupe hebdomadaire en présence des autres résidents, concernent la communication avec le patient, quasiment impossible. Monsieur N parle très peu, refuse toute activité proposée, ne tient pas compte de l'autre (lors de la collation il se servait deux ou trois fois sans se soucier de l'équité dans le groupe).

Par ailleurs, lors des visites à domicile (VAD) les éducateurs remarquent tout d'abord que Monsieur N ne se fait pas à manger, n'utilise pas l'électroménager ; il se nourrit exclusivement de « goûters » et de coca-cola. D'autre part, au vu du rangement toujours irréprochable de l'appartement l'équipe pense que le patient n'est que très rarement présent au sein de celui-ci. En effet, sur ce point Monsieur N leur confie qu'il rend visite à sa sœur quotidiennement, qu'il est souvent dehors. Néanmoins une éducatrice note que lors des VAD, Monsieur N replace dans l'instant tout objet dérangé par le visiteur.

L'équipe éducative nous renseigne également sur l'habitude qu'a Monsieur N d'être très en avance à ses rendez-vous. En plus de cette « hyperponctualité », les éducateurs relèvent des mouvements de colère du patient lors de retards minimes dans le cadre de VAD. Au cours d'un bilan Monsieur N reprend cela devant eux en disant que ces retards sont inadmissibles, que les attendre est insupportable. Nous essayons de mieux cerner la teneur de sa revendication, et il nous explique alors que lorsqu'il a un rendez-vous il attend toute la journée jusqu'à ce que celui-ci ait lieu, et y pense même depuis la veille ce qui l'empêche de dormir.

En parallèle de ces bilans inter-équipes, je reçois Monsieur N en entretien et lui demande comment il vit cet essai. La solitude, l'ennui et l'inquiétude ressortent inlassablement: « *je pense beaucoup à mon avenir. C'est la pagaille là dedans [il montre sa tête].* ». Le dernier mois d'essai est le lieu d'une intensification de l'inquiétude et des préoccupations obsédantes quant à l'avenir. Monsieur N passe plusieurs fois dans le service en dehors des entretiens pour nous demander ce qui allait advenir de lui après le temps de l'essai.

L'équipe soignante a par ailleurs en tête que la fin de la période d'essai en appartement thérapeutique coïncide à quelques jours près avec la fin de l'exercice de mes fonctions dans le service.

#### **2.4. Diagnostic et question étiopathogénique : la part du traumatisme**

L'ensemble des éléments séméiologiques relevés chez ce patient converge vers le diagnostic de schizophrénie paranoïde. Au-delà de l'aspect strictement nosographique, non détaillé dans ce travail, il semble intéressant de s'arrêter un temps sur les liens possibles entre étiopathogénie et traumatisme dans ce cas de schizophrénie.

Si une partie de notre effort soignant consiste en la création et le maintien d'une cohérence clinique et en une lutte contre le déni et le clivage du patient, alors nous ne pouvons occulter, au moins provisoirement, la question du traumatisme.

En effet, lors de chaque hospitalisation Monsieur N clame sa volonté de « *repartir à zéro* » ; il élude les évènements passés préférant « *penser à son avenir* ». Cette posture annihilatrice nécessite de la part des soignants une vigilance certaine afin de ne pas sombrer dans une communauté de déni dont le but serait d'attester que la vie de Monsieur N commence à son arrivée en France.

Si Monsieur N tait ce qu'il a vécu en Afrique, nous connaissons cependant la nature des évènements politiques survenus en Angola, à savoir : la guerre d'indépendance de 1961 (un an avant la naissance du patient) qui laisse place à une guerre civile d'une violence inouïe après la déclaration d'indépendance de l'Angola par Agostino Neto en 1975 (Monsieur N a alors 13 ans). La sœur du patient révèle, lors d'une hospitalisation antérieure, que le début des troubles de son frère daterait du temps de l'exil vers le Zaïre, c'est-à-dire aux 19 ans du patient (soit 1981).

Nous constatons d'emblée l'intrication étroite des deux phénomènes : l'exil et l'émergence des premiers troubles surviennent autour des 19 ans du patient, soit fin de l'adolescence/début de l'âge adulte, période reconnue internationalement comme féconde en termes de premières décompensations schizophréniques.

Ainsi s'ouvre à nous la question de l'étiopathogénie de la schizophrénie de Monsieur N intégrant le lien au traumatisme. Si l'on écarte d'emblée les hypothèses antagonistes consistant pour la première à soutenir l'indépendance de la survenue de la schizophrénie quant aux évènements traumatiques, et la deuxième à penser les évènements traumatiques comme cause de la décompensation, nous pouvons explorer une hypothèse intermédiaire.

L'hypothèse étiopathogénique nous paraissant la plus probable s'inspire à la fois du modèle vulnérabilité-stress de la schizophrénie décrit en 1977 par Zubin et Spring [30], étayée et soutenue ensuite par de nombreux auteurs, et des travaux concernant les traumatismes de guerre effectués principalement par des psychiatres des armées tels L.Crocq ou F.Lebigot mais aussi M. de Clercq ou, bien avant, H.Ey.

F.Lebigot [31] insiste dans sa théorie du traumatisme psychique sur la distinction entre stress et traumatisme. Le stress ne dépasse pas les capacités pare-excitantes psychiques, « *il provoque une souffrance psychique qui dure tant que la menace externe subsiste* ». En revanche l'image traumatique effracte le psychisme, ne rencontre au sein de celui-ci aucune représentation (selon les théories freudiennes la mort n'est pas représentée dans l'inconscient), et laisse en lui une marque indélébile « *dont les effets se feront sentir indépendamment de la disparition de la menace* ». Selon l'auteur, le stress est générateur de peur et d'angoisse, alors qu'il s'agit d'effroi pour le traumatisme. L'effroi est « *un moment sans affect ni représentation* » [32]. « *L'effroi, c'est la confrontation au réel de la mort, au néant, c'est la perte pour le sujet de sa condition d'homme, c'est-à-dire d'« être parlant ».* » [33].

Insistant sur la rencontre du sujet avec le néant, F.Lebigot explicite le mécanisme à l'œuvre : « *On voit donc la place centrale du déni dans l'état mental du psychotraumatisé sur le long terme, et l'importance du jeu de force qui s'établit entre lui et l'image de néant qui l'habite* » [33]. Nous percevons dès lors les liens avec ce que nous enseignent les descriptions clinique et séméiologique du cas de Monsieur N, le déni occupant une place majeure dans le fonctionnement psychique de ce patient.

Prenant appui sur les concepts évoqués ci-dessus, F.Lebigot et M.de Clercq développent des liens possibles entre traumatisme psychique et schizophrénie : « *Le traumatisme psychique peut déclencher une psychose schizophrénique ou paranoïde chez des sujets de structure psychotique.* » [31]. L.Crocq propose un point de vue conceptuel semblable : « *Il y a des cas où un évènement de guerre déclenchant n'est que l'ultime pichenette qui vient s'ajouter à une longue série d'agressions et autres circonstances pathogènes, et fait passer le sujet au-delà de son seuil de tolérance. Nous verrons qu'une partie de l'étiologie relève de facteurs attenants au sujet lui-même, et constituant sa vulnérabilité conjoncturelle ou ancienne, facteurs qui vont ajouter ou conjuguer leur action avec celle des facteurs externes.* »



*« A priori, les réactions psychotiques sont le fait de sujets déjà pathologiques, porteurs d'une psychose avérée ou en incubation, ou présentant des antécédents psychotiques qui ne demandent qu'à récidiver. » [34].*

Dans le cas de Monsieur N, la simultanéité des événements migratoires et de la décompensation psychique peut en effet difficilement être entendue comme une pure coïncidence. Ainsi, il semble que l'exil et les motifs de celui-ci constituent pour Monsieur N un facteur de stress (selon le modèle vulnérabilité-stress) mettant en lumière des troubles jusque là absents, ou non bruyants car non perçus par l'entourage, chez un sujet sans doute vulnérable. Cette lecture étiopathogénique riche des données de psychotraumatologie apportées par les auteurs sus-cités nous permet ainsi d'accueillir la présentation clinique de ce patient dans sa singularité, et de mieux cerner ce moment clé qu'est l'exil en ce qu'il constitue une double fracture pour le sujet, tant sur le plan du déracinement que sur celui de la continuité d'être. Si Monsieur N s'efforce de nous convaincre d'oublier l'exil et ce qui précède, il ne cesse en même temps de nous rappeler l'importance de ce moment comme poinçon de l'articulation de deux périodes de sa vie. En effet, chaque hospitalisation paraît constituer une réinitialisation dans le parcours du patient, un retour à un point de fixation historique : à chacune de ses admissions Monsieur M affirme invariablement avoir 19 ans.

## **2.5. Réflexions autour de la question de l'habiter chez Monsieur N**

Nous avons vu au cours des descriptions et questionnements préalables que la complexité majeure de la prise en charge de ce patient « réside en l'errance », obstacle efficace quant à l'accès au soin. En effet, l'errance vécue par le patient, tant sur le plan géographique qu'identitaire, infiltre la prise en charge: errance biographique, anamnétique, diagnostique, errance dans l'accès au logement. Ce transfert de l'errance du patient sur l'institution soignante exige de la part de celle-ci une grande vigilance quant à l'apparition d'effets de ce phénomène dans le soin. Engager une réflexion sur ce qui se joue au sein de l'institution de la problématique du patient est impératif pour pouvoir résister aux multiples tentatives de désorganisation et de perte de cohérence du soin ; en somme il s'agit d'accepter l'errance tout en luttant contre ses effets délétères dans le soin.

### 2.5.1. La question de l'habiter chez Monsieur N

« *Voyager ou s'établir sont des modes fondamentaux du comportement humain auxquels correspondent des formes déterminées de l'être-au-monde, de l'être-avec-autrui et de l'être-soi.* » R. Kuhn [35].

L'habiter dans le cas de notre patient est empêché par la percussio de plusieurs obstacles dont le dénominateur commun paraît être l'exil.

« *L'étranger est fragilisé. Il n'a parfois ni semblable ni autrui. Il lui est très difficile de rencontrer l'autre. Il ne sait plus qui il est en raison d'une perte de repères propre à l'entre-deux du transfert de lieu. Perdre de vue son identité a des incidences sur la manière d'occuper l'espace, le temps, le corps, l'image et la parole* » nous dit la psychanalyste M-J. Segers [36].

Ainsi, Monsieur N vit un double exil. Il est exilé de l'Angola, de ses racines, de sa famille, de son histoire, mais aussi exilé du lien, de soi, de son corps et de son identité de par ses symptômes psychotiques. En effet, le patient re-présente l'exil, il est dans une tractation permanente avec lui.

Comme nous avons pu le voir lors des développements préalables, parmi les enjeux et questions suscités par la rencontre avec Monsieur N domine largement le projet de logement. Si le fait d'intégrer l'accès du patient au logement aux objectifs thérapeutiques traduit sûrement le désir de se conformer à un schéma social normatif et permet également de ménager la culpabilité soignante quant à un éventuel retour à la rue, il n'en demeure pas moins que cet aspect de la prise en charge se révèle central dans l'appréhension de la psychopathologie du sujet.

Manifestement Monsieur N ne peut investir un lieu de vie à lui, pour lui. Par l'exposition des obstacles rencontrés dans ce projet le patient nous guide, moins par les mots que par les actes, vers une meilleure compréhension de sa problématique et nous pousse à interroger le sens que prend pour lui « habiter ».

Ainsi les chapitres à venir tentent, à partir du cas de Monsieur N, de définir sur un plan psychopathologique ce à quoi se réfère l'habiter, quelles sont, en somme, les « conditions » psychiques préalables nécessaires à la mise en œuvre de ce processus.

### a. Habiter ses origines, son histoire

La psychanalyste M.-J. Segers parle de « *l'impossibilité pour certains exilés d'investir un lieu où pourraient s'inscrire une mémoire, une fiction, des filiations, une représentation de la mort ou un mythe de l'origine dans lequel le sujet reconnaîtrait les siens* » [36].

Ceci entre en résonance avec notre constat immédiat de l'impossibilité du patient à habiter son passé. Il ne peut mettre en récit son histoire, dévoiler ses origines ou sa filiation. D'emblée, Monsieur N nous dit « *je ne me rappelle pas de mon enfance* », puis plus tard en réponse à nos questions sur sa vie précédant l'exil : « *la curiosité, ça tue* ».

Pourquoi Monsieur N porte-t-il un nom portugais (nombreuses hypothèses quant au déroulement de la colonisation de l'Angola)? A quelle catégorie socioprofessionnelle appartenait sa famille ? Quels liens entretenait-il avec les différents membres de celle-ci ? Autant de questions sans réponse.

La question de l'éclatement familial chez ce patient fait écho avec l'implicite supposé de sa demande de « foyer ». Comme le souligne P. Confalonierie, « *Il est commun, dans notre langue, de l'intituler [le lieu privilégié de l'activité de la famille], métonymiquement, foyer, point de ralliement familial* » [36]. En effet, dans le cadre de projets de logement, pour nombre de nos patients, nous parlons couramment de « foyer », terme signifiant au départ « lieu où l'on fait du feu », sans toutefois toujours mesurer la composante sémantique familiale du terme. Quelle est la représentation de notre patient lorsqu'il fait la demande à l'équipe soignante d'un « foyer » ? Nous pouvons nous interroger sur cette quête implicite d'unité familiale, et sur le rôle que joue en ce sens l'équipe soignante. Nous aurons l'occasion de revenir sur la fonction de « foyer » que peut, pour certains patients, constituer l'hôpital.

Ainsi, nous pouvons penser que l'habiter rend compte d'une dimension familiale, générationnelle, d'inscription des origines.

Selon A.Eiguer « *Le sentiment d'appartenance renvoie à l'identité familiale, comme l'habitat intérieur rappelle l'image corporelle. Le dedans est séparé du dehors par une peau psychique groupale qui donne son volume au corps propre, sa tridimensionnalité. La représentation de l'habitat intérieur peut être conservée par chaque membre de la famille même lorsqu'il vit ailleurs. Grâce à cela, il se sentira un individu tout en se référant à sa famille.* »

P.Cuynet développe l'idée selon laquelle la maison de famille est un lieu de transmission, dans laquelle chaque génération apporte une touche personnelle ou précisément

générationnelle. Il rappelle une coutume historique intéressante concernant les peuples primitifs. Afin d'identifier l'appartenance d'un individu à une tribu, et de localiser son territoire, les membres du même groupe inscrivaient sur leur peau et à l'entrée de la grotte (lieu de vie), le même signe, le même dessin. La surface corporelle et la surface de la grotte étaient ainsi marquées de manière similaire.

Développant les axes de la famille et de la transmission, de l'histoire et donc de la mémoire, qualifiant la maison de « *lieu de l'héritage généalogique* », l'auteur nous dit encore que la demeure en tant qu'**enveloppe spatiale du groupe familial** est un espace de rencontre qu'il faut lire selon deux axes : synchronique et diachronique. L'axe synchronique permet d'étudier « *les relations familiales selon la proxémique des lieux investis par chaque membre de la famille.* » Alors que le deuxième axe de compréhension est diachronique, car les lieux sont marqués par l'historique. « *L'habitat est dépositaire de mémoire.* »

Nous pouvons facilement imaginer comment, pour notre patient, le fait de s'établir en un lieu comporte une dimension lui faisant violence, puisque s'établir, habiter, renvoie à la question de la famille, du foyer, de l'histoire et de la mémoire. Ne pas habiter afin de ne pas souffrir de reviviscences douloureuses, changer de lieu de vie pour continuer à lutter contre toute remémoration traumatique.

Ainsi, habiter renvoie l'habitant à sa famille et à ses liens générationnels, c'est-à-dire plus généralement à son passé, et convoque la question de l'histoire et de la mémoire.

Dans son article « *Se construire un passé* » [38], P. Aulagnier remobilise l'expression populaire « construire son avenir » et développe les conditions préalables nécessaires pour ce faire. La psychanalyste rend compte du travail effectué à l'adolescence de reconstruction et de réécriture du passé. Ce travail de réécriture est facilité s'il peut se réaliser en présence de co-auteurs c'est-à-dire les parents, témoignant de ce que l'enfant était, témoignant de l'histoire de l'adolescent. Il s'agit d'un travail de *mise en mémoire* et de *mise en histoire*, permettant au passé de continuer à exister psychiquement et au présent et au futur d'advenir, s'appuyant sur ce « **fonds de mémoire** », garant de la « *permanence identificatoire* ». Afin de constituer ce fonds de mémoire, « *un nombre minimal de points d'ancrage* » est nécessaire et dont la mémoire assure la « *permanence et la fiabilité* ». « *C'est là une condition pour que le sujet acquière et garde la certitude qu'il est bien l'auteur de son histoire, et que les remises en forme qu'elle va subir ne mettront pas en danger cette part de permanent, de singulier qui*

devra se **transmettre** de chapitre en chapitre, pour **rendre cohérent et sensé le récit** qui s'écrit. ». Ce fonds de mémoire doit garantir au « Je » ces points de certitude « **qui assignent au sujet une place dans le système de parenté et dans l'ordre généalogique** ». En somme, « *c'est ce travail, grâce auquel ce temps passé et perdu se transforme et continue à exister psychiquement sous la forme du discours qui le parle, de l'histoire qui le garde en mémoire, qui permet au sujet de faire de son enfance cet « avant » qui préservera une liaison avec son présent, grâce à laquelle il se construit un passé comme cause et source de son être.* ».

P. Aulagnier développe deux étapes du parcours psychique de l'adolescent. La première concerne « *l'organisation de l'espace identificatoire et la conquête des positions stables* », la deuxième porte sur « *l'espace relationnel et le choix des objets* », toutes deux dépendantes et liées par « *la constitution du refoulé* ». L'auteur rend compte des conséquences de l'échec du refoulement soit par excès soit par défaut de celui-ci :

- L'excès de refoulement « *va épaissir et étendre le voile de l'amnésie* ». L'auteur parle ici de ces patients dans le registre de la névrose, qui font preuve d'un désinvestissement actif de tout souvenir. Ces sujets frappent le soignant par le désintérêt qu'ils manifestent pour leur propre enfance. « *En les écoutant on a parfois le sentiment que leur Je ne peut penser son propre passé qu'en réintrojectant sur l'enfant le jugement d'un adulte totalement étranger à un monde de l'enfance qu'il n'aurait jamais habité.* »

- Le non-refoulement « *des représentations et des objets supports des premières relations* » engendre l'échec du travail d'élaboration qui aurait permis « *d'aimer le désir vers la part d'inconnu, de non encore expérimenté que porte en lui tout nouvel objet investi* ». Ainsi, ce que vit le sujet reste à jamais accolé à des interprétations qui ne peuvent faire sens que si le sujet et l'objet continuent à se situer dans les positions identificatoires qu'ils occupaient du temps où s'est nouée leur relation. L'auteur amorce ici l'idée d'une **résistance au changement** que vivent les sujets souffrant de psychose, du fait d'une impossibilité à envisager les expériences à venir comme potentiellement différentes de celles déjà vécues, et d'autre part l'idée d'une **confusion des temps** caractérisant le fonctionnement psychotique. « *Le propre de la psychose est de déposséder l'historien de cette mobilité interprétative. Ou bien il accepte de rester épinglé tel un papillon sur sa planche, mais c'est là un état que l'on n'impose pas à un papillon vivant, (...) ou bien il « bouge » et ce sera cette forme relationnelle qui risque de s'effondrer car le deuxième pôle qui la soutient refuse toute modification.* ».

Ainsi, le registre de la psychose constitue un exemple paradigmatique du danger que peut représenter le **non-investissement par l'autre de la mémoire** que le sujet aurait pu garder de ses expériences relationnelles.

« *« Construis ton futur », à cette injonction que parents et champ social serinent à l'oreille de l'adolescent, l'analyste substitue un souhait : « Construis ton passé »* ».

## **b. Habiter son corps**

- Monsieur N : corps, habitus et habiter

« *Comment vivre quelque part lorsqu'on a l'impression d'être habité par son corps, squatté par des pensées, envahi par l'espace des autres et écrasé sous le poids de son histoire ?* » V.Colin [25].

Rappelons les éléments apportés par la présentation clinique, concernant la manière dont Monsieur N habite son corps. Nous avons vu que lors de son arrivée dans le service, poussant un caddie rempli de vêtements, une présentation corporelle incurique avait été notée avec une garde-robe inadaptée, en partie féminine, présentation contrastant avec celle relevée lors de ses permissions puis de son suivi ultérieur où, de temps à autres, le patient a fait preuve d'une élégance insoupçonnée avec un soin minutieux apporté à son corps et son apparence (avec découverte a posteriori de frais de pressing hebdomadaires). Il se présentait vêtu d'habits de marque, très bien assortis, donnant à voir un tout autre personnage.

Nous percevons par cette description de la dissociation comportementale que l'image du corps de ce sujet est éclatée, hétérogène, sans lien, sans cohérence ni harmonie avec l'ensemble du personnage ou bien une harmonie parcellaire, ponctuelle, inconstante. Monsieur N paraît accéder ponctuellement à une manière de s'habiller conforme aux représentations idéales intériorisées. Cette apparence soignée peut être rapidement ternie, se transformer en tenue quelconque voire négligée. Ces fluctuations traduisent les effets de la psychose, le patient donnant à voir, au final, une image disparate oscillant entre deux pôles antagonistes : le psychotique incurique versus l'homme élégant, le prince.

Suite à cette description clinique de l'habitus de Monsieur N, complétons à présent notre propos par quelques remarques et questionnements concernant l'habiter du patient.

Si nous avons noté à son arrivée à l'hôpital une présentation corporelle incurique, il n'a « curieusement » pas été constaté d'incurie dans l'habitat [4]. Au moment où le patient est

amené à l'hôpital, il est sans-abri et vit dans la rue. Pas de logement, pas de « chez-soi » où projeter son Soi. Ses uniques affaires personnelles tiennent dans un caddie, sorte de « chez-soi » mobile, restreint et insolite, mais néanmoins contenu et peut-être contenant. A la surprise des soignants, contrastant avec sa tenue corporelle, les vêtements que contiennent ses bagages sont très bien rangés. Petites culottes mêlées aux survêtements de sport, nuisettes côtoyant les pantalons d'hommes, mais tout cela toujours bien plié, bien en ordre.

Lors de l'intégration de l'appartement thérapeutique d'essai, ce qui a frappé l'équipe éducative est l'impression d'immobilité, de non utilisation des objets, comme si le patient ne se laissait pas habiter. Des conduites d'allure obsessionnelle ont été notées, comme le fait de replacer tout objet déplacé dans la pièce par le patient lui-même ou par autrui.

Nous pouvons esquisser plusieurs hypothèses. Cette manière d'habiter, très propre, très soignée, est-elle à l'image de ce qu'au même moment le patient nous montre de l'évolution de sa tenue vestimentaire ? Il s'agirait d'une hypothèse « optimiste », faisant le pari que le patient traite quelque chose de l'image de son corps, est en recherche de son schéma corporel et recouvre un pan de ses états narcissiques, un peu à l'extrême.

Une hypothèse plus pessimiste serait à mettre en lien avec l'apport théorique freudien concernant le destin des pulsions. Cet habiter trop propre, trop soigné, ne serait-il pas une forme de contre-investissement d'un habiter incurique ?

Peut-être s'agit-il encore de l'incapacité du patient à habiter un lieu du fait de la menace de confusion Soi/non-Soi que l'habiter constitue. Ne pas habiter permet de ne pas prendre de risque, le risque de la confusion soi/non-soi et, par là, le risque de vivre « *l'angoisse d'une hémorragie narcissique* » par les trous, laissés béants de par la discontinuité pathologique du Moi-Peau. En ce sens, les manifestations obsessionnelles seraient à entendre comme une manière de lutter contre cette angoisse. Ne pas habiter, c'est aussi ne pas laisser se déployer « *l'investissement objectal de l'objet logement* » afin de ne pas risquer d'y « *mettre de soi* ». L'habitat inhabité est un habitat non incarné, moins qu'un « chez-soi » il constitue ici un « sans-Soi ».

Dans les parties suivantes, nous proposons d'étayer notre réflexion clinique par l'exposition de notions théoriques.

- Habiter en soi

« *La maison est un prolongement de soi et de notre réalité psychique. Pour pouvoir projeter hors de soi l'idée d'un espace, il faut avoir conscience d'un espace intérieur propre.* »

B.Fischmann et M.Bézier [39].

Habiter un « chez-soi » renvoie à la capacité d'habiter en soi, renvoie à l'intrication corps/identité/habitat. De nombreux auteurs mettent en lien la qualité de la constitution de l'identité d'un sujet, s'effectuant initialement en appui sur le corps, avec la capacité d'habiter un lieu. Autrement dit, l'hypothèse est que l'appropriation de l'espace est corrélée à l'appropriation du corps (puis de l'identité). La compréhension de l'échec du patient à habiter est rendue accessible de par la démonstration de l'indissociabilité des deux phénomènes (habiter son corps/habiter un lieu).

Le psychanalyste A. Eiguier propose l'idée d'une représentation inconsciente de l'habitat qu'il nomme *habitat intérieur*. Selon lui : « *Celui-ci se construit à partir de l'image du corps, des représentations inconscientes du corps, de ses parties séparées et reliées à l'ensemble. Comme l'image du corps est par ailleurs l'un des états du psychisme : ses virtualités d'appui, de solidité et d'ordre sont transmises à notre représentation de la maison et inversement. Ne dit-on pas d'un individu beau et fort qu'il est « bien bâti » ?* »

Selon N. Leroux, le « chez soi » est fondé sur le sentiment d'une **identité spatiale**, il représente la **liberté du corps du sujet dans l'espace**, ainsi certains lieux peuvent **devenir une partie de soi**. L'auteur pose la question des limites, du seuil. Elle postule qu'habiter un espace, c'est-à-dire le maîtriser, c'est en déterminer les limites ; limites qui se déclinent à différentes échelles :

- les **limites intérieur/extérieur** au rôle protecteur contre intempéries et intrusions, qui marquent également le **seuil du « chez soi » par rapport à l'espace public** ;
- les limites au sein même du logement qui définissent les usages collectifs familiaux des usages intimes individuels. Ces propos introduisent la question de la différenciation dehors/dedans que nous étudierons plus loin, notamment à travers la théorie du Moi-Peau, que nous allons décliner brièvement à partir de certains points théoriques.

- Le premier habitat est le corps maternel

« *Mon expérience d'avoir été dans un appartement ?...si j'ai été, heu, à l'extérieur par exemple de l'habitable de ma mère ?* », propos de patient recueilli par C. Rouger [40].



Habiter son corps est une question qui prend naissance dans l'enfance. Nombreuses sont les théories traitant du schéma corporel et de l'image inconsciente du corps.

Outil complémentaire à la parole, le dessin renseigne le thérapeute sur le développement psychoaffectif de l'enfant. Concernant la manière d'habiter son corps, les psychanalystes ont relevé l'intérêt de l'interprétation du dessin de la maison, dessins à considérer comme une représentation de l'image inconsciente du corps [41].

« *La maison constitue la seule représentation typique, c'est-à-dire, régulière, de l'ensemble de la personne humaine* » S. Freud [42].

L'étude des liens entre corps et habiter nécessite de remonter à une époque encore plus ancienne que l'enfance, le temps de la vie in utéro et du premier habitat de l'homme : le ventre maternel.

Selon P.Cuynet, « *In utéro ; le fœtus habite le corps maternel* », « *la naissance sera comprise comme le premier déménagement, la première expulsion, la première perte de son chez-soi* » [43]. Ainsi, le ventre maternel peut être pensé comme premier habitat, premier habitat de soi **chez l'autre**, l'autre maternel constituant donc le premier environnement.

Selon l'auteur, l'investissement affectif de l'espace d'habitation est une **projection narcissique de l'image du corps du sujet**. Sujet qui établit avec son logement des relations fantasmatiques qui sont à **l'image des relations qu'il a eues avec son premier contenant : le corps de la mère**.

« *La manière d'habiter un lieu ne serait qu'une répétition de la façon dont nous fûmes accueillis au monde et dont notre corps fut traité.* »

Ces propos entrent en résonance avec ce qu'a, avant lui, écrit Winnicott au sujet de la personnalisation, qu'il décrit comme « *une habitation de la psyché à l'intérieur du corps* » qui a « *ses racines dans l'aptitude, chez la mère, à adjoindre son engagement affectif à l'engagement qui, à l'origine, est physique et physiologique* » [44].

P. Cuynet nous dit encore: « *La maison natale serait à comprendre comme le « berceau topographique » des limites du Soi.* »

- Dehors/dedans : limites et enveloppes

Habiter son corps, c'est aussi prendre conscience des limites de celui-ci. La peau, organe aux multiples fonctions, représente la limite corporelle dehors/dedans. Plusieurs auteurs ont

travaillé sur la question de la peau, citons notamment E. Bick et le concept de peau psychique, D. Anzieu et le Moi-Peau.

« *Le développement de l'embryon chez les vertébrés passe par l'ectoderme qui **donne naissance à la fois à la peau et au cortex**, faisant de la peau une sorte de **surface du cerveau**. » [45].*

Encore plus nombreux sont ceux qui ont théorisé la notion d'enveloppe.

A. Ciccone [46] redéfinit cette notion : « *L'enveloppe psychique n'est pas un objet psychique mais une fonction.* » La **fonction-enveloppe** est une fonction de **contenance**, qui consiste à **contenir et à transformer**. En revanche, certains auteurs comme R. Kaës [47], distinguent la **fonction contenante** (fonction de réceptacle et de maintien de ce qui est déposé) et la **fonction conteneur** (fonction de transformation).

La notion d'enveloppe trouve ses linéaments dans les écrits de **S. Freud**. En 1923, dans le *Moi et le Ça* [48], Freud parle du Moi comme d'une entité correspondant à la projection d'une surface, et emploiera par ailleurs le terme de Moi-Corps.

Dans la suite de S. Freud, intervient le travail de **D.W. Winnicott** concernant la description de l'environnement contenant du bébé. Ainsi l'auteur commence par souligner l'importance des échanges physiques primaires entre une mère « *suffisamment bonne* » et son bébé, caractérisés par le *holding*, le *handling* et la *présentation des objets*. Il s'intéresse ensuite aux qualités psychiques de l'objet maternant à travers sa notion de « *préoccupation maternelle primaire* » [49], rendant compte de l'interaction entre psyché maternelle et psyché naissante du nourrisson, à l'origine de la constitution de la psyché de l'enfant.

Après lui, **W. Bion** [50] a proposé le concept d'objet contenant maternant. Cette fonction regroupe la mise en œuvre de trois notions : la rêverie maternelle, la fonction alpha et l'appareil contenant-contenu.

- La rêverie maternelle rend compte de l'importance de la vie psychique de l'objet maternant et tout particulièrement de la « *capacité de rêverie* » de cet objet. Il s'agit de « *l'état d'esprit réceptif à toutes les projections de l'être aimé, capable d'accueillir ses identifications projectives, bonnes ou mauvaises* » [51].
- La fonction alpha, « *terme intentionnellement dépourvu de signification* » dit Bion, a pour rôle de transformer les éléments bêta du bébé, éléments bruts projetés, en éléments alpha,

éléments disponibles pour la pensée. Pour devenir objet psychique, l'élément projeté doit rencontrer un contenant, une fonction de pensée.

- L'appareil contenant-contenu est l'ensemble contenus projetés-contenant, éléments « contenants-contenus » qu'il s'agit pour le bébé de réintrojecter, lui permettant peu à peu de construire son propre appareil psychique.

Par la suite, et dans la lignée des travaux d'E. Bick [52] sur la peau psychique, D. Anzieu développe sa théorie du **Moi-Peau** en appui sur les fonctions de la peau, organe physique.

*« Le Moi enveloppe l'appareil psychique comme la peau enveloppe le corps ».*

D. Anzieu émet l'hypothèse que « *le Moi-peau est une **interface entre le dedans et le dehors**, et fonde la relation contenant-contenu* » [53]. Il dégage huit fonctions du Moi-Peau, transposition des fonctions de la peau, nous ne les développerons pas toutes dans ce travail, citons les simplement : fonction de maintenance des pensées, de contenance des représentations et des affects, de pare-excitations, d'enregistrement des traces de communication originaire avec l'entourage, de correspondances intersensorielles, d'individuation, de soutien de l'excitation sexuelle, de recharge libidinale.

Explicitons les fonctions qui retiennent notre intérêt dans le cadre de ce travail sur l'habiter. Il s'agit des fonctions de maintenance, de contenance, d'individuation et d'inscription des traces.

- Fonction de maintenance du psychisme.

*« De même que la peau remplit une fonction de soutènement du squelette et des muscles, le Moi-Peau remplit une fonction de maintenance du psychisme. »*

D. Anzieu s'appuie sur ce que D.W. Winnicott appelle le *holding*, qui est la façon dont la mère soutient le corps du bébé. Cette expérience du holding permet à l'enfant de se constituer un premier axe de l'ordre de la verticalité qui prépare à la construction d'une intériorité psychique. « *L'appui externe sur le corps maternel conduit le bébé à acquérir l'appui interne sur sa colonne vertébrale comme arête solide permettant de se redresser.* »

- Fonction contenante

D. Anzieu développe cette fonction en appui sur les théories de la contenance que nous avons précédemment énoncées (W. Bion, R. Kaës). Selon l'auteur la fonction de contenance est exercée essentiellement par le *handling*, maniement du nourrisson par la mère qui permet à

celui-ci d'appréhender son corps. De par les soins du corps qu'elle prodigue au nourrisson, la mère va pouvoir proposer une réponse gestuelle et vocale accordée aux éprouvés bruts de celui-ci.

- Fonction d'individuation

Le Moi-Peau assure une fonction d'individuation du Soi, qui permet au sujet de se vivre comme un être unique. L'auteur lie l'angoisse de « l'inquiétante étrangeté », décrite par Freud (1919), à une **menace de l'individualité du Soi par affaiblissement des frontières de celui-ci**. Cette fonction permet de circonscrire le sentiment de Soi et d'accéder à la différenciation Soi/ Non-Soi, dedans/dehors.

Dans le cas de la schizophrénie cette fonction est entravée, une confusion s'opère entre le monde extérieur et le monde intérieur : « *la réalité extérieure (mal distinguée de la réalité intérieure) est considérée comme dangereuse à assimiler et la perte du sens de la réalité permet le maintien à tout prix du sentiment d'unicité de Soi.* ».

- Fonction d'inscription des traces sensorielles tactiles

« *Le Moi-Peau est le parchemin originaire qui conserve à la manière d'un palimpseste les brouillons raturés, grattés, surchargés d'une écriture originaire préverbale faite de traces cutanées.* »

Cette fonction comporte une dimension biologique et sociale. Le sujet garderait en mémoire les traces des expériences corporelles des tous premiers moments de sa vie, réactualisées lors de l'inscription dans un groupe social : « *l'appartenance d'un individu à un groupe social se marque par des incisions, scarifications, peintures, tatouages, maquillages, coiffures et leurs doublets que sont les vêtements.* »

La théorie du Moi-peau a inspiré les psychanalystes s'intéressant à la question de l'habiter. Ainsi, P. Cuynet, différenciant les fonctions contenante et conteneur à la manière de R. Kaës, nous dit que la fonction première de l'habitat est celle de **contenance**. La fonction contenante de l'habitat, lieu stable de dépôt, s'objective dans **un dedans et un dehors** grâce à une **enceinte délimitante**.

Quant à la fonction conteneur, il s'agit de penser l'habitat comme deuxième feuillet du Moi-peau. L'auteur nous dit que **les traces projectives du Soi déposées à l'intérieur du logement**, (par exemple dans la décoration ou la disposition des meubles), vont constituer une **enveloppe de significations ou surface d'inscriptions**. En s'appuyant sur les

développements de C.Guérin, P.Cuynet pense le cadre de vie comme « *le résultat d'un processus psychique de transfert de conteneur de la part du sujet* ». Le sujet dépose les parties Non-Moi du Moi les plus syncrétiques, permettant que s'opère une **différenciation entre le fond et la forme**, entre l'enveloppe d'excitation et celle de signification.

### **c. Habiter son identité, sa pensée**

Dans le cas de Monsieur N, rappelons nous ses prises d'identités professionnelles différentes : athlète de haut niveau, mannequin, métiers en lien avec le rapport au corps, « *chef de la brigade polizei kriminal* », ou encore étudiant en droit. Monsieur N ne reste pas seulement dans le discours, il cherche à posséder une preuve de cette fausse identité. Il s'arrange pour obtenir de faux-papiers, « *comme ça je passe partout* », ce qui lui permet de voyager, dit-il. Ce sujet nous montre, par le biais de la question professionnelle, qu'il est dans une quête permanente de son identité. Il ne peut s'appuyer de manière pérenne sur aucune identité professionnelle parmi celles qu'il énonce.

« *N'étant pas identifiés, ils (les incasables) errent d'un personnage à un autre. N'étant pas inscrits dans l'espace, ils se situent dans l'entre deux- de la discontinuité. Privés d'histoire, ils survivent en suscitant des histoires.* » J. Selosse [54].

Ainsi, Monsieur N nous montre ses difficultés pour habiter son identité. Certains auteurs se sont attachés à expliciter le lien entre habiter son identité et capacité d'investir un logement.

« *L'habitat contribue donc à l'édification de l'identité de la personne, comme extension de sa peau psychique. C'est une scène projective qui recueille les éléments psychiques nécessaires à la représentation et à la conscience de Soi* », P. Cuynet expose ici les liens entre habitat, corps et identité. Dans notre travail nous avons isolé « habiter son corps » et « habiter son identité » en deux chapitres distincts dans le but d'obtenir une meilleure lisibilité, conscients cependant du chevillage de ces deux notions.

L'identité, entité complexe, est définie par J. Mac Dougall de la manière suivante : « *Le sentiment d'identité s'appuie sur la conviction qu'on vit à l'intérieur de l'enveloppe charnelle, et la certitude que le corps et le soi sont indissociables* » [55], et avant elle Winnicott affirmait que le corps constitue la « *première inscription de l'identité* » [44]. Rappelons également la théorie de l'étayage des pulsions de Freud de 1915 [56] : étayage des pulsions sexuelles sur les pulsions d'autoconservation.

Explicitant la corrélation entre identité et logement F. Lugassy nous dit : « *si le logement est à la fois une **représentation de l'identité** et un **objet d'investissement objectal**, un processus de **ré-unification de ces deux aspects** se manifeste dans ce qu'on appelle **'l'appropriation du logement'**. » [57]*

S'approprier un logement nécessite donc selon l'auteur de pouvoir tout d'abord appréhender le logement comme représentation de son identité, c'est-à-dire posséder une identité suffisamment construite et solide susceptible d'être projetée sur le logement ; et conjointement d'être en mesure d'investir ce logement au sens d'un investissement objectal, suggérant une différenciation objet/sujet opérante.

Cette définition proposée par F. Lugassy de l'appropriation d'un logement expose la complexité du processus d'habiter, et rend compte d'une condition préalable qui est de pouvoir habiter son identité.

Par ailleurs, selon P. Confalonerie, reprenant les propos de Lacan : « *L'homme habite le langage, c'est là son monde, son habitat.* » [37]. Si l'homme habite sa pensée, et selon Lacan il habite le langage, nous pouvons aussi nous interroger sur le rapport si différent de la psychose à cet habiter.

#### **d. Habiter l'errance ?**

« *L'errance est un déplacement et c'est le déplacement qui est devenu le lieu du sujet.* » M-J.Segers [36].

L'errance chez ce patient peut être appréhendée comme une tentative de représentation, de mise en scène, de maîtrise des effets psychiques de l'exil afin de s'approprier un phénomène subi et donc de transformer une position passive en position active quant à l'évènement traumatique. En cela nous pouvons dire que l'errance vient **signer l'échec du processus d'exil**, Marie-Jeanne Segers nous dit encore : « *La difficulté d'investir un lieu, un espace habitable, constitue une des manières d'exprimer **'l'effet d'exil'** auquel a affaire l'immigré. Cette particularité de la problématique fait la différence entre **l'exil manqué dont l'errance constitue le prototype** et les exils réussis.* ».

« *L'errance est un désordre de l'orientation des corps dans l'espace, qui disqualifie un élément central de l'identité humaine, **l'identification par le domicile**. Cette dernière repose sur le crédit accordé à une stabilisation qui résulte de la mise en lien d'un dehors et d'un*

*dedans, et qui serait éprouvée pour ses vertus identifiantes. ».*

*« Le nouage impossible entre l'intime et l'externe est rendu insoluble par le déracinement. »*

Les propos de la psychanalyste M-J. Segers, outre l'approfondissement de la théorisation de l'errance, illustrent la notion de mise en lien dehors/dedans (évoquée plus haut) et donc pour cela la différenciation dehors/dedans nécessaire au processus d'habiter.

#### 2.5.2. Les demandes d'asile de Monsieur N, enjeux institutionnels

*« Le schizophrène, lui qui y échoue [dans le Discours], ne sait plus ni où loger ce corps ni où loger ses objets. Hors lien social, il erre dans un monde qui l'habite plus qu'il n'y habite.(...) Troublé de ne pouvoir trouver sa place dans l'ordre public, il lui arrive parfois de le troubler en retour. Cela peut le conduire, alors, même contre son gré, à trouver asile en un lieu prêt à l'accueillir au nom de son mal-être au monde, défini comme maladie. »*  
P.Confalonerie [37].

Pour Monsieur N la première demande d'asile a été celle de l'**asile politique**. Ainsi, la France a constitué l'ultime pays d'accueil du patient. Elle s'institue comme terre d'asile, lieu de refuge, de protection sur le plan de la survie du sujet.

Comme nous l'avons vu Monsieur N est dans un double exil, à cela correspond un **double asile** : l'accueil d'un exilé politique et l'accueil d'un sujet souffrant de psychose. Acteur et victime de son errance, le patient trouve en l'hôpital psychiatrique **asile pour sa folie**. Contraint, non demandeur, revendiquant sa liberté mais ne s'opposant pas, le patient a cependant vécu trois mois dans les murs de l'hôpital. Nous pouvons nous interroger sur **le lien du patient à l'institution soignante et envisager la manière dont il l'habite et se laisse habiter par elle**. Nous étayerons notre propos par les théories de P-C.Racamier sur les fonctions de l'institution.

*« L'institution exerce une fonction basale de présence et des fonctions plus différenciées d'aide au moi des patients. » [58].*

Monsieur N s'est progressivement saisi de la dimension institutionnelle du soin proposé et ce tout d'abord, comme le décrit P-C.Racamier, en expérimentant la continuité de la présence soignante.

Bien sûr, durant l'hospitalisation le patient était contraint (et ce d'autant plus qu'il était hospitalisé d'office) de supporter la permanence des soignants et des murs. Cependant, malgré ses revendications itératives de sortie du fait de sa mauvaise tolérance de « l'enfermement », nous avons pu constater la nécessité de venir tester cette continuité et permanence après sa sortie effective de l'unité.

« *L'institution présente le grand mérite d'être disponible en permanence ; on peut la quitter, elle ne s'absente pas.* ». Ainsi, Monsieur N est venu s'assurer de nombreuses fois de la présence d'un interlocuteur connu et rassurant, en dehors des rendez-vous médicaux. Ses venues, toujours motivées par une question, étaient l'occasion pour lui de faire le compte des absences et présences des membres de l'équipe. Par son avance aux rendez-vous il s'enquérissait de savoir si nous l'attendions et pouvait constater la permanence du fonctionnement hospitalier tel qu'il l'avait expérimenté.

Par ailleurs dans l'élaboration du projet d'hébergement, ce qu'exprime le patient sur sa représentation de la qualité de la présence soignante souhaitée correspond à ce qu'en dit P-C.Racamier, à savoir : « *stable, disponible, souple et non écrasante.* ».

L'autre grande fonction du soin institutionnel selon P-C.Racamier est celle d'**aide au moi psychotique**. L'auteur soutient la thèse selon laquelle « *l'existence du psychotique est dominée par le problème de l'appartenance de sa propre personne* », il nomme ce processus « **personnation** » ; d'autres auteurs emploient le terme de *subjectivation* [59], cela entre en résonance avec nos développements sur l'« habiter en soi ». L'un des enjeux et fonctions de l'institution est donc de soutenir ce processus. « *Il s'agit non pas de faire fonction de substituts [fonction parfois nécessaire en début de soin], mais de stimulants, de représentants, d'appuis ou de garants.* ». La pluridisciplinarité proposée par le dispositif hospitalier permet cette pluralité d'appuis. Monsieur N a su solliciter et s'appuyer sur les différents « garants » potentiels de l'unité. En outre, après quelques mois de soin il a pu à plusieurs reprises prendre rendez-vous avec l'assistante sociale pour des demandes spécifiques adaptées, et ne m'en tenir informée qu'après-coup.

P-C.Racamier insiste sur un autre aspect de cette fonction : celui de l'**identification**. « *Il arrive que l'identification se porte d'abord sur une seule personne, puis sur deux, puis sur d'autres. Mais toujours, et beaucoup plus rapidement qu'il n'y paraît, elle porte sur*



***L'ensemble de l'institution** en tant qu'elle constitue elle aussi un organisme.* » Ce mouvement identificatoire centrifuge a été repéré au fil de la prise en charge du patient, les personnes ayant constitué les premiers supports à l'identification restaient toutefois référents.

Si comme nous l'avons vu la clinique de Monsieur N est marquée par l'errance, nous pouvons noter cependant que l'hôpital est un des rares lieux fixes, un repère référencé support de création d'habitudes, un point d'ancrage pour le patient. Il s'agit d'un endroit où le patient fait l'expérience de la continuité, de la contenance, accepte de se laisser porter en partie et de construire avec un autre. Si l'errance ne s'exprime plus dans le comportement du patient lors de son hospitalisation (absence de fugue, respect des consignes, participation active à un projet thérapeutique) elle ne disparaît pas pour autant. L'errance émerge dans le soin. Nous avons vu qu'elle transparissait sur les plans biographiques et diagnostiques. Face à l'échec du projet de logement, traduisant plus largement comme nous l'avons vu l'incapacité du patient à habiter, naît un sentiment de découragement au sein de l'équipe soignante. La troisième demande d'asile de Monsieur N, s'approprier un logement et par là habiter un « chez soi », est encore à ce jour un chantier en perpétuel remodelage. Il s'agit là de considérer un des effets de l'errance du patient à savoir l'échappement. Monsieur N échappe à toute tentative de catégorisation, il échappe au projet thérapeutique, il échappe au soin lorsque l'hospitalisation se prolonge.

L'enjeu de la prise en charge serait alors de considérer l'errance non seulement comme symptôme mais également comme mécanisme à l'œuvre au cœur de la problématique. Ainsi, nous ne pouvons faire l'économie de la penser, de traiter avec elle, et probablement d'en tenir compte et de l'intégrer plus que de tenter de l'écarter. Il pourrait s'agir dans les projets thérapeutiques ultérieurs d'« organiser l'errance ».

Ainsi, après ces neuf mois de suivis, l'équipe soignante a fait le constat d'une amélioration clinique notable malgré l'échec du projet de logement. Monsieur N, plus en lien, plus dans le lien, a montré qu'il était de plus en plus en capacité d'habiter son corps, sa subjectivité, voire son histoire. Soigné dans son apparence, cherchant à plaire et à se plaire, il a pu progressivement exprimer des désirs incarnés, s'autoriser aussi à repenser des liens possibles avec sa famille. L'équipe avait le sentiment que le patient a pu accéder à ce mieux, à ce plus humain, du fait de son hospitalisation. En effet, l'intégration de l'appartement thérapeutique a fragilisé l'alliance, les avancées réalisées auparavant, et a fait courir le risque au patient de

« réintégrer » une errance non « organisée ». Ainsi, nous pensions que ce patient n'était pour l'instant pas prêt à quitter l'hôpital, nous le pensions sans pouvoir l'entendre, en partie du fait des contraintes actuelles influant sur les durées d'hospitalisation. Monsieur N donnait effectivement l'impression d'avoir trouvé le foyer qu'il demandait. Il nous disait en somme avoir trouvé un « foyer », tout du moins un foyer de substitution, un foyer temporaire, l'hôpital. L'hôpital et l'équipe, une maison et une famille ; conditions permettant la reconstruction progressive de cet homme, autorisant un jour, peut-être, l'investissement d'un « chez-soi ».

Bien après le chemin parcouru ensemble, et selon les dernières nouvelles, Monsieur N habite actuellement dans un foyer Adoma, dans des conditions satisfaisantes, aux dires de ses thérapeutes, dorénavant « habituels ».

## **TROISIEME PARTIE : Psychiatrie et habiter, de l'asile à la fonction d'asile.**

---

Monsieur N, à l'habitat inhabité, nous a montré qu'il ne lui était, à l'époque, pas possible d'habiter un logement. Sur le plan de la prise en charge psychiatrique de ce patient, il s'est agi de ne pas entrer dans une surenchère de projets de logement, projets qui auraient été de toute façon mis à mal. En somme, le patient nous disait : « Regardez, je vous montre par mes symptômes et mes actes que je n'arrive pas à habiter ni mon corps (un jour prince, l'autre femme ou encore homme incurique), ni mon identité (j'ai 19 ans, je suis tantôt athlète, tantôt mannequin ou encore malade psychiatrique), ni mon histoire (il m'est impossible d'être en lien avec mon passé et ma famille). Comment voulez-vous que je puisse habiter un « chez-moi » ? Aidez-moi d'abord à habiter en moi et à habiter le lien, avant de pouvoir habiter un lieu ».

Ce cas clinique a constitué une illustration de ce que nos patients peuvent nous dire ou nous montrer de leur difficulté pour habiter ; en appui sur la clinique de Monsieur N, nous avons proposé une réflexion psychopathologique sur ce que peut signifier habiter, ce que le psychiatre peut en comprendre.

Riche des apports de la clinique psychosociale, et tout particulièrement l'inversion sémiologique, le psychiatre peut repérer la clinique aux lieux où elle se dépose et tenter de saisir les enjeux pour son patient dans la mise en œuvre du processus d'habiter.

Ainsi, nous nous sommes demandés si la question de l'habiter concernait le psychiatre, ou relevait du seul domaine de l'assistante sociale. Nous nous sommes donc interrogés sur les liens entre sanitaire et social. En effet, les rapports entre ces deux domaines oscillent entre clivage et confusion : différenciation marquée entre ce qui serait du soin et ce qui relèverait du social, ou à l'inverse confusion des rôles, indifférenciation. Ces oscillations constituent un des objets d'étude de la clinique psychosociale, celle-ci nous permet de penser ces rapports psy/non psy, et de les exploiter, en particulier grâce à la mise en œuvre du travail en réseau.

Ces « problèmes pour habiter un logement » renvoient le psychiatre à un double questionnement. Tout d'abord il s'agit de tenter de comprendre ce que le patient dit de sa difficulté à habiter (son « soi » avant même son « Chez-soi »). Ensuite, la notion d'inversion

séméiologique invite à s'interroger sur les contenus et lieux de dépôt d'éléments cliniques, en quelque sorte camouflés au regard de la psychiatrie traditionnelle, c'est-à-dire pousser le psychiatre à chercher, trouver et accepter la clinique là où elle se présente.

Si notre propos s'est tout d'abord focalisé sur ce que nous disent nos patients par l'expression de leur difficulté pour habiter et en quoi cela concerne le psychiatre, nous nous intéressons bien évidemment à la réponse qui leur est apportée.

Ce que comprend le psychiatre et ce qu'il en renvoie au patient constitue une réponse « individuelle », dans le sens où il s'agit d'un psychiatre (et d'une équipe soignante) et d'un patient, à un moment donné. Néanmoins, la réponse que fait le psychiatre à son patient s'inscrit plus globalement dans un contexte institutionnel, politique, sociétal. Cette réponse « individuelle » faite en un temps T est influencée par la réponse « collective » de la psychiatrie, elle-même fonction du contexte de ce temps T. Cette réponse collective témoigne de l'évolution de la discipline, rend compte de la manière dont elle-même se définit. Les « réponses » apportées par la psychiatrie n'ont pas été les mêmes au cours du temps : lors de la naissance de l'aliénisme avec Pinel et ses successeurs, dans l'après-guerre, en 1968 ou ces dernières années. Les réponses n'ont pas été les mêmes aussi parce que les questions n'étaient pas les mêmes, ou tout du moins elles se posaient différemment à la psychiatrie. Au temps de l'asile, les psychiatres se préoccupaient peu de l'avenir du patient dans la cité, et pour cause, la plupart restait « dans les murs ». Pour autant, la question de l'habiter existait bien pour les patients, mais se posait et se traitait différemment.

Autrement dit le deuxième volet de notre questionnement est le suivant : quels sont actuellement les rapports entre le corpus théorique et pratique de la psychiatrie et les problèmes d'habiter de ses patients ? Comment la psychiatrie accueille ces difficultés, c'est-à-dire au fond quelle réponse psychiatrique institutionnelle est apportée à ces patients en difficulté pour habiter, ces mêmes patients que la psychiatrie qualifie souvent de « chroniques » ? Peut-on penser que l'émergence des problèmes d'habiter des patients vient interroger la question de l'habiter des soignants ; au fond, côté soigné comme côté soignant la question ne serait-elle pas de se pencher sur la manière dont le soin est actuellement habité ?

Notre dernière partie va donc s'intéresser aux rapports entre psychiatrie et habiter, et plus largement entre soin et habiter. Ces questions nous renvoient à la notion d'asile. L'asile psychiatrique comme institution, mais aussi l'asile que propose la psychiatrie, l'asile de la

folie. L'institution asilaire et la fonction asilaire sont deux notions différentes, cependant liées. Ainsi, tenter de définir la fonction d'asile actuelle de l'hôpital psychiatrique, et plus généralement de la psychiatrie, nécessite la mise en perspective de l'évolution de cette question d'un point de vue historique et donc de faire un détour par l'asile d'antan, l'asile d'aliénés.

### ***1. La réponse omnipotente de l'institution asilaire***

Si la folie existe sans doute depuis l'apparition de l'Homme, la psychiatrie quant à elle est née il y a un peu plus de deux siècles seulement. La période de la Révolution Française a constitué un moment charnière pour la discipline. Cette période est en effet propice à un bouleversement du traitement des « insensés » : peu de temps après la prise de la Bastille entraînant la libération des prisonniers, les « fous » sont « délivrés de leurs chaînes ».

J. Postel et C. Quétel [60] parlent du « *tournant des années 1780* » dans l'histoire hospitalière, soit dix ans avant la Révolution. « *Ce mouvement de réforme amorcé en France à partir de 1780 a donné lieu, pour ce qui concerne les insensés, à la rédaction par Colombier et Doublet [en 1785] de l'Instruction sur la manière de gouverner les Insensés, et de travailler à leur guérison dans les Asyles qui leur sont destinés.* ». Ainsi, « *la curabilité de la folie dans un asile et par l'asile a été clairement définie dès 1785.* ». L'année 1785 marque le début d'une nouvelle ère, dont la progression sera suspendue pendant quatre ans du fait des événements politiques ; dès 1790 sera entrepris le « *début d'une série d'enquêtes sur la question des aliénés.* », et les pierres des premiers asiles seront posées.

#### **1.1. L'asile, premier habitat spécifique de la folie : naissance de l'asile, des aliénés et des aliénistes.**

« *L'étude de l'architecture asilaire en France au XIX<sup>ème</sup> siècle offre des difficultés sérieuses à quiconque espère traiter l'ensemble du sujet. (...) On se trouve ici aux confins de plusieurs disciplines, histoire, histoire de l'art, histoire de la médecine, et les angles d'attaque, variés, sont indissolublement liés. Car n'étudier un bâtiment, surtout un bâtiment aussi pensé que l'asile, qu'au strict point de vue de la chronologie de sa construction, de sa morphologie ou de son plan, sans étudier son histoire « habitée » ou l'usage qui en a été fait fausserait d'emblée le discours.* » [61] [62]

### 1.1.1. De l'insensé à l'aliéné, du philanthrope à l'aliéniste « clinicien »

En cette fin du XVIII<sup>ème</sup> siècle, les *insensés* deviennent des *aliénés*. Ils prennent ainsi le statut de *malades*, et relèvent donc du domaine de la médecine (loi du 27 mars 1790). Ils sont dorénavant confiés aux médecins spécialistes, nommés *aliénistes*<sup>8</sup>. Cette fin de siècle se révèle constituer un réel tournant dans la conception et la prise en charge de la folie.

*« A l'époque, placer le fou sous la protection de la médecine a été un indiscutable bienfait pour lui. Devenu un malade, il a pu bénéficier d'un réel droit d'asile qui a considérablement amélioré ses conditions de vie dans la mesure où la référence médicale succédait aux représentations déshumanisantes qui jusqu'alors faisaient du fou un « insensé », celui qui a perdu la raison c'est-à-dire la caractéristique fondamentale de l'être humain -alias homo sapiens-, et de ce fait interdisait de le considérer comme un semblable, de lui accorder sa qualité d'être humain. » J.Maisondieu [63]*

Dans le dictionnaire des termes de médecine, l'**aliénation** (ou aliénation mentale) est définie comme suit : *« terme générique qui a d'abord désigné tous les troubles de l'esprit **rendant le sujet étranger à son milieu- incapable de vivre normalement en société. Il a ensuite été appliqué à toutes les maladies mentales. »***

**Aliéné** : provient du latin *aliénus*, de *alius* : *« autre parmi plusieurs »* (*alter* est un apparenté : *« autre parmi deux »*). L'aliéné c'est l'autre, c'est celui qui n'est pas moi, mais c'est surtout l'étranger, voire l'ennemi. La racine étymologique nous le rappelle, le verbe *aliéno* signifie *« transporter à d'autres son droit de propriété », « ôter la raison »,* mais aussi *« rendre étranger (ennemi) »*.

*« Ne doit-on pas savoir gré à Pinel d'avoir démythifié la folie pour en faire un objet d'étude scientifique, précisément parce que la folie n'est pas perte de raison mais parce qu'elle est **une autre manière d'être homme sans en être l'Autre.** » M.Thuilleaux [64]*

Ces aliénés, ces étranges étrangers, n'avaient jusque là pas de lieu d'asile pour leur folie. Ils étaient recueillis dans des hospices, dans les hôpitaux généraux, où leur présence était plus ou

---

<sup>8</sup> Nous évoquerons les propos et théories des médecins aliénistes fondateurs comme les célèbres Philippe Pinel ou Jean-Etienne Esquirol, sans toutefois entrer dans les détails, renvoyant le lecteur aux ouvrages historiques référents, cités dans la bibliographie.

moins bien tolérée : « *Deux catégories de malades avaient été jusqu'alors régulièrement rejetées des hôpitaux et hospices : les vénériens et les insensés. Les premiers à cause de leur contagiosité tant physique que morale, les seconds parce qu'ils incommodaient par trop leur voisinage.* ».

« *A Lyon l'hospice de l'Antiquaille accueille les aliénés (...) avec les vénériens, les galeux, les dartreux, les teigneux.* » [65]

Ceux qui allaient se faire appeler les *aliénistes*, ont plaidé pour sortir les *fous* des hôpitaux généraux afin de les soigner dans un lieu différencié, ayant pour objectif initial de les protéger, de leur rendre leur humanité, de lutter contre l'exclusion.

« *Ce médecin [Esquirol], tout en plaidant vigoureusement pour une amélioration des conditions d'hébergement des insensés -alors le plus souvent déplorables, comme ses enquêtes à travers le pays le lui avaient amplement montré-, soumettait d'emblée un plan modèle d'établissement qui serait tout spécialement consacré à des malades presque toujours abandonnés à leur triste sort et jusqu'alors capricieusement répartis entre hospices généraux, dépôts de mendicité et prisons.* » [66]

Ainsi, la fin du XVIII<sup>ème</sup> siècle marque le début de la médecine aliéniste. La discipline médicale ainsi que les établissements sanitaires au sein desquels elle allait s'exercer sont pensés de manière synchrone, médecine aliéniste et lieux réservés aux aliénés se co-construisent.

### 1.1.2. La construction de l'asile : un binôme médecin-architecte opérant à partir de la nosographie.

« *Au début du XIX<sup>ème</sup> siècle l'émergence de l'histoire des hôpitaux psychiatriques permet de mettre en évidence comment le corps médical, l'Etat, les architectes inscrivent dans le territoire un mode de spatialisation de la folie : « l'asile », et déterminent pour les années à venir un modèle spatial de ces équipements.* » [67]

**Asile :** « *établissement destiné à héberger des sujets qui ne peuvent être surveillés ou soignés chez eux- asile d'aliénés : terme qui désignait autrefois l'hôpital psychiatrique.* » [23]. Du latin *asylum* qui signifie « *temple, lieu inviolable, refuge* ». L'asile contient donc en son nom la notion d'abri, de lieu sacré, de lieu où l'on peut trouver refuge.

### **1.1.2.1. L'asile : lieu pensé pour les aliénés... et les aliénistes**

La médecine aliéniste consiste, outre le changement de statut des *fous*, en la création d'une nosographie psychiatrique en lien avec une approche clinique et non plus seulement classificatrice. Notons que cette évolution permet l'ancrage de la spécialité au sein de la médecine.

Afin de pouvoir pratiquer cette discipline nouvelle, les médecins sollicitent la construction de lieux adaptés réservés au traitement des aliénés. Ainsi, les asiles sont pensés et construits en parfaite adéquation avec les théories aliénistes. « *La loi de 1790 avait prévu la création de grands hôpitaux destinés aux insensés.* » [68], celle du 30 juin 1838 officialise le mouvement. « *L'asile d'aliénés n'est pas né avec la loi de 1838 : il lui est antérieur dans l'esprit et les écrits des aliénistes ; il lui est postérieur quant à sa construction.* » [60].

Afin de lier murs et théories médicales, des binômes se créent : ils sont composés d'un médecin aliéniste et d'un architecte. « *Pinel avait peu parlé des murs, plus intéressé par la dynamique institutionnelle, mais, revenant de ses voyages en France et en Europe, Esquirol, indigné, lance la discussion (...); il est suivi par un administrateur, Desportes(...). A ces deux pionniers, succéda une cohorte d'aliénistes (...) chacun écrit son traité, rêve son asile idéal et trace un plan avec l'aide d'un architecte.* » [60]

« *L'institution asilaire, incarnée dans ses bâtiments plus qu'aucune autre sans doute, naît et se développe dans une période extrêmement riche quant à la réflexion et aux mutations que connaissent les deux domaines sur lesquels s'appuie l'asile, à savoir médecine et architecture.* » [61]

Les aliénistes sont soucieux de proposer un type d'établissement sanitaire bien différencié du modèle de l'hôpital général et entendent participer pleinement à la conception et la réalisation de ce lieu novateur :

« *Il est indispensable pour l'administration et pour l'architecte, avant de choisir un système de constructions et avant de former un plan, de connaître aussi parfaitement que possible toutes les conditions qui doivent être réalisées, dans l'établissement à fonder, pour donner satisfaction pleine et entière à tous les besoins d'un service hospitalier, qui diffère à tant d'égards des établissements consacrés, de temps immémorial, par la charité publique aux maladies et aux infirmités humaines. L'étude de ces conditions ne se rapporte pas*



*seulement, comme dans les hôpitaux ordinaires, aux règles hygiéniques et économiques qui doivent assurer la salubrité des habitations et la facilité des services. L'asile d'aliénés, comme l'a fort judicieusement pensé et fort énergiquement exprimé Esquirol, est un instrument de guérison. »*

Deux corps de métier travaillent à la conception de ces institutions asilaires, non sans enjeux et rivalités : médecins et architectes. Cependant, « **la primauté du médecin sur l'architecte fait l'unanimité dans la profession et cette primauté se trouve sans cesse réaffirmée au long des publications. D'ailleurs, si la bibliographie concernant la construction des asiles est très abondante, elle est presque exclusivement l'œuvre de médecins ; les architectes sont curieusement absents de ce débat.** » [61]

Ainsi les consignes sont claires, c'est le médecin qui se doit de mener le projet : « **La construction d'un asile doit être plutôt l'expression d'une pensée médicale que celle de la création d'un architecte, tel savant et habile qu'il soit** », énonce H. Falret [69].

« *Le plan d'un hospice d'aliéné n'est pas une chose indifférente qu'on doive **abandonner aux seuls architectes** (...) Un hôpital d'aliénés est un instrument de guérison* », argumente J-E.D.Esquirol.

« *Ainsi, (...) [ il appartient] véritablement aux médecins qui ont fait de la psychiatrie l'objet d'études approfondies, de discuter, d'éclairer et même de résoudre la plupart des questions que soulève la création d'un asile d'aliénés, et **de fournir ainsi aux architectes et aux administrateurs une base solide** pour leurs études et un point de départ sûr pour leurs préférences.* » [70]

Nous l'aurons compris, l'architecte a pour rôle de transformer le discours médical, les conceptions aliénistes, en plans de construction. Ils doivent avoir mesuré l'impact thérapeutique que les médecins attribuent aux murs des futurs asiles. Bien que les aliénistes aient une idée extrêmement précise de leur conception de l'asile -restreignant progressivement l'indépendance créatrice des architectes-, il n'en reste pas moins que l'architecte conserve la lourde tâche de réaliser un habitat pour la folie, de penser et d'édifier le contenant de la folie en trois dimensions.

### **1.1.2.2. Le médecin aliéniste : figure centrale de l'asile.**

« L'asile d'aliénés, architecturalement conçu comme **un système d'instruments d'actions déterminées**, est devenu en quelque sorte **un organisme dont le médecin est l'âme**. » nous dit M. Parchappe.

Ainsi, le médecin dirige la conception de l'établissement, puis devient la figure centrale de l'institution asilaire. L'asile, outil de soin certes, mais entièrement dirigé par l'aliéniste. Dans ce sens, M. Foucault dans l'Histoire de la folie à l'âge classique parle de *l'apothéose du personnage médical* :

« Au silence, à la reconnaissance en miroir, à ce jugement perpétuel, il faudrait ajouter une quatrième structure propre au monde asilaire, tel qu'il se constitue à la fin du XVIII<sup>ème</sup> siècle : c'est **l'apothéose du personnage médical**. De toutes, elle est sans doute la plus importante, puisqu'elle va autoriser non seulement des contacts nouveaux entre le médecin et le malade, mais un rapport nouveau entre l'aliénation et la pensée médicale et commander finalement toute l'expérience moderne de la folie. (...) Avec le nouveau statut du personnage médical, c'est le sens le plus profond de l'internement qui est aboli : **la maladie mentale**, dans les significations que nous lui connaissons maintenant, **est alors rendue possible**. (...) **Le médecin devient la figure essentielle de l'asile. Il en commande l'entrée.** »

En effet, les fous ne pouvaient être admis à l'asile que lorsque le diagnostic d'aliénation était posé. L'aliéné est donc diagnostiqué comme tel, et plus encore, entre dans l'une des catégories nosographiques permettant ensuite son orientation dans les quartiers.

### **1.1.2.3. La nosographie cloisonnante et cloisonnée**

L'asile est conçu en fonction de la nosographie établie, du traitement préconisé, et du rôle que doit exercer le médecin au sein de cet établissement. Ainsi, l'architecture asilaire s'appuie sur les données nosographiques, les « quartiers » sont édifiés selon les classifications proposées par les aliénistes. Pinel classe les maladies par catégories, il en expose quatre : la manie, la mélancolie, la démence et l'idiotisme.

Esquirol, succédant à Pinel, approfondit la question nosographique et pense lui aussi le lieu selon les différents types de pathologies psychiatriques.

« Le plan d'Esquirol repose sur l'idée –au sens propre fondamental- de **séparation des différentes classes de malades**, notion apparue dans le texte de Colombier en 1875,

*rationnalisée par Pinel, répétée par tous ensuite : le quartier de classement regroupant les aliénés présentant une même symptomatologie devint l'élément générateur de l'asile.*

*Le plan se développe symétriquement, selon les canons de l'architecture classique, semblable à la disposition habituelle d'ensemble architecturaux équivalents ; il garde au centre les convalescents, les « tranquilles » et quelques malades « intéressants », à proximité des bâtiments de l'administration, rejetant latéralement les agités et les furieux. » [60]*

Notons l'application du principe de répartition de type nosographique à l'asile d'aliénés de Bron, comme le décrit C. Chabannes : « En 1876, des pavillons accueillent, en séparant les sexes, les aliénés « tranquilles », les « semi-tranquilles », des épileptiques, des « gâteux ». Chaque pavillon a sa cour fermée. Le quartier des « agités » est composé de cellules individuelles » [65]

#### **1.1.2.4. Asile, lieu de dispensation du traitement: entre compassion et répression**

« Cette naissance des asiles a permis que se mette en œuvre le « traitement moral » cher à Pinel et à son élève Esquirol. Selon les principes environmentalistes de l'époque, les malades devaient être séparés de leur milieu et de leur famille pour intégrer des établissements bien aérés par de grandes fenêtres, dans un environnement bucolique où le travail était salvateur » [71]. En effet, Esquirol reprend, approfondit et durcit les propositions théoriques de Pinel quant au traitement des aliénés. Si, dans son *traitement moral*, Pinel [72] expose les vertus du « parler avec douceur », de la compassion, et de « l'espoir consolant d'un sort plus heureux » pour le traitement des aliénés, Esquirol [73], prône la *méthode perturbatrice*. Convaincu du rôle étiopathogénique et thérapeutique des *passions* [74] dans la folie, il accorde pour le traitement des malades une grande importance à la *répression* plus que la douceur et la compassion de Pinel. Le médecin joue un rôle exclusif dans le soin aux aliénés, les gardiens d'asile n'étant pas considérés comme soignants. L'aliéniste se doit de créer une relation duelle influente avec le malade, de sorte que naisse un sentiment de dépendance et de soumission, afin de pouvoir jouer de son charisme et appliquer la méthode répressive. Ainsi, l'aliéniste est seul acteur du soin, mais la scène se déroule dans un théâtre qui se veut thérapeutique.

### **1.1.2.5. Asile, lieu et outil du traitement : de l'importance de penser les murs.**

#### **a. Asile : outil du traitement**

Ainsi, dans la construction des asiles, la collaboration précieuse entre aliéniste et architecte tient à la conviction médicale selon laquelle les aliénés doivent être soignés *dans* les murs et *par* les murs. La médecine aliéniste propose « *une thérapeutique qui doit emprunter sa principale efficacité aux conditions d'habitation* » [75]. Esquirol en était convaincu avant même de nommer ce lieu « asile » : « *L'hôpital d'aliénés est un instrument de guérison* ».

L'asile : lieu et outil de soin. D'où l'importance accordée à la construction des bâtiments, leur disposition au sein de l'asile et entre eux, leur possibilité ou non de communication, leur proximité avec les bâtiments administratifs.

#### **b. La symétrie architecturale : invitation à l'ordre et lutte contre la mixité**

Si les plans des asiles sont loin d'être uniformes, ils s'accordent néanmoins sur l'importance de la symétrie architecturale. Par là, nous voyons poindre de nouveau les liens entre corps et habiter, entre architecture et psyché. Un soin tout particulier est accordé à la construction des bâtiments asilaires et des quartiers, afin d'optimiser les vertus thérapeutiques de l'asile ; les aliénistes lient explicitement murs, corps et psyché : « *la symétrie de son plan devant amener à une symétrie du corps et à une harmonie de l'âme* » [60].

La symétrie suppose par ailleurs la scission de l'établissement en parties « égales ». En effet, l'architecture asilaire comprend en général deux ailes, permettant un autre type de répartition, non des moindres, celle du genre : d'un côté le quartier des hommes, de l'autre celui des femmes. L'application de la mixité dans les établissements pour malades mentaux ne prendra effet que plusieurs décennies après.

#### **c. Les quartiers des agités**

A l'extrémité de chaque aile : le quartier des *agités*. Ces deux quartiers (celui des hommes et celui des femmes) sont relégués aux points les plus éloignés du centre du bâtiment.

Notons que la conformation de ces quartiers d'*agités* évoque le concept de *panopticon* développé par J. Bentham [76], figure architecturale utilisée à l'origine dans le milieu carcéral. M. Foucault décrit cette disposition panoptique : « *à la périphérie un bâtiment en anneau le bâtiment est divisé en cellules, dont chacune traverse toute l'épaisseur du bâtiment (...). Il suffit alors de placer un surveillant dans la tour centrale et dans chaque cellule,*

*d'enfermer un fou, un malade, un condamné (...).* » [77]. Les bâtiments réservés aux *agités* sont effectivement pour la plupart construits en demi-cercle avec une cour centrale.

La disposition des quartiers est pensée, celle des **cellules** composant les quartiers également, avec toujours ce souci d'adaptation du lieu à la pathologie, ici : l'agitation.

*« C'est dans la constitution matérielle de la cellule d'aliéné agité que se trouvent réunies toutes les difficultés qui se rattachent à l'appropriation des conditions d'habitation aux besoins de l'homme en état d'aliénation mentale. »*

*« En aucun cas, la cellule d'agité ne peut être aujourd'hui conçue comme une habitation permanente de jour et de nuit, d'où, pendant une durée plus ou moins longue, le malade ne doive pas sortir, et où par conséquent il doive trouver autant que possible tous les moyens de satisfaire les divers besoins de la vie. »*

*« La destination principale et essentielle de la cellule d'agités est de servir d'habitation de nuit aux malades bruyants, querelleurs, insociables, violents, destructeurs. »* [67]

#### **d. Les autres quartiers :**

Les quartiers autres que ceux des agités accueillent les *tranquilles*, les *travailleurs*, les *bons malades*, etc. Ils ne sont pas composés de cellules ; il s'agit pour l'essentiel de dortoirs, pouvant accueillir jusqu'à plusieurs dizaines d'aliénés.

*« Les habitations individuelles de nuit qui ne sont pas destinées aux malades agités doivent se rapprocher, dans leur disposition, des chambres à coucher ordinairement employées dans la vie commune. Elles doivent avoir une fenêtre et une porte opposées l'une à l'autre.*

*Dans la constitution des habitations communes de nuit, on doit s'attacher à s'éloigner le moins possible des conditions ordinaires de la vie. Les dortoirs des asiles d'aliénés doivent ressembler aux dortoirs des hôpitaux, des pensionnats, etc. »* [67]

#### **1.1.2.6. L'asile : lieu de vie, lieu de travail.**

*« L'asile fut un lieu de soins et de garde, un bâtiment d'hébergement fruste et de luxe ; d'autres espaces complétaient cet ensemble pavillonnaire : lieux de travail dans les ateliers et la ferme, lieux de culte et de divertissement. »* [60].

Abordant l'asile par le thème du travail, J. Torrente nous dit : « *L'asile se présente ainsi en deux parties, l'une pour les aigus et les pensionnaires qui ne travaillent pas, l'autre pour les indigents chroniques qui doivent travailler.* » [78]

Ainsi, outre les quartiers de nuit ou les quartiers d'agités, l'asile comprend des bâtiments et terrains réservés aux ateliers techniques. Leur séparation des autres quartiers est franche : éloignement géographique ou présence d'imposantes grilles.

Ceux qui font vivre ces différents lieux et ateliers sont les techniciens, mais plus nombreux encore sont les aliénés. Il s'agit de ceux qui sont « diagnostiqués » aptes au travail, qui sont nommés « malades travailleurs ». Là encore, les aliénés sont « classés », curables et incurables, mais il existe également de « bons malades », ou des « malades travailleurs » :

« *Il faut occuper les malades valides, d'où leur affectation aux services généraux, services des fonctionnaires, à la cuisine. Les « **bons malades** » pallient le manque d'effectif pour les tâches ménagères et sanitaires dans les quartiers des soins, et les « **malades travailleurs** » à la ferme (culture, élevage) et dans certains ateliers techniques* » [65]

« *Il n'en est pas moins précisé que le travail constitue aussi une **thérapeutique pour les curables** et une **source d'occupation pour les incurables.*** » [78]

Le statut de travailleur permet également à ces aliénés une plus grande circulation au sein de l'asile : « *Seuls les travailleurs circulent de leur division à leur lieu de travail. Les autres, internés au sens le plus strict, n'ont accès à l'air libre que dans les cours* » [79].

Si le travail au sein de l'asile est pensé comme indispensable au traitement des aliénés –P.Pinel préconise un « *travail mécanique, rigoureusement exécuté* »-, il possède également une fonction de production.

Ainsi, selon les théories aliénistes, le travail a en premier lieu des vertus thérapeutiques. Il s'agit d'un outil de lutte puissant contre une oisiveté délétère :

« *Les malades vont aussi se mettre au travail car rien n'est plus néfaste que le désœuvrement qui renforce la folie dans ses extravagances.* » [79]

« *Une thérapeutique active, celle du travail, s'ajoute en effet à la thérapeutique passive, celle de l'enfermement.* » « *Le travail (...) préfigure le retour à une certaine raison, ou plutôt l'abandon d'une irratio caractérisée, entre autres, par le désœuvrement.* » [60]

L'autre réalité du travail effectué par les aliénés est l'engrangement d'une production conséquente. Les aliénistes étaient convaincus de la possible intrication des deux fonctions : fonctions thérapeutique et productive.

*« Le travail va devenir une des principales préoccupations des soignés et des soignants de l'asile. Pour les soignés, et pour cause, puisque le rythme de travail peut facilement atteindre dix heures par jour. Pour les soignants, il va circuler tout au long du XIXème siècle et au début du XXème siècle une idée bien utile : le travail peut être productif et thérapeutique.(...) **Il n'y aurait pas d'incompatibilité entre la productivité et la thérapeutique.** » [78]*

Ce postulat sera bien sûr remis en question notamment dans l'après-guerre où la question suivante sera posée : *« thérapeutique du travail ou utilisation des aliénés à des fins serviles ? »* Cette particularité du fonctionnement asilaire sera sévèrement critiquée, du fait de son utilisation possiblement déviante et ses conséquences durant la période de la deuxième guerre [80] [81].

*« Le célèbre règlement des asiles de 1857 ne dit pas autre chose. Le travail est institué comme **moyen de traitement et de distraction pour les aliénés**, et en contrepartie, **le produit du travail appartient à l'établissement**. Il est évident que s'instaureront des dérives et que certains aliénés seront mis à contribution davantage pour les finances de l'asile que pour leur soin. Dans certains cas, l'asile ne survit que du travail de ses aliénés. » [78]*

Ainsi, afin de remplir les deux objectifs du travail des aliénés, l'asile se dote de nombreux bâtiments techniques et terrains pour les cultures. La plupart des corps professionnels se trouve au sein de l'asile, il n'est donc pas nécessaire de faire appel à « l'extérieur ».

L'asile comprend *« une forge, une menuiserie, une serrurerie, une boulangerie, une boucherie, un abattoir, une triperie, un atelier de tissage, un autre de raccommodage, une buanderie, un service de voirie, une maçonnerie, un moulin. Il y a aussi un cordonnier, un peintre, un vitrier, une matelassière, un plombier... La ferme, sous l'autorité du chef de culture, comporte des champs, des vergers, un potager, environ 10 hectares de vigne [le vin produit est vendu à l'extérieur, d'où le nom de Vinatier attribué à l'hôpital], des prairies, des pâtures pour environ 100 vaches, des étables, une porcherie (300 porcs). » [65]* Exemple de l'asile d'aliénés de Bron, pour lequel la production de l'asile est destinée aux nécessités de fonctionnement de celui-ci mais également à l'exportation.

Les techniciens qui sont employés au sein de l'asile n'exercent qu'à l'intérieur de celui-ci, et il n'est pas d'usage de faire appel à des entreprises externes pour des interventions au sein de l'asile. L'idée est donc une séparation complète de la cité, un fonctionnement interne en vase clos, réduisant au maximum les échanges avec l'Extérieur.

#### **1.1.2.7. L'asile : un dedans loin dehors**

L'asile est un dedans extrêmement cloisonné, nous l'avons vu dans la conception des quartiers. Outre l'organisation des quartiers notons, concernant l'environnement de ceux-ci, d'autres impératifs médicaux qui sont stipulés dans les cahiers des charges des architectes :

- L'espacement des quartiers entre eux,
- La présence d'une galerie, reliant l'ensemble des quartiers,
- Les cours des rez-de-chaussée sont fermées sur trois côtés seulement, laissant le quatrième libre. Disposition à double objectif : minimiser l'impression d'enfermement en permettant la vue sur le reste de l'asile, tout en conservant un caractère extrêmement cloisonné. Dans le même ordre d'idée sont creusés :
- La percée de sauts de loup permettant de voir la campagne environnante sans risque d'évasion.

Cloisonné à l'intérieur, séparé de l'extérieur par d'épais murs, l'asile est aussi géographiquement éloigné de la cité.

C. Boucher décrit l'organisation asilaire cloisonnée de Bron : « *L'asile de Bron se présente en ce début du XX<sup>es</sup> (...) comme un **espace clos en maints endroits**. D'abord un **mur élevé ferme l'asile du territoire communal** brondillant. Puis un **deuxième mur sépare les terres cultivées des bâtiments d'hospitalisation centraux** ; d'imposantes grilles permettent de franchir cette séparation. Toute la partie centrale est divisée et séparée entre les lieux d'hospitalisation **hommes et femmes** près des services généraux. Enfin, **chaque quartier est bien individualisé** aucune communication n'est possible avec un autre quartier sans d'énormes clés. De plus à l'intérieur du service des grilles ferment les accès aux étages ou aux parties communes. »*

A l'image des quartiers d'aliénés rejetés à l'extrémité pavillonnaire, les asiles sont la plupart du temps construits à l'extérieur. En dehors de la ville, ils prennent place sur de grandes surfaces agricoles permettant un fonctionnement autarcique (champs, cultures).



Ainsi, de par l'avancement d'arguments cliniques (fonctionnement autarcique se voulant thérapeutique) et financiers (les terrains de grande taille sont moins onéreux en banlieue), l'asile prend place en dehors de la cité.

*« Les autres principes d'Esquirol sont : choix d'un site à flanc de coteau permettant au mieux cette échappée visuelle, **rejet de l'asile hors des villes** (pour des raisons d'ordre économique : moindre coût du terrain, nécessité de terres à cultures). C'est encore Esquirol qui impose le nom d'asile, à l'époque moins péjoratif que celui d'hôpital. »* [60]

Nous pouvons bien sûr nous interroger sur la mise au dehors de ce dedans si mystérieux.

*« Ce regard suspicieux que porte le sens commun sur la psychiatrie n'épargne rien ni personne. Ni les lieux mêmes de la prise en charge, sans cesse ramenés à la seule visibilité de ces hauts et épais murs qui la protègent des tumultes de la ville mais qui, dans le même temps, **laissent la porte grande ouverte à une multitude de fantasmes et de peurs, résumant alors la psychiatrie à un culte douteux du secret et de l'isolement** »* [82] [83].

## 1.2. Asile et habiter

Ainsi, l'asile se veut lieu de vie, lieu de travail pour les soignants et certains aliénés, dans le souhait de recréer une microsociété protégée. Le fonctionnement de l'asile se veut proche de celui de la vie de la cité ; il n'y aurait qu'un pas si l'on oubliait que les aliénés vivent sous contrainte. Contrainte de suivre le règlement intérieur asilaire : lieu de vie imposé, travail « forcé », et ce pour une durée indéterminée. Ces réflexions nous amènent à interroger le sens de l'habiter au sein de l'asile.

L. Grand<sup>9</sup> qualifie l'asile d'institution « **incarnée dans ses bâtiments plus qu'aucune autre sans doute** ». L'auteur met son lecteur en garde contre une vision réductrice de l'histoire de la conception des asiles, et rappelle qu'outre l'étude des murs il s'agit de compléter notre propos par l'étude de l'habiter au sein de ces murs :

*« N'étudier un bâtiment, surtout un bâtiment aussi pensé que l'asile, qu'au strict point de vue de la chronologie de sa construction, de sa morphologie ou de son plan, sans étudier son **histoire « habitée » ou l'usage qui en a été fait fausserait d'emblée le discours.** »*

---

<sup>9</sup> Lucile Grand est conservateur à la Direction des archives de France.

Ainsi, nous allons envisager la manière dont l'asile était habité, tant du côté des soignés que des soignants, rendant compte de l'idéologie utopique des aliénistes.

### 1.2.1. L'asile : ses habitants, ses habits, ses habitudes.

#### 1.2.1.1. *Les soignants, autres habitants de l'asile*

Bien sûr, les plus nombreux à vivre au sein de l'asile sont les malades, les aliénés, répartis dans les différents quartiers selon l'attribution nosographique. Cependant, une autre population côtoie les aliénés au quotidien au sein de l'asile : les soignants.

Le personnel employé par l'asile est constitué par les médecins, mais également en première ligne, les gardiens. En effet, lors de la création de l'asile, les personnes qui avaient pour rôle de surveiller les aliénés n'étaient pas des infirmiers. Il s'agissait de « gardiens d'asile ».

H. Zilliox, ancienne infirmière psychiatrique devenue médecin psychiatre, nous renseigne sur la population recrutée pour exercer les fonctions de gardien d'asile :

« *Qui embauche-t-on ?*

- *tous ceux qui acceptent de travailler 24 heures sur 24 et de courir quelques risques ; ce sont fréquemment d'anciens malades qui veilleront à éviter aux aliénés, les souffrances endurées par eux-mêmes ;*
- *on embauche aussi, souvent pour survivre, les plus pauvres et les plus déshérités, qui ont côtoyé la misère, la mendicité, voire même la délinquance. A l'asile, ils trouveront au moins un logis et la nourriture, quant aux malades que l'on confie à leur garde, ils sauront bien se débrouiller.(...) « Il nous faudra l'imaginer, ce gardien, en bleu de travail avec de beaux boutons couleur or et argent sur lesquels sont gravés les mots Humanité et Vigilance. Sa situation est celle de « gens de maison » ; aucune loi ne précise ses droits et devoirs. » [84]*

Ainsi, les premiers à partager l'intimité des aliénés étaient eux-mêmes d'anciens malades (Ceci paraît constituer un des supports aux fantasmes de contagiosité de la folie, nous y reviendrons). Ils habitaient l'asile, y vivaient 24h/24. Ainsi, les gardiens partageaient le quotidien de cette microsociété asilaire avec les aliénés.

Les fonctions de gardien ont ensuite été exercées par des professionnels : un ensemble de religieuses pour les quartiers de femmes et d'infirmiers pour les hommes :

« Sont attachés au service médical :

- **les Sœurs du Verbe Incarné, logées sur place, dont la Supérieure remplit les fonctions de surveillante en chef dans la section des femmes ;**
- **un surveillant en chef et des infirmiers dans la section des hommes.**

**En février 1885, le service de surveillance des femmes devient laïque : les sœurs hospitalières sont remplacées par des infirmières. Des chefs et cheftaines de quartiers sont bientôt recrutées. »**

« Jusqu'à l'introduction des lois sur la durée du travail au début des années 1920, le régime du travail du personnel infirmier et des préposés est celui des **gens de maison : travail permanent avec quelques jours de sortie, logement sur place et repos hebdomadaire.** » [65]

Le métier de gardien d'asile a donc progressivement laissé place à la profession d'infirmier. L'institution d'un diplôme d'infirmier spécialisé en psychiatrie a pris du temps ; ce n'est que tardivement qu'il est rendu indispensable pour exercer à l'asile.

« La première école d'infirmier s'ouvrira à la Salpêtrière le 1<sup>er</sup> avril 1878, le 2 mai de la même année à Bicêtre, suivie de Sainte-Anne (1880) et de La Pitié (1881) »

Au départ l'emploi était réservé aux hommes, la guerre a forcé l'évolution des mœurs :

« En 1914 les gardiens seront mobilisés et envoyés sur les différents fronts, et pour les remplacer il faudra fatalement lever l'interdiction faite aux femmes de pénétrer dans les hôpitaux psychiatriques. »

« Par décret en date du **26 mai 1930 les gardiens s'appelleront dorénavant infirmiers (ières) psychiatriques.** Un arrêté précise la formation et la situation des infirmiers d'asiles et régleme l'obtention d'un diplôme d'Etat d'infirmiers des asiles d'aliénés. »

Ainsi, les infirmiers « psychiatriques » exercent dorénavant en appui sur une formation. Cette formation est différente de celle des infirmiers en soins généraux. La population recrutée dans les deux branches de la profession comporte d'ailleurs des caractéristiques spécifiques :

« Le niveau de recrutement des infirmiers psychiatriques est nettement inférieur à celui des diplômés d'Etat, obligés de payer leur scolarité ; d'où manifestation **des niveaux sociaux différents.** (...) La formation d'un infirmier en soins généraux exige trois ans, alors que celle d'un infirmier psychiatrique se faisait en 20 mois. »

Conséquences sociales :

- *D'une part leurs passés différents.(...) Les infirmières en soins généraux sont héritières d'un lourd passé de célibat, de règles morales, de dévouement oblatifs. Véritable vocation pour femmes seules ou célibataires. En 1970 une enquête révèle que 60% des infirmières des hôpitaux généraux sont célibataires alors que les anciens gardiens d'asile, ayant un statut de gens de maison, étaient mariés le plus souvent, mari et femme travaillant à l'asile, ce qui explique qu'actuellement bon nombre de couples infirmiers travaillent dans le même hôpital psychiatrique. Bien plus, l'on a des familles entières à l'hôpital psychiatrique, de père en fils-oncle-cousin, etc. »*
- *Phénomènes de rivalité dus à un sentiment d'infériorité chez les infirmiers psychiatriques et une tendance à la supériorité des infirmiers en soins généraux*
- *Impossibilité pour les infirmiers psychiatriques d'accéder à une profession libérale de soins à domicile*
- *Statut d'apprenti pour les élèves infirmiers en psychiatrie, donc des salariés- mais statut d'étudiant pour les élèves diplômés d'état. » [84]*

Dans son travail de note de recherche, C. Boucher a recueilli des témoignages d'anciens infirmiers, relevons celui-ci : *« Je suis entrée à l'asile parce-que mes parents y étaient, mon père était vacher, ma mère employée au nettoyage. Mon mari y travaillait aussi c'est là que je l'ai connu car j'habitais là-bas avec mes parents.(...) Je suis entrée comme ça parce que toute la famille était là, mon mari avait même plusieurs cousins. Cela se faisait beaucoup à l'époque. »*

Ainsi, jusqu'à la transformation de l'asile en hôpital psychiatrique (1937) [85], les gardiens puis les infirmiers avaient des logements de fonction, ils habitaient à l'asile, ils habitaient l'asile.

### **1.2.1.2. L'asile : ses habits**

Comme nous l'avons développé dans la première partie, l'habit au sens premier porte la notion d'habitude, F. Héran nous rappelle qu'*« il s'agissait d'une apparence établie donnant à voir de quelles fonctions le porteur était (...) investi et l'autorisant à agir conformément à ces fonctions »*.

Ainsi, à l'asile, chaque membre de la communauté asilaire revêt un habit différent, rappelant les fonctions et places de chacun.

**Les médecins** exercent en tenue civile : « *Au XIX<sup>e</sup> siècle, ce vêtement est celui du notable aisé. (...) Si l'uniforme du personnel religieux ou du personnel domestique exprime toujours une soumission- à l'ordre de l'Eglise ou à l'ordre de l'Institution- le médecin est celui qui échappe à cet ordre hospitalier et affirme une liberté souveraine.* » [86]

En ce qui concerne **les gardiens**, l'uniforme est de rigueur :

« *Pour travailler à l'asile, l'administration fournit un uniforme : sarreau et calot blanc pour les chefs, sarreau et calot bleu pour les gardiens auxquels s'ajoute une paire de galoches en bois pour faire les gros nettoyages. Un énorme trousseau de clefs vient s'ajouter à l'uniforme : différentes grosseurs de « passes » pour les portes selon qu'il s'agit des portes extérieures ou des portes intérieures du quartier (dortoirs, salles, cours) des clefs pour les armoires à linge ou matériel, des « carrés » pour des fenêtres et certains moyens de contention. Il est retenu pas un mousqueton à la ceinture.(...)Le trousseau oscille entre 500 et 700grs.* »

« *Le personnel vit 24h sur 24 auprès des malades. L'uniforme et un énorme trousseau de clefs, voilà qui distingue le gardien !* » [79]

G. Francequin note à propos du code de couleurs que « *la différence la plus marquée se joue entre « blouse bleue » et « blouse blanche », le blanc apparaissant comme une promotion sur le « bleu populaire ».* » [18]

« *Art. 49[du règlement intérieur de l'asile de Bron, 1897] : Il est interdit aux surveillantes et chef de quartier, ainsi qu'aux infirmières et infirmiers, de porter au dehors le costume de la maison, à l'exception des sorties de service ou des sorties faites en commun.* »

**Les malades**, quant à eux se voient retirer leurs effets personnels jusqu'à leur sortie de l'asile, en échange d'uniformes de jour et de nuit.

### **1.2.1.3. Les habitudes asilaires**

La vie quotidienne à l'asile est extrêmement ritualisée.

Le lever a lieu à 5h30 en été et 6h en hiver. La journée commence par l'ouverture des dortoirs, vérification et inventaire des événements nocturnes, puis vient le temps de la toilette, de l'habillage et de la réfection des lits avant la prière précédant le petit-déjeuner. Les gardiens doivent ensuite nettoyer l'ensemble des dortoirs. La propreté est capitale à l'asile, il s'agit d'un critère d'évaluation majeur pour le personnel.

Les malades travailleurs vont travailler, pas moins de dix heures quotidiennes.

A midi, dans le réfectoire de chaque quartier, « le service des tables » commence pour les aliénés du service commun, puis vient l'heure des pensionnaires, c'est-à-dire les malades de classe sociale plus élevée. Les travailleurs reprennent à 13h30 jusqu'à 17h, afin de libérer les malades pour le dîner. Les malades ont ensuite un temps libre avant l'heure du coucher (20h l'été, 19h l'hiver), précédé d'une prière.

Le coucher est un moment qui requiert particulièrement l'attention des gardiens. « *Chaque sœur, chaque gardien doit coucher ses malades « avec autant de décence que possible ». Il faut « les bien couvrir, serrer soigneusement leurs habits » (dont l'une des pièces peut devenir l'instrument d'un suicide par strangulation). (...) En outre, les malades ne doivent pas être couchés sans que leur linge soit changé s'il est gâté ou souillé.* » [60]

La nuit, par deux, les gardiens effectuent des rondes régulières.

Certains jours de la semaine revêtissent un caractère « exceptionnel », qui se répète de manière hebdomadaire. Il s'agit du vendredi : soins capillaires, samedi : distribution du linge de la semaine. Certaines dates annuelles sont repérées : « *c'est le cas de la remise du vestiaire et des couvertures d'hiver le 15 octobre, de ceux d'été le 15 mai* ».

Les malades sont parfois autorisés à des visites qui ont lieu au parloir ou dans les jardins, des promenades exceptionnelles avec un gardien en voiture en dehors de l'asile, les sorties et permissions sont plus rares et brèves.

Les aliénistes, quant à eux, effectuent des visites matinales en présence des surveillants chefs, non des gardiens, qui se doivent de transmettre tout évènement survenu depuis la veille.

### 1.2.2. L'utopie aliéniste

« *Un asile qui ne serait plus une cage de l'homme livré à sa sauvagerie mais une sorte de république du rêve où les rapports ne s'établissent que dans une transparence vertueuse.* », P. Pinel cité par M. Foucault.

L'idée d'un lieu d'exception, nous l'avons vu, germe depuis la fin du XVIIIème siècle. Le projet est entériné par la loi du 30 juin 1838, texte législatif s'appuyant sur les rapports des aliénistes, exigeant la création d'asiles départementaux.

Ainsi extirpé du jugement des habitants de la cité, l'aliéné devait retrouver sa condition d'humain en habitant l'asile.

« On peut considérer que la naissance de la psychiatrie a tout de même marqué une avancée substantielle de l'idéal démocratique et de la lutte contre l'exclusion. A son origine, la création de l'aliénisme représente une réelle tentative de concrétisation de **l'utopie d'une société fraternelle dans laquelle tous les citoyens étant des semblables naturellement libres et égaux en droit seraient identiquement respectables et respectés même si leurs comportements ou leurs discours étaient étranges et incompréhensibles.** » [63]

Les aliénistes ont ainsi le désir de créer un lieu à part, donnant asile à une population et, de fait, à une discipline marginales. L'idée est alors celle d'un lieu autosuffisant, recréant une **microsociété autarcique** dans le but de rendre aux aliénés une vie quotidienne « normale ». L'asile fournirait donc à l'aliéné les conditions de vie *idéales* adaptées à sa folie.

Ainsi, comme nous l'avons vu, tout se passe au sein des murs de l'asile. De la blanchisserie à la culture des terres, de la ferme à la maçonnerie, de la chapelle au cimetière, la plupart des fonctions et corps de métiers ainsi que les différents lieux usuels et symboliques de la cité s'y trouvent représentés.

« Une ferme d'hommes et une ferme des femmes sont organisées sur les terres agricoles. **Cette exploitation est censée primitivement assurer l'autarcie de l'hôpital.** En 1877, suite à un conflit avec le curé de Bron, l'asile décide de se pourvoir de son propre cimetière, lequel est inauguré en 1880. » propos de C. Chabannes sur l'histoire de l'asile d'aliénés de Bron.

**Utopie** : forgé sur le grec *ou*=non et *topos*=lieu : « en aucun lieu », synthèse des mots grecs οὐ-τοπος (lieu qui n'est pas) et εὖ-τοπος (lieu de bonheur). L'utopie est une représentation d'une réalité idéale et sans défaut.

### 1.2.3. La réponse de l'asile à la question de l'habiter : l'omnipotence

Comme nous venons de le voir, la conception de l'asile des aliénistes revêt un caractère utopique. Il s'agit, tout du moins au départ, d'un refuge au caractère sacré (M. Foucault parle de « *l'asile, domaine religieux sans religion* » [68]), d'un lieu subvenant à tous les besoins, une sorte d'institution autosuffisante, toute-puissante au sein de laquelle le médecin est roi. Tout se passe à l'intérieur, il n'existe aucun lien avec la cité : l'Extérieur n'est jamais convoqué.

Selon une approche sociologique, étudiant et comparant plusieurs types d'institution (milieu carcéral, armée, école, hôpital, etc.), E. Goffman décrit les similitudes fonctionnelles entre

asile et institution totalitaire. Ainsi, selon le sociologue : « *On peut définir une **institution totalitaire**<sup>10</sup> (total institution) comme un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, **coupés du monde** extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une **vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées.** » [87]*

Vie recluse au sein de laquelle tout est organisé : le fonctionnement asilaire ne laisse pas de place à l'imprévu, la surprise, ou le manque. La folie serait ainsi maîtrisée. Comme le soulignent J. Postel et C. Quétel : « ***L'institution asilaire a « horreur du vide ».** Elle ne laisse pas une minute au hasard, canalisant chaque instant la folie, et la privant de toute initiative.* »

Ainsi, à son entrée, l'aliéné est dépossédé de tous ses biens, il confie ses effets personnels, ses papiers, les femmes perdent même leur nom d'épouse. L'aliéné *investit* un nouvel habit, un nouveau lieu qui, dorénavant, s'instituera comme tout-puissant, et ce jusqu'à la sortie, hypothétique à l'époque.

« *Les formalités d'admission peuvent être caractérisées par une séance de déshabillage, suivie d'un re-habillage avec entre les deux, un temps de nudité intégrale. Le déshabillage fait naître un sentiment de dépossession intense car **on investit généralement dans les effets personnels l'idée que l'on se fait de soi-même.** » [87]*

La configuration asilaire, de par la position régressive et de dépendance absolue dans laquelle elle confine ses malades, rappelle celles propres au temps premier de la vie in utero. Ce temps est celui d'une dépendance physique totale. Le fœtus est concrètement lié au corps maternel omnipotent ; mère qui subvient à tous les besoins physiques de l'enfant à naître, elle est l'unique nourricière. Ainsi, les besoins physiques fœtaux sont satisfaits immédiatement et totalement par la mère, sans nécessité d'intervention extérieure. Le fœtus possède des possibilités limitées de contact avec le monde externe, extérieur dont il est protégé mais aussi séparé par l'épaisse paroi du ventre maternel.

Ainsi, le fonctionnement asilaire rappelle cette configuration maternelle, maternante à l'extrême. L'asile, dans une volonté de recréer une microsociété -forcément factice- se pose

---

<sup>10</sup> Nous proposerions volontiers en place de « totalitaire » une traduction par « institution totale ».



en institution totale. L'aliéné au sein de l'asile, le fœtus dans le ventre maternel : tous deux sont assignés à résidence, qui plus est résidence omnipotente. Si dans la réalité de l'aliéné l'asile ne constitue pas son premier habitat, l'institution tente de le lui faire croire. Lieu de vie, de travail, de soin, lieu social, l'asile se veut constituer le premier habitat de la folie.

Une fois logé dans cet antre tout-puissant, le malade vit sa folie à l'intérieur, sans regard extérieur. L'institution « s'occupe de tout »- excepté de la sortie. Car si l'avenir du fœtus est de sortir inéluctablement de son premier habitat, de vivre son premier déménagement c'est-à-dire de vivre sa naissance, à l'asile, point de sortie envisagée pour les aliénés. Seuls les patients curables, intéressants, ou fortunés, peuvent aspirer à l'idée d'une sortie ; les autres malades –que la psychiatrie a nommés *chroniques* par la suite- ne réintégreront probablement pas la vie de la cité.

*« Une enquête, menée par les médecins aliénistes dans le courant du XIXème siècle, a montré les lacunes de la loi de 1838 en ce qui concerne la sortie des aliénés guéris. L'administration ne se soucie guère de l'avenir du malade une fois qu'il est sorti et ne fait pas d'enquête pour connaître ses ressources et chances de récurrence face aux contraintes du monde extérieur »* [65]

Ainsi, la question de l'habiter au temps de l'asile se traite en termes de dedans *ou* dehors, la cité *ou* l'asile. Pas de dedans puis dehors, de dehors et dedans, pas de va-et-vient, l'immutabilité est de rigueur.

Voici donc revenir en force notre questionnement sur l'habiter : **peut-on dire alors que les aliénés habitent l'asile ?**

Nous pouvons dire, au sens commun du terme, que les aliénés habitent l'asile, car il s'agit de leur lieu de vie, parfois pour toute la vie. Nous avons vu que la vie asilaire comportait ses habitudes, ses habits, son habiter. La vie des aliénés est rythmée par les repères, les temps *habituels* du quotidien, contraignants mais aussi rassurants. Certains aliénés s'en accommodent mieux que d'autres, et l'idée aliéniste consistant à proposer un refuge à cette population sans lieu, sans domicile pour sa folie, peut fonctionner.

En effet, une majorité d'aliénés n'aurait pas pu habiter la cité, inadaptée à l'époque pour la pathologie psychiatrique. En cela, ils trouvent effectivement asile et peuvent, grâce à la spécificité du lieu et à la tolérance énoncée pour la différence, habiter leur folie. Habiter leur folie c'est aussi pouvoir habiter une identité, l'identité de malade. Seulement, l'habiter est souvent total, au point où certains malades ne quittent jamais l'enceinte asilaire ; certains y

meurent, d'autres y mettent au monde des enfants. Ces enfants, qui sont nés à l'asile et ont donc partagé un temps cet asile de la folie familiale, viennent parfois, plus tard, chercher leur part d'histoire dans ce lieu, au détour d'une décompensation psychiatrique. Nous connaissons tous un ou des patients pour qui l'ancien asile, devenu hôpital psychiatrique, représente, constitue leur maison, leur chez-soi, aussi parce que cela s'inscrit de manière générationnelle, et que, de ce fait, le lieu devient porteur d'une partie de l'histoire familiale. Nous pensons tout particulièrement à cette patiente de l'hôpital du Vinatier, née d'une mère internée dans ce lieu, ayant grandi en présence des équipes de la Cité de l'enfance<sup>11</sup> et des équipes hospitalières, qui mit littéralement le feu à sa chambre lors d'un essai de « placement » à l'extérieur. Echech d'une sortie de ces murs et séparation impossible d'avec les soignants, murs et soignants qui, pour elle, s'inscrivent comme témoins de son histoire.

Histoire familiale donc, qu'indirectement les équipes peuvent aider à retracer, afin de permettre une partie de la *re-construction de leur passé*, selon les mots de P. Aulagnier [38]. Les soignants sont porteurs de mémoire, eux-mêmes vecteurs et acteurs de la transmission, et peuvent ainsi devenir co-auteurs de la mise en récit d'une histoire. L'histoire se construit par le récit de celle du patient, ou de manière moins directe, en tenant compte des mécanismes projectifs, par le récit de celle de l'institution.

Ainsi, dans ce sens, nous pouvons dire que certains aliénés habitent l'asile, puisque nous avons vu que l'inscription générationnelle faisait partie intégrante du processus d'habiter.

Cependant, habiter l'asile c'est avant tout être contraint, en quelque sorte assigné à résidence. Cette dimension de la contrainte ne permet pas a priori que la question de l'habiter à l'asile se pose de manière active et autonome, car le processus d'habiter, tel que nous l'avons décrit précédemment, renvoie le sujet à la question de l'appropriation. Or l'asile maintient l'aliéné dans une position infantile, désappropriant ainsi le sujet de la question de l'habiter : l'institution y a déjà répondu, à sa place. L'Asile est donc avant tout un *refuge*, un *abri*, un *asile*, notions qui, nous l'avons vu, diffèrent de l'habiter.

Plus encore que la question de la contrainte du lieu de vie, pour les soignés il est difficile d'habiter l'asile, au vu du déni de la question de l'intimité. En effet, les malades ne peuvent habiter l'asile car ils n'ont pas la possibilité de *mettre de soi* dans leur cellule, chambre ou dortoirs : pas d'effet personnel, tout est mis de côté dès l'entrée ; or, selon C. Alombert :

---

<sup>11</sup> Cité de l'enfance, actuellement nommée IDEF : Institut Départemental de l'Enfance et de la Famille.

*« Pour que chacun adhère personnellement à une possibilité de **changement intrapsychique**, il importe que les résidents puissent **transformer** une chambre ou disposer d'un cadre nouveau en fonction de leur intérêt ; ce qui est impossible dans un hôpital psychiatrique ; cette possibilité de changement est importante dans tout lieu de vie pour psychotique ; elle s'oppose à un désir de permanence immuable qui est la mort de la vie » [88]*

Ainsi, si l'idée selon laquelle l'aliéné habite l'asile se discute, nous pouvons dire en revanche que l'asile est habité. En effet, une autre population vit au sein de l'institution, partage le quotidien des aliénés : les gardiens, les soignants. Les soignants habitent réellement à l'asile, pour eux, pas de doute : l'asile est lieu de travail et lieu de vie. Une sortie mensuelle autorisée, un repos hebdomadaire, et le reste du temps s'écoule au sein de l'univers asilaire. Comme nous l'avons vu, leur statut est celui de *gens de maison*, l'asile est leur maison.

E. Lasserre, dans un travail de recherche récent sur les représentations soignantes actuelles de l'asile et l'hôpital psychiatrique [82][83], souligne les effets de cette cohabitation asilaire perdue : *« A l'image de l'asile se voit ainsi accolée celle d'un Age d'or, temps utopique de l'indistinction où tous, personnels comme malades participaient d'une même réalité partagée, comme si la tangibilité des murs avait nécessairement rapproché, dans le partage d'un même espace de séparation ».*

Les médecins quant à eux, et seulement plus tard, habitent l'hôpital par choix et nombre de chefs de service habitent les lieux du soin qu'ils dispensent, jusqu'à ce qu'actuellement ces logements de fonctions soient de plus en plus occupés par le personnel administratif : évolution de l'habiter à l'hôpital psychiatrique à l'image de l'évolution de la psychiatrie, nous y reviendrons.

## **2. De l'asile à nos jours : l'hôpital et sa fonction d'asile.**

*« Les patients présentant des problèmes psychiatriques nous attendent au tournant de la durée. » P. Delion [89]*

### **2.1. De l'asile à l'hôpital psychiatrique, de l'aliénisme à la psychiatrie de secteur.**

Si la tâche consistant à retracer l'évolution de la psychiatrie au XXème siècle s'avère être d'une grande complexité du fait de l'intrication de nombreux courants de pensée, nous

proposons d'exposer, sans toutefois chercher l'exhaustivité, certains repères historiques permettant une meilleure compréhension de la transformation et de l'inscription contextuelle actuelle de la discipline.

### 2.1.1. Le courant hygiéniste : une tentative avant-gardiste de psychiatrie « sociale »

A la sortie de la première guerre, l'asile commence à vivre ses premières transformations. Théories de l'organogénèse et courant hygiéniste cohabitent avec un fonctionnement asilaire encore prédominant. Le psychiatre E. Toulouse, à l'origine de la Ligue d'Hygiène Mentale, tente l'expérimentation d'un système de soins psychiatriques calqué sur le courant médical hygiéniste de l'époque, lui-même issu des travaux de L. Pasteur datant du milieu du XIX<sup>ème</sup> siècle. Hygiène mentale et prophylaxie sont les piliers du projet d'E.Toulouse. Il est à l'origine d'une institution originale revendiquant sa différence quant au système asilaire : l'hôpital Henri-Rousselle. L'institution regroupe un dispensaire d'hygiène mentale -à l'image des dispensaires anti-tuberculeux-, des lits d'hospitalisation libre -c'est-à-dire non régis par la loi de l'internement-, un service social, ainsi que des pôles de recherche et d'enseignement. E. Toulouse est fortement contesté par ses collègues, encore pour beaucoup attachés au système asilaire. Ainsi, dès 1923 les services ouverts fleurissent au sein des établissements psychiatriques, n'empêchant pas la controverse activement menée par nombre de psychiatres. Sont craintes les dérives d'un tel système notamment l'utilisation des services ouverts comme repoussoir aux services fermés, renforçant le côté arbitraire de certains internements.

L'optimisme de l'après-guerre incline les psychiatres à se montrer plus réceptifs au caractère précurseur du courant hygiéniste. En effet, ce mouvement se pose comme esquisse d'une psychiatrie « sociale », à une époque où la psychiatrie tente plutôt de repenser l'asile comme outil de soin -quoiqu'à l'opposé des conceptions de Pinel et Esquirol-, avant de s'ouvrir, seulement bien plus tard, à la cité. Le courant hygiéniste sera cependant l'objet de critiques quant à son évolution ultérieure du côté d'une psychiatrie dite « d'écramage » du fait d'une préoccupation centrée sur les malades « intéressants ».

Par ailleurs, suite au décret du 5 avril 1937, et sous l'influence d'E. Toulouse, l'asile prend officiellement le nom d' « hôpital psychiatrique ». Les aliénistes deviennent des psychiatres ; mais ce n'est qu'en 1958 que la dénomination d'« aliéné » est abolie. Ces modifications symboliques annoncent un nouveau bouleversement de la psychiatrie, qui n'aura réellement

lieu qu'une fois la deuxième guerre achevée ; avant cela, comme l'écrit P. Balvet : « *L'asile d'aliénés a changé de nom, la réalité est restée* ».

### 2.1.2. La thérapie institutionnelle : soin par l'institution, soin de l'institution

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, le triste bilan du nombre de malades mentaux morts d'œdèmes de carence du fait de la famine marque le corps médical. Non seulement le statut et la condition du malade mental sont réinterrogés sous l'influence des courants psychanalytiques et phénoménologiques d'avant-guerre, mais une véritable réflexion sur la conception du soin et le rôle des soignants s'amorce. Les psychiatres constatent que, plus encore qu'un hôpital d'aliénés, il s'agit d'un *hôpital aliéné*. « *Le psychiatre aussi veut se désaliéner. Il sort de sa tour d'ivoire et se pose en partenaire face au pouvoir politique* » [60]. Dès lors, émergent de nouveaux débats ; de nouvelles perspectives s'ouvrent pour la discipline psychiatrique.

En outre, dans l'après-guerre on assiste à l'affirmation de l'identité de la discipline : la psychiatrie sort de son statut d'annexe de la neurologie et revendique son autonomie. Si l'idée d'une individualisation quant à la neurologie émerge dès les années 1950, la scission ne sera effective qu'en fin d'année 1968, suite aux Etats généraux de la psychiatrie.

Sur le plan architectural le modèle asilaire est délaissé, l'hôpital est dorénavant construit sur le modèle des « hôpitaux-villages ». Leur succéderont quelques années plus tard les Unités de Soins des Centres Hospitaliers.

L'évolution de la psychiatrie est marquée par deux objectifs majeurs : faire de l'institution un outil de soin et ouvrir la psychiatrie à la vie de la cité. Ainsi, dans le cadre du premier objectif – bien différent de l'idée que se faisaient les aliénistes de l'asile comme outil de soin –, et ce dès le lendemain de la guerre, se développe progressivement la psychothérapie institutionnelle.

#### **2.1.2.1. Du côté des soignés...**

L'expression « thérapie institutionnelle » est proposée en 1952 par les psychiatres G. Daumezon et P. Koechlin [90], défenseurs d'une conception du soin basée sur l'utilisation de la vie en communauté, permettant au malade de renouer des liens sociaux et de retrouver « un contact vital avec la réalité » [91].

La priorité était de sortir du modèle asilaire devenu alors institution déshumanisée tentant de maîtriser la folie par des méthodes répressives. Ainsi émerge un mouvement d'« humanisation » de la psychiatrie, influencé par le courant psychanalytique contemporain : les murs de l'asile sont détruits, les fossés comblés, les grilles sciées. Les dortoirs se transforment en chambres, les réfectoires se dotent de fourchettes et de couteaux. Ces transformations ne vont pas sans inquiétude de la part des soignants, à l'image du témoignage de cet infirmier :

*« On a eu une autre transformation avec l'apparition de tout un matériel nouveau dans les hôpitaux psychiatriques : les assiettes, les cuillers, les fourchettes, les couteaux. Tous ces progrès là ont eu leur période. D'un pavillon à l'autre on disait : « vous avez eu les cuillers, vous avez eu les fourchettes ? » et « comment vous avez pas eu de pépin ? ». C'était l'angoisse collective, c'était terrible. » [65]*

La tendance est également à la reconnaissance de l'intimité du malade, commençant par lui rendre, dès que son état clinique l'autorise, ses affaires personnelles, et par respecter le caractère secret de son courrier. Les théories de l'isolement drastique du malade tant de son milieu que de son intimité périssent. L'intimité du malade n'est plus une entrave au soin, elle peut même constituer un abord intéressant du travail psychique, en interaction toutefois avec les équipes.

Ainsi, souhaitant redonner de la vie aux lieux et aux personnes marqués par l'horreur de la guerre, l'hôpital tente de s'ouvrir, de réinventer les liens avec ses malades, entre ses soignants, et avec l'extérieur. Cela commence par le partage de moments festifs symboliques, l'organisation de fêtes, lors desquelles malades et soignants se retrouvent ensemble autour d'un objet commun : sont célébrés ensemble Noël, le 8 décembre à Lyon, mais aussi kermesses et bals, notamment celui du 14 juillet. Des cours de peinture, de cuisine, des rencontres sportives, sont également mis sur pieds, des salles de cinéma s'improvisent et rencontrent un franc succès.

E. Lasserre parle de cette humanisation de l'univers psychiatrique, ayant conduit les soignants et les soignés à expérimenter différemment la collectivité par le partage d'événements festifs, et ayant également permis de **lier l'hôpital à la ville**, « d'une part par l'intermédiaire de sorties occasionnelles ou annuelles et, d'autre part par **l'entrée d'intervenants extérieurs** à l'univers psychiatrique (projection de films au sein de l'hôpital par la Jeunesse Ouvrière Catholique, présentation par des artistes peintres, sculpteurs, musiciens...de leurs savoirs-

*faire...*) » [92]. Se dessine l'esquisse de liens à venir entre dedans et dehors, entre hôpital et cité.

En parallèle de la transformation de l'hôpital public, des établissements revendiquant un fonctionnement basé sur la psychothérapie institutionnelle voient le jour ; nous pensons notamment à la célèbre clinique de La Borde créée en 1953 par Jean Oury [93], ou encore à La Velotte fondée en 1967 par P-C.Racamier.

#### **2.1.2.2. Du côté des soignants...**

*« La psychothérapie institutionnelle part du principe que la psychose existe, que le transfert existe et enfin que le transfert psychotique existe » P. Delion.*

Si la volonté d'humanisation du soin concerne les soignés, elle s'applique également aux soignants, assignés jusque-là au statut de gardien, dont les conditions de vie différaient, comme nous l'avons vu, à peine de celles des malades.

Ainsi, *l'hôpital aliéné* nécessite, afin de pouvoir soigner les patients, de commencer par prendre soin des soignants. Car si la période comprise entre la fin de la guerre et la réalité du secteur (fin des années 70, début des années 80), est féconde, extrêmement riche des idées et innovations des soignants, elle constitue aussi un entre-deux, dans lequel persiste un fonctionnement intra-hospitalier encore marqué par les pratiques asilaires.

*« Quand on est jeune et qu'on arrive en psychiatrie dans des pavillons qui, la plupart du temps, étaient délabrés, vers 1950-1955, c'était pas marrant d'être là dedans. Je parle des murs et de ceux qui étaient dans les murs. Avec lui [un collègue infirmier] on se regardait souvent, on se disait : « Qu'est-ce qu'on est venu faire dans cette galère ? Est-ce que c'est ça la vie, est-ce que c'est là qu'on doit vivre ? ». Témoignage d'infirmier relevé par C. Boucher.*

Ainsi, le *prendre soin* des soignants débute avec la création de réunions d'équipes à visée thérapeutique. L'équipe est dorénavant considérée comme un des piliers forts du soin psychiatrique, agent principal du changement thérapeutique, elle est pensée comme l'*alter familia* du patient, comme le souligne J. Guimon [94], mais nécessite de ce fait une attention toute particulière. Selon D.W. Winnicott *« on devient forcément une figure parentale dès que l'on fait quelque chose de professionnellement fiable »* ; se développe donc toute une réflexion sur la question du transfert, dépassant le cadre strict de la cure psychanalytique pour prendre place au sein de l'institution psychiatrique. Dans la suite de S. Freud, des auteurs se

sont penchés sur la question du transfert élargie à la pathologie psychotique et à ses effets dans l'institution ; ainsi, les travaux des W. Bion, J.Bleger, F.Tosquelles, P-C.Racamier, R.Diatkine, et tant d'autres, constituent des bases théoriques solides pour penser les effets de la psychose sur les soignants et permettre à ceux-ci d'être mieux outillés psychiquement. Afin que les équipes puissent travailler avec ce que R. Roussillon appelle l'identification narcissique de base [95] sans pour autant être dans la confusion avec le patient, les temps de réunion, de reprise, de supervision sont aménagés.

Dès lors, les équipes peuvent, dans une toute autre dynamique que celle de l'asile, habiter les lieux du soin, nouer des liens familiaux, voire familiaux, c'est-à-dire en quelque sorte expérimenter et travailler avec l'intimité professionnelle.

*« L'intimité professionnelle serait ainsi la part profonde de l'identité professionnelle. Cette part là de l'intimité serait celle qui soutient au fond de soi son choix professionnel, avec des motivations conscientes ou inconscientes. Le travail collectif dans le quel nous nous engageons impose la mise en partage, dans l'équipe, d'une part de nous-mêmes, celle de l'intimité professionnelle en partie contenue dans notre identité professionnelle. »* [96]

Pour reprendre une citation de D.Mellier par J-J.Rossello : *« Le travail sur le fait institutionnel est un travail de l'intime. »*.

Ainsi, un véritable travail institutionnel s'établit, s'intéressant à la place du malade mais également à celle du soignant ainsi qu'à leurs rapports au sein de l'institution. C'est ce travail institutionnel qui, en pensant la relation thérapeutique et donc en assurant l'ancrage de celle-ci, ainsi qu'en s'attachant à renouer les liens sociaux, autorise les soignants à envisager la réintégration du malade dans la cité, c'est-à-dire à recouvrer son statut de citoyen. C'est dans ce contexte de critique constructive de la pratique psychiatrique que naît, au sein de regroupements essentiellement associatifs, l'idée d'une « psychiatrie communautaire » précédant de peu la psychiatrie de secteur.

### 2.1.3. La psychiatrie « communautaire »

Les critiques sévères persistantes du fonctionnement hospitalier considéré encore pour partie asilaire, ainsi que les questions du déploiement de la pratique de la psychiatrie dans la cité et de la sortie des malades de l'hôpital emboîtent le pas au mouvement de la psychothérapie institutionnelle. Avant même la mise en place de la psychiatrie de secteur, un mouvement de psychiatrie dite « communautaire » [97], marque le début de la désinstitutionnalisation



(traduction française erronée du vocable anglais *desinstitutionnalisation*, à entendre comme **déshospitalisation**).

Ainsi, à l'opposé de l'univers hospitalier qualifié d'hospitalocentré par certains, de « carcéral » par d'autres, et dans le souci de proposer aux malades un soin au plus près de leur milieu de vie habituel, des alternatives à l'hospitalisation sont inventées : prises en charge en ambulatoire ou encore hospitalisations à domicile.

Nous ne manquerons pas de rappeler, bien que notre travail ne s'attarde pas sur cette question, que la conception et la réalisation de ces nouveaux dispositifs sont facilitées par la découverte des neuroleptiques en 1952 (les premières expérimentations leur étant cependant antérieures). Les neuroleptiques ont tout d'abord considérablement transformé l'ambiance asilaire, devenue alors plus calme. Mais surtout, leur efficacité sur la sociabilité des malades, de par le recouvrement partiel des capacités de lien du patient, a permis –fait essentiel- que le soin à proprement parler advienne ; pouvait alors se poser la question de la sortie de l'hôpital et de la réintégration de la vie dans la cité.

La psychiatrie dans la communauté, nommée « psychiatrie communautaire » par J.Hochmann, se pose donc comme conception nouvelle du soin psychiatrique, entre la psychothérapie institutionnelle et la psychiatrie de secteur.

Les premiers dispositifs ont été conçus dans un cadre associatif. Notons les célèbres expériences de l'Association de santé mentale du 13<sup>ème</sup> arrondissement de Paris fondée en 1958 par P. Paumelle, S.Lebovici et R.Diatkine, et l'association Santé Mentale et Communautés à Villeurbanne créée en 1968, dont les fondateurs sont, entre autres, J.Hochman, J.Guyotat et M.Sassolas. Ces expériences associatives de psychiatrie dite « communautaire » prennent place sous l'influence de mouvements étrangers, comme le Community Mental Health Movement Nord-américain, l'antipsychiatrie anglaise, la Psichiatria Democratica italienne, mouvements qui s'incrivent, dans l'après-guerre, dans une lutte contre l'enfermement asilaire décrié.

Ainsi, en rupture avec les théories de l'isolement « thérapeutique », la volonté de ces associations est de soigner le malade sans l'éloigner de son milieu habituel et plus encore de le soigner *dans* son milieu et *avec l'aide* de son milieu, c'est-à-dire d'organiser le soin autour du patient. Le travail de ces associations consiste à tisser un filet protecteur autour du malade, engageant plusieurs acteurs : patient, soignants, famille, médecins généralistes, voisins, travailleurs sociaux, etc.

En parallèle des lieux de soins ambulatoires sont également créés des lieux de vie adaptés aux besoins de la maladie mentale : foyers, communautés thérapeutiques, mais aussi maison d'accueil psychothérapeutique voient le jour.

Sur le plan théorique, la psychiatrie communautaire s'appuie sur des concepts forts. En premier lieu, pour soigner les patients, il semble nécessaire et urgent de **soigner leur lien à la psychiatrie**. Pour ce faire deux axes : la délocalisation des lieux de rencontre –la sortie de l'unique lieu de soin constitué par l'hôpital-, et l'adoption d'une attitude thérapeutique de recherche de sens et de remise en route d'un discours, bien loin des attitudes asilaires répressives ou encore de l'abrasion simple des symptômes. Le deuxième axe de réflexion consiste à penser la psychiatrie comme une « activité thérapeutique à temps partiel », rendant compte du refus de prise en charge de la totalité de la vie du patient, celui-ci se devant d'avoir des « ailleurs ». Nous pouvons penser ce mouvement, en référence à notre réflexion sur l'omnipotence asilaire, comme une tentative d'échappée du lien d'emprise de l'asile comme *mère archaïque toute-puissante* (J-P.Torrès [98]), vers un fonctionnement plus souple, composé d'allers-retours, au sein duquel peut et doit advenir du manque.

Si le mouvement de psychiatrie communautaire semble apparenté à la psychiatrie de secteur, il n'est pas seulement une différence de dates entre l'émergence de ces deux modèles. Les travaux associatifs s'inscrivent dans un contexte politique et économique bien différent de celui de la sectorisation. En effet, dans son travail de thèse, J.P.Torrès [98] rappelle notamment que Santé Mentale et Communautés naît dans l'expansion économique des années soixante, tandis que la sectorisation effective prend place après 1968, dans un contexte de crise, différence de contexte politico-économique influençant forcément la mise en œuvre des projets.

En parallèle de l'émergence de cette psychiatrie dite « communautaire », la politique de sectorisation est officiellement déclarée en 1960 (L. Bonnafé date son émergence de 1958, lors du colloque de Sèvres organisé par les Céméa<sup>12</sup>). La psychiatrie de secteur entre en application en 1971, mais il faudra encore attendre une dizaine d'années pour qu'elle soit opérante. Entre temps, le mouvement anti-psychiatrique des années 1960-1970 arrive en force et remet en question les fondements théorico-pratiques de la discipline.

---

<sup>12</sup> Centres d'Entraînement aux Méthodes d'Education Active.

#### 2.1.4. L'influence de l'anti-psychiatrie

C'est donc lorsque la psychiatrie se tourne vers la cité que la société réagit et conteste. « *L'ouverture vers les sciences de l'homme amène les disciplines concernées à s'interroger sur la légitimité de la psychiatrie, de ses modèles et de ses pratiques traditionnelles, en fait, de son pouvoir* » [60]

La crise que connaît la psychiatrie française entre en résonance avec les courants étrangers : D. Cooper, R. Laing et A. Esterson sont les principaux protagonistes du mouvement anti-psychiatrique anglais, alors qu'en Italie c'est F. Basaglia qui impulse le mouvement. Aux Etats-Unis, des propos radicaux sont tenus par certains psychiatres comme T. Szasz, déclarant que « *l'expression « maladie mentale » est une métaphore que nous avons fini, à tort, par prendre pour un fait* » [99]

Ainsi, l'ouverture de la psychiatrie vers la société, si elle constitue un progrès, s'expose en même temps à la critique de celle qui l'accueille.

Selon J. Postel et C. Quétel, la psychiatrie offre un double front très vulnérable, en ce qu'elle possède une orientation à la fois sociale et médicale. Du côté du social c'est l'aspect répressif qui paraît le plus insupportable aux yeux d'une société dont le discours idéologique prône le libéralisme, la disparition des frontières, le droit à la différence et par conséquent à la folie. Tandis que, du côté médical, la difficulté d'argumenter en faveur d'un substratum organique entrave le rattachement de plein droit de la psychiatrie à la médecine. Nous voyons revenir ici l'éternelle question de l'appartenance ou non de la psychiatrie à la médecine, mais aussi, question plus récente, de ses rapports au social.

Les événements de mai 1968, au sein desquels le courant anti-psychiatrique trouve aisément sa place, suspendent un temps le débat concernant la sectorisation. Ce n'est que quelques temps après qu'est appliquée cette nouvelle organisation de la psychiatrie. Nous pouvons remarquer qu'à l'image de l'interruption du développement des théories aliénistes et de l'asile par la Révolution française, la psychiatrie de secteur devra attendre la fin du mouvement social de 1968 pour s'ancrer dans les pratiques.

On assiste donc à une mutation du paysage psychiatrique, à l'évolution de la manière dont les malades sont pris en charge, mais également à une transformation des mœurs professionnels. Ainsi, aussi bien pour les soignés que pour les soignants, l'habiter à l'hôpital psychiatrique diffère nettement de l'habiter à l'asile. Cette évolution du rapport au soin des professionnels

comme des patients requiert un temps d'adaptation, temps nécessaire à l'installation de nouvelles « habitudes ».

#### 2.1.5. La sectorisation

Le secteur, outil de soin précieux, entre hôpital et cité, entre dedans et dehors, permet les mouvements de va-et-vient des malades, leur rendant leur liberté à être sujet de leur folie tout en conservant le statut de citoyen. Entre les théories aliénistes et anti-psychiatriques, la sectorisation, basée sur une répartition géographique, rend compte d'une volonté de renouer entre folie et société. Les pseudopodes que produit l'hôpital, sont successivement nommés Dispensaires d'hygiène mentale, parfois Centres de traitement et de réadaptation sociale, et enfin Centres Médico-Psychologiques. L'objectif est de se rendre au plus près des malades, d'aller au contact de leur lieu de vie, de leurs habitudes. Selon M. Thuilleaux : « *L'invention du secteur destiné à soigner une personne humaine dans toutes ses dimensions, devait favoriser toutes sortes de rencontres avec les **relations habituelles** du malade.* »

*« Pour les Sivadon, les Le Guillant, les Daumezon, les Duchene, les Koechlin, les Follin et autres Mignot, l'idée de secteur devrait permettre de **soigner les malades aussi près que possible de leur lieu de vie**, dans des « institutions » qui seraient vraiment soignantes (Tosquelles) et non pas des lieux d'enfermement, dans des institutions à visée « désaliénistes » (Bonnafé) et comme **passages vers une réadaptation sociale**. D'où l'appellation de **centres de traitement et de réadaptation sociale (CTRS)** qui fut donnée aux deux premiers « services » expérimentaux établis dans la région parisienne, ceux de Sivadon et de Le Guillant. » [100]*

A côté des CMP, la circulaire du 15 mars 1960 prévoit le développement d'autres types de structures ; il s'agit des hôpitaux de jour, des foyers de post-cure et des ateliers protégés. L'accent est mis sur la prévention et la réinsertion des malades psychiatriques, notions nouvelles dans le champ de la psychiatrie. En parallèle, des établissements spécialisés dans l'hébergement des malades sont construits, dans le souci de proposer un lieu adapté à la pathologie psychiatrique. L'association Santé Mentale et Communauté à Villeurbanne, créée en 1968, a œuvré dans ce sens. Ainsi, la question de la sortie, et donc celle de l'habiter, peut dorénavant se poser, du fait de l'amélioration clinique des patients, de l'idéologie psychiatrique, et de l'offre croissante en termes de logements adaptés à cette population.

C'est ainsi que se renforce le mouvement de désinstitutionnalisation, amorcé lors de l'émergence des psychiatries institutionnelle et communautaire, mouvement en faveur d'une déshospitalisation des patients du fait d'une « décentralisation » du lieu de soin, nécessitant donc la conception et la réalisation de structures de soin et d'accueil adaptées.

Le chapitre suivant vise à explorer l'évolution et les conséquences de ce courant. En effet, si nous avons vu que dans ses fondements initiaux la désinstitutionnalisation consistait à proposer un soin moins « enfermant » en ce qu'elle prônait la décentralisation du soin, nous observons, à regrets, la transformation progressive de l'objectif initial, en parallèle d'une re-médicalisation de la psychiatrie. Evolution du mouvement de désinstitutionnalisation aboutissant au retour d'un système de soin fonctionnant par l'enfermement qui, à la différence de l'asile d'antan, serait un enfermement « à l'extérieur ». Nouvelle forme d'enfermement qui nous pousse à nous interroger sur la mise au dehors de la folie de manière plus générale.

## **2.2. De l'Hôpital psychiatrique au Centre Hospitalier : psychiatrie et chronicité.**

### 2.2.1. La re-médicalisation de la psychiatrie

Si l'on peut penser que la médicalisation de la folie commence avec la loi de 1838, en ce que la folie est confiée à la médecine, la médicalisation de la discipline s'effectue par vagues, lors de plusieurs temps forts et avancées dans l'histoire de la psychiatrie. La maladie mentale ne cesse de susciter la curiosité des psychiatres quant à son étiologie ; nombreux sont ceux qui cultivent l'espoir de trouver l'origine anatomo-clinique ou biologique de pareils désordres. Ainsi, les tentatives de médicalisation de la folie, et donc de la discipline qui la prend en charge, ponctuent régulièrement l'évolution de la discipline. Car si les psychiatres cherchent de manière récurrente à penser la maladie mentale comme pathologie organique, c'est bel et bien la discipline qui est en quête d'identité et de reconnaissance par ses pairs.

La médicalisation revient régulièrement interroger les rapports qu'entretient la psychiatrie avec la médecine. Ainsi, avec l'asile émergent et s'étoffent l'effort nosographique et les théories organicistes, s'imposent ensuite les thérapeutiques de choc (malariathérapie, cure de Sakel, choc au cardiazole, électrochocs, etc.), les techniques de psychochirurgie, puis la découverte des neuroleptiques, succédant fièrement à celle des antibiotiques. Le mouvement de 1968 réinterroge ces questions et propose une attitude antagoniste : désintérêt pour la

nosographie et la question diagnostique, mais aussi revendication de la spécificité de la discipline avec scission de la neuropsychiatrie. Les blouses, entrées à l'hôpital suite aux travaux de L. Pasteur, tombent, les psychiatres se « déshabillent ». Les universitaires cessent même, très brièvement, de porter la toge. La tendance est à la dédifférenciation, justifiée par le souhait d'un rapprochement de l'homme soignant à l'homme soigné.

Suite au mouvement contestataire de 1968, des changements importants des pratiques thérapeutiques sont signalés dès les années 1980, c'est-à-dire peu de temps après la mise en place des dispositifs sectoriels: avancée de la psychiatrie biologique mais aussi moindre recours à des thérapies de longue durée au profit de thérapies brèves et d'intervention de crise[94].

Dans l'ensemble, les découvertes neuroscientifiques et l'efficacité de plus en plus grande des techniques psychopharmacologiques modifient l'orientation de la psychiatrie, de psychosociale elle devient plus biologique. Cette re-médicalisation est due, entre autres, au déplacement de la pratique psychiatrique à l'hôpital général et donc au contact plus étroit avec d'autres spécialités médicales, impliquant le renforcement de l'aspect médical du psychiatre. Les services de psychiatrie réintègrent progressivement l'hôpital général ; actuellement cela concerne un peu moins de la moitié de services de secteur de psychiatrie. Notons également le développement important de la psychiatrie de liaison qui a également contribué à ce changement [94].

*« D'après une étude de Fenton[101] (...), de 1965 à 1980, le nombre des activités psychiatriques dans les hôpitaux généraux a presque doublé, alors que dans les hôpitaux psychiatriques publics et privés, il a diminué de 15%. Cela explique l'augmentation du nombre des psychiatres exerçant dans les unités accueillant des malades hospitalisés dans les hôpitaux généraux et leur diminution dans les hôpitaux psychiatriques. » [94]*

Cette évolution de la discipline commence à se ressentir au sein de l'hôpital, bien que les transformations concernent tout d'abord la médecine universitaire. Comme nous le rappellent Y. Gansel et F. Danet : *« Malgré son fantastique essor de 1960 à 1980, la psychiatrie a été fragilisée dès 1984 quand l'internat de psychiatrie a été rattaché à l'internat de médecine traditionnel. (...) En effet, depuis la réforme des études médicales de 1958 qui a institutionnalisé le lien entre hôpital et université, les sciences dites « fondamentales »*

*(physique, chimie, histologie, biologie cellulaire et moléculaire) tiennent une place centrale dans la médecine universitaire. » [102]*

Ainsi, tandis que la psychiatrie de secteur commence à trouver ses marques, la psychiatrie biologique prend de l'ampleur. L'influence biologique s'ancre à l'université et s'installe concrètement dans les services hospitalo-universitaires.

*« Il faut se rappeler que le premier Livre blanc de la psychiatrie, en 1967, avait précédé et largement préparé la reconnaissance de la psychiatrie comme discipline universitaire indépendante de la neurologie, faisant l'objet d'un certificat puis d'un diplôme d'études spécialisées. Trente-cinq ans plus tard, la psychiatrie revendique son rapprochement des autres spécialités médicales en réduisant sa problématique à l'adage « être ou ne pas être de la médecine » » [102]*

D'autres facteurs poussent à la médicalisation de la discipline, notamment la question économique. Les prises en charge longues sont coûteuses, tout particulièrement en intra-hospitalier. Ainsi, la demande politique est celle d'un soin psychiatrique calqué sur le modèle des soins somatiques, négligeant le point central du soin psychique qu'est la nécessaire temporalité, bien différente de celle d'un soin physique. Par ailleurs, des droits similaires à ceux octroyés aux maladies somatiques s'ouvrent pour la maladie mentale, qui peut désormais être reconnue comme « handicap ».

Bien que re-médicalisation et désinstitutionnalisation soient initialement deux mouvements indépendants (la désinstitutionnalisation trouve son origine dans les conceptions théoriques de la psychothérapie institutionnelle et de la psychiatrie communautaire), nous assistons ces dernières années à une confusion des deux courants aux conséquences dommageables pour la discipline.

### 2.2.2. La désinstitutionnalisation : aujourd'hui si loin d'hier

*« Il ne s'agit pas de sortir du « dedans » pour renfermer « dehors ». Et avant d'investir « dehors », la première réflexion est de se demander comment faire bouger le dedans. » [103]*

Le mouvement de désinstitutionnalisation s'enracine dans le souvenir traumatique de la concentration des malades mentaux [104], il trouve ses fondements au sein de la psychothérapie institutionnelle et surtout communautaire, et est rendu possible grâce à

l'apport pharmacologique de la médicalisation. La volonté est alors de déshospitaliser pour soigner au plus près du lieu de vie du patient, volonté également de lutter contre la stigmatisation, inclinant à penser que, forts des théories nouvelles du soin *autour* du patient, les pouvoirs politiques vont encourager et soutenir la création de structures extra-hospitalières. Or, la désinstitutionnalisation, mêlée au mouvement de re-médicalisation de la psychiatrie, subit ces dernières années des dérives préoccupantes, bien loin de ses motivations premières.

« *Préconiser des **alternatives à l'hospitalisation**, ce n'est en aucun cas mettre en place des **alternatives au soin*** » D. Karavokyros [105].

Le soin des malades dans la cité nécessite, nous l'avons vu, une déshospitalisation au moins partielle, or, actuellement nous pouvons penser qu'à la fin est préféré le moyen.

Ainsi, plus que soigner dans la ville, il s'agirait, s'instituant comme dérive de l'idée première, de faire sortir les patients de l'hôpital, de réduire les durées moyennes de séjour, de fermer des lits (et des postes) et par là, diminuer les coûts sanitaires.

Cette reprise politique d'une réflexion initialement soignante s'inscrit dans la durée, même si la psychiatrie subit ces derniers temps la brutalité des effets de la désinstitutionnalisation.

Ainsi, dès les années 80 s'insinuent des transformations peu bruyantes car progressives, en appui sur le mouvement de re-médicalisation. Ces modifications profondes concernent l'architecture de l'hôpital mais aussi l'architecture du soin, elles impliquent donc des changements de pratique soignante, aux répercussions multiples, touchant soignés et soignants. Ces modifications auraient pu être décrites dans le chapitre traitant de la re-médicalisation, mais trouvent également leur place ici, du fait de l'intrication des deux phénomènes.

**Du point de vue architectural** les services sont reconstruits sur le modèle des services somatiques et, plus largement, c'est l'architecture de l'hôpital qui est repensée. Les nouvelles constructions sont centralisées, aseptisées, les services subissent une uniformisation, leur configuration se voulant « plus pratique ». Centralisation, uniformisation sont à l'origine de nombreuses inquiétudes chez les praticiens du soin ainsi qu'au sein du corps des assistants sociaux, qui se voient régulièrement expulsés architecturalement hors des services de soin [83][84], rappelant le clivage entre sanitaire et social.



**Du point de vue des soignants**, nous constatons les effets de l'utilisation politique de la re-médicalisation de la psychiatrie. Dans cette même idée de faire de la psychiatrie une spécialité médicale *aspécifique*, nous avons vu qu'en ce qui concerne les médecins, l'internat de psychiatrie est rattaché à l'internat de médecine traditionnelle en 1984 ; quelques années plus tard c'est le diplôme d'infirmier spécialisé en psychiatrie (ISP) qui est remis en question, jusqu'à la décision datant des années 1990 de supprimer cette spécialisation.

Dorénavant tous les infirmiers sont Diplômés d'Etat (IDE). Les ISP protestent et mettent en garde les autorités contre les répercussions d'un tel changement. Ce bouleversement des pratiques professionnelles engendre un conflit des générations, mettant à mal la question de la transmission. Les ISP deviennent au fur et à mesure les « vieux infirmiers », et la cohabitation avec les « jeunes » IDE est difficile. Plus qu'un conflit des générations, c'est d'ailleurs la question de la transmission qui achoppe. La formation des infirmiers spécialisés se déroulaient essentiellement dans le cote à cote, les anciens étant conscients de la nécessité du temps d'imprégnation, alors que les jeunes DE, formés sur le modèle médical aseptisé et efficace, n'appréhendent pas l'apprentissage de la même manière. Le corps infirmier éprouve de la difficulté à retrouver un sentiment d'appartenance et d'unité.

**Du point de vue des malades**, c'est la **chronicité** qui est interpellée. Ces dénommés *chroniques*, qui « embolisent » les services, doivent désormais sortir des murs qui les ont hébergés si longtemps, et par l'attaque de la chronicité c'est le savoir-faire des soignants qui est dénigré.

### 2.2.3. La chronicité : objet de la désinstitutionnalisation

« ***La chronicité est une dimension basale de la maladie mentale, et à trop vouloir l'ignorer, des conséquences dramatiques vont en résulter : la disparition de ce qui fait la raison d'être de la psychiatrie*** » P. Delion.

Dans l'ouvrage collectif *La chronicité en psychiatrie aujourd'hui*, P. Delion [89] propose un extrait du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française datant de 1964, précurseur dans ces questionnements, dans lequel L.Bonnafé, L.Le Guillant, et H.Mignot [106] apportent un éclairage sur la différence notable entre chronicité et sédimentation.

La chronicité est le fait que certaines pathologies s'inscrivent dans la durée voire pour toute la vie, bien au-delà de la seule phase aiguë ; L.Bonnafé en rappelle la définition du Littré et Robin : « *se dit des maladies qui tendent à parcourir lentement leurs périodes et qui **exigent du médecin un effort soutenu*** ». La sédimentation quant à elle est « *le résultat de la non prise en compte de la question de la chronicité dans les maladies mentales* ».

La chronicité convoque inexorablement la question de la curabilité, support à la catégorisation des « curables » et « incurables ». Cette dichotomie n'est pas sans rappeler les théories aliénistes du début du XIX<sup>ème</sup> siècle, et leur corollaire à savoir la confusion entre incurabilité et chronicité.

Dans le rapport du congrès, L.Bonnafé propose des principes concernant la prise en compte de la maladie mentale chronique, alliant la lutte contre à la fois la *surprotection de l'asile traditionnel* et la *non-protection inconsidérée des externements forcés*, amenant à penser un positionnement nuancé :

- Les malades mentaux sont « curables »,
- Une assistance aux malades mentaux chroniques dont la mise en œuvre constituerait en fait *un rejet hors des institutions de soins n'est ni techniquement justifié, ni humainement acceptable*,
- La cure du malade mental chronique *ne se résume pas davantage dans son externement que dans son internement*,
- L'appartenance à telle ou telle variété nosographique ne fournit que des indications très générales et d'assez peu d'intérêt sur les besoins des malades.

L.Bonnafé propose le terme d'« **externement abusif** », rendant compte de la violence expulsive faite aux patients chroniques. De *tout dedans*, la tendance est donc passée au *tout dehors*.

Le *chronique*, qui dérange du fait de sa « dépendance » et sa longue durée d'hospitalisation, est un patient que l'on peut qualifier de *demeuré* au sens étymologique, c'est-à-dire rappelons le : « qui ne quitte pas les siens ». Les « siens », c'est la famille quand elle est présente, mais c'est aussi l'équipe soignante, l'*alter familia*, comme le dit J.Guimon. Il est bien entendu que la totalité des chroniques ne vit pas à l'intérieur de l'hôpital, certains sont chez eux, menant une vie suffisamment marquée par l'habitude pour ne pas être menaçante. Ces chroniques-là ne dérangent pas, ne font pas de bruit, sauf s'ils nécessitent, pour leur maintien à domicile, un

dispositif de soin onéreux. Les chroniques en proie à la violence expulsive de la désinstitutionnalisation sont ceux qui « ne quittent pas » l'hôpital. Ainsi, la volonté de raccourcir les durées d'hospitalisation attaque directement la question de la chronicité. Plus encore, en dénigrant la question de la chronicité c'est le savoir-faire *spécialisé, spécifique* des soignants qui est attaqué. Il leur est désormais demandé de soigner la « crise », d'éviter des événements hétéroagressifs dans la cité, c'est-à-dire de remplir leur mission de contrôle social, de ne recourir à l'hospitalisation que lorsque celle-ci devient inévitable, mais également de maintenir le patient dans son milieu de vie, avec de moins en moins de moyens pour ce faire.

La psychiatrie, ses patients ainsi que ses soignants se trouve ainsi assénée d'injonctions paradoxales. Comme le souligne C. Rouger :

*« L'analyse de deux textes législatifs traitant des problèmes d'insertion : par le logement pour la loi Besson du 31/5/1990, par le travail de secteur psychiatrique pour la circulaire du 14/3/1990, met en évidence un paradoxe dans les solutions prônées.*

***Le premier texte fait le constat de l'exclusion vécue par des personnes mal logées alors que le second décrète la fermeture de structures d'hébergement au niveau des établissements psychiatriques, renvoyant ainsi les malades mentaux à l'errance.*** » [107]. Nous pourrions ajouter au propos de C. Rouger une errance « non organisée », car s'il est des patients pour lesquels l'errance est à respecter, celle-ci peut être pensée comme « organisée », c'est-à-dire inscrite dans un parcours, un trajet de soin, et c'est parfois la possibilité de vivre ce mouvement de va-et-vient entre hôpital et cité qui soigne, plus que le soin dispensé en « intra » ou en « extra ».

Une étude menée par J-M. Guillaud-Bataille et J-L. Terra [108] datant de 1992, propose une évaluation des besoins d'hébergement et de logement des patients du secteur psychiatrique. A partir d'un échantillon aléatoire des malades hospitalisés ou ambulatoires des seize secteurs de psychiatrie générale des hôpitaux Le Vinatier et Saint-Jean-de-Dieu, dans le Rhône, sont étudiés les « problèmes de logement » des patients -problèmes de logement qui, selon nous, représentent la partie matérielle des problèmes d'habiter, partie émergée de l'iceberg. L'étude révèle qu'à cette époque, au sein des patients pris en charge par le secteur, 4% étaient sans domicile fixe, et « une proportion importante de patients résident à l'hôpital ou chez les parents ascendants directs ». Les chiffres concluent à 18% de non satisfaction des

besoins de logement effectifs, et portent ce pourcentage à 35% lorsque sont inclus les « besoins prévisibles mais non immédiats ».

Les auteurs rappellent l'évolution des soins de psychiatrie publique, dominée par une diminution très importante des lits d'hospitalisation et par une augmentation concomitante des soins ambulatoires, situation qui nécessite de « *prendre en compte les problèmes relatifs à l'hébergement de nombreux malades qui auparavant auraient été maintenus longtemps à l'hôpital* ».

Au-delà de la question de l'insuffisance du parc immobilier spécialisé disponible pour la population psychiatrique, l'étude pose la question de « *la fonction traditionnelle d'hébergement assurée par l'hôpital psychiatrique* ». Nous reviendrons sur cette question dans un chapitre ultérieur.

Les auteurs nous disent que près d'un patient sur dix **n'a pas d'autre adresse légale que l'hôpital** : « *ce groupe représente de manière exemplaire la chronicité psychiatrique traditionnelle* ».

En conclusion, les auteurs posent la question de la responsabilité des problèmes de logement des patients : question relevant du sanitaire *ou* du social ?

*« Le programme de désinstitutionnalisation des hôpitaux psychiatriques doit faire face prioritairement à ce problème, quelles que soient les options politiques en vigueur, soit que l'on pense qu'il appartient au système de soins de pourvoir aux besoins de la population soignée, soit que l'on pense au contraire que la prise en compte des problèmes sociaux afférents à la maladie mentale doit être le fait de structures d'aide sociale indépendantes des soins .»*

Nous pourrions dire que la distinction que nous soutenons entre *problèmes de logement* et *problèmes d'habiter* rend compte de la nécessaire coopération et complémentarité du social et du sanitaire quant à cette question.

Ainsi, nous percevons bien que la désinstitutionnalisation, dans son évolution, interroge directement la place de la chronicité à l'hôpital, dans la cité, et peut-être même au sein de la psychiatrie. Il s'agirait de chasser ceux qui, peut-être, sollicitent la plus grande compétence soignante, ceux qui, comme le rappelait L.Bonnafé « *exigent du médecin un effort soutenu* ».

Si la constitution de stratégies défensives contre les effets de la chronicité sur les professionnels, contamination individuelle ou collective (« chronicisation » des équipes), fait

partie intégrante de la spécificité du travail en psychiatrie, la lutte contre la chronicité semble constituer une autre bataille.

Ainsi, malgré les efforts notables d'expulsion de la chronicité, celle-ci, en tant que « **dimension basale de la maladie mentale** », ne disparaît des « services d'entrées » que pour mieux réapparaître dans d'autres lieux. Si la désinstitutionnalisation a été initialement pensée comme lutte contre les pratiques asilaires et encouragement à investir la cité, force est de constater que son appropriation politique actuelle visant à l'expulsion des chroniques échoue : non seulement de nouveaux syndromes apparaissent, mais nous assistons au retour d'un *grand renfermement*, selon de nouvelles modalités.

Certains psychiatres ont ainsi identifié récemment un nouveau syndrome, dont l'émergence est synchrone avec le déploiement du mouvement de désinstitutionnalisation : le **syndrome de la porte tournante** (« *revolving door syndrom* ») [109]. Ce syndrome concerne ces patients qui retournent à l'hôpital à plusieurs reprises, et semblent échapper à toute tentative de soin. Générant des attitudes de rejet au sein des équipes, ils alternent les hospitalisations, les incarcérations et les périodes d'errance ou de squat. [110] Cette symptomatologie est notamment bien connue des services d'urgence.

En parallèle de ces nouvelles modalités de contact avec le soin, selon J. Guimon, nous assistons à l'émergence de « **nouveaux chroniques** », il s'agit de patients « *non institutionnalisés au préalable mais qui cependant ont besoin d'une assistance et d'un traitement à caractère spécialisé et continu.* ».

Outre l'émergence de nouveaux syndromes et de nouveaux chroniques, nous voyons réapparaître ce contre quoi la psychiatrie a lutté dans l'après-guerre, à savoir un système concentrationnaire. A l'heure actuelle, cet aspect concentrationnaire se retrouve à minima au sein de structures tant sanitaires que sociales, du fait d'un engorgement de patients psychiatriques chroniques, engorgement secondaire à l'expulsion hors des services hospitaliers.

« *Nous voyons sous nos yeux se reconstituer les **néo-asiles** où l'on organise l'abandon des malades et leur exclusion programmée, évaluée et chiffrée hors du soin* » [105]

Ces services au sein desquels sont placés les « chroniques » sont par exemple, concernant le sanitaire, les unités de longue évolution à l'hôpital, pour patients à la « DMS » trop élevée ou

en « attente de place » dans une structure, ou encore d'autres services pour patients déficitaires. Notons que ces services, qui prennent en charge des patients chroniques nécessitant pourtant le plus grand savoir-faire psychiatrique, sont souvent sous-dotés en termes de moyens humains. En effet, les équipes tournent à effectif restreint, il s'agit la plupart du temps de jeunes diplômés, du fait de la désertion des anciens refusant les conditions de travail qu'ils savent précaires, jeunes infirmiers qui se doivent de collaborer régulièrement avec des intérimaires, en perpétuel renouvellement. La constitution d'une « intimité d'équipe » peut donc être empêchée, mettant à mal les soignants dans leur conception et appropriation de leur outil de soin, et entravant l'amélioration clinique des patients chroniques du fait d'une mise à mal des repères, des habitudes, et ce tout particulièrement dans leur investissement des personnes. En somme la question de l'habiter du soin semble paradigmatique au sein de ce type de service.

A côté des « néo-asiles » de l'hôpital, les structures médico-sociales et sociales constatent également un engorgement, du fait du déplacement de la chronicité. Ce déplacement du sanitaire au social, a notamment pour conséquence l'embolisation de structures type hébergement d'urgence.

*« En réalité, la psychiatrie a tardé à intégrer dans le **dispositif de santé, dont - paradoxalement- on essaie maintenant de les exclure, les fous chroniques, qui en fait sont aujourd'hui de plus en plus placés, comme nous l'avons vu, sous le contrôle des départements d'action sociale plutôt que celui des départements de santé.** » J. Guimon.*

Ces chroniques, maintenant pour la plupart « dehors », si ce n'est ceux des services de longue évolution, se trouvent dans l'obligation d'habiter la cité, composant plus ou moins bien avec cette injonction.

*« Troublé de ne pouvoir trouver sa place dans l'ordre public, il [le schizophrène] lui arrive parfois de le troubler en retour » P. Confalonerie.*

Ainsi, notre réflexion nous amène à nous pencher sur les rapports actuels de la psychiatrie avec la chronicité, paradigme de la pathologie psychiatrique, ou plus justement sur les rapports paradoxaux qu'entretient la société avec la folie. Si les directives politiques ont pour but d'encourager l'enfermement (ou le maintien de celui-ci) par la psychiatrie de tout sujet potentiellement violent, tout en ordonnant la fermeture de lits, c'est-à-dire en supprimant la

possibilité d'accueillir et de soigner donc en favorisant les passages à l'acte, alors les soignants tentent depuis quelques années de composer avec des injonctions paradoxales.

« *Nous pourrions maintenant nous trouver devant une nouvelle stratégie humanitaire qui, en diluant les chroniques dans les foyers ou des pensions sur le territoire, laisse définitivement les consciences tranquilles. Ce qui est important n'est pas qu'il y ait des fous, mais c'est de ne pas les voir.* » J. Guimon.

#### 2.2.4. L'évolution de la dénomination de l'hôpital : une question lexicale ?

Nous venons de rendre compte de quelques aspects de la complexité actuelle des rapports entre société et folie, avec l'idée selon laquelle la folie est, une nouvelle fois dans l'histoire de la psychiatrie, expulsée, mise au dehors, rejetée. Nous proposons, en lien avec notre développement précédent et à titre illustratif, de nous attarder un bref instant sur l'évolution de la dénomination de l'hôpital psychiatrique de Bron.

A Lyon, l'*Asile d'aliénés de Bron* fondé en 1868, laisse place à l'*Hôpital psychiatrique départemental du Vinatier* en 1937, puis au *Centre Hospitalier Spécialisé du Vinatier* en 1971, et enfin, en 1997, au *Centre Hospitalier Le Vinatier* [65].

Nous pouvons penser que plus qu'esthétique, cette transformation de la dénomination de l'hôpital rend compte de l'évolution de la discipline. **Le Centre Hospitalier est nommément détaché de la folie qu'il prend en charge.** L'hôpital ne porte plus l'idéologie aliéniste, mais plus encore, **il n'est plus ni psychiatrique ni spécialisé ; l'hôpital n'accueille plus la folie en son nom.** Nous pouvons ainsi nous interroger sur l'image que souhaite politiquement véhiculer aujourd'hui l'hôpital psychiatrique, et plus fondamentalement quelle image de la folie souhaite-t-il transmettre. Cette folie que l'on a discrètement et progressivement expulsée jusqu'à ne plus la nommer.

Dans un registre différent, et sans entrer dans les détails nosographiques, notre intérêt peut également se focaliser sur l'évolution parallèle du contenu du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, DSM<sup>13</sup>. En effet, le DSM s'est vu progressivement retirer les entités ostensiblement psychiatriques, stipulant des *troubles*, jusqu'à remettre en question,

---

<sup>13</sup> DSM: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.*

dans la cinquième version à venir, la présence de la schizophrénie au sein des catégories nosographiques...

### 2.2.5. Hôpital psychiatrique et habiter

Afin de clore notre partie traitant de l'évolution de l'institution psychiatrique, et à l'image de notre réflexion concernant l'asile d'antan, nous proposons de poser de nouveau la question de l'habiter, au sein cette fois-ci de l'hôpital actuel.

S'il nous a été difficile d'affirmer que les aliénés habitaient l'asile, cela nous est apparu plus évident concernant les soignants. Pourrait-on dire qu'actuellement l'hôpital psychiatrique est habité ? Notre propos concerne les centres spécialisés, héritiers de l'emplacement géographique asilaire, les services de psychiatrie de l'hôpital général nécessitant, selon nous, une analyse particulière.

Nous pourrions commencer notre réflexion sur l'habiter de l'hôpital en nous intéressant à l'habit. L'habit des soignés, mais aussi l'habit des soignants. De plus, à côté des soignants et soignés, cohabite une troisième population : le personnel technique, généralement vêtu de bleu.

Concernant le malade, l'habit n'a finalement que peu évolué. Nous faisons bien évidemment allusion au célèbre pyjama, bleu, jaune, vert, beige, qui pare un certain nombre de patients des plus belles couleurs, lors de leur séjour « dans les murs ». Autant utilisé que peu étudié, le pyjama perdure pourtant dans les pratiques. La psychiatre lyonnaise F. Bourdoncle est une des rares à s'être penchée sur la question. Elle propose une étude de cet élégant vêtement, qui, de loin, « annonce la couleur »...

*« Ce pantalon « ample et flottant porté par les femmes en certaines régions de l'Inde », introduit dans notre lexique en 1908 comme « vêtement de nuit ou d'intérieur, ample et léger, fait d'un pantalon et d'une veste », figurerait avantageusement à l'index des traités de psychiatrie, entre pycnolepsie et pyrétothérapie, entre pulsion sexuelle et pyromanie ou entre pyridoxine et Qaly... En effet, synonyme de confort dans l'intimité du foyer, ou réduit à un strict usage nocturne éventuellement superflu, généralement paré de la neutralité affective propre à la juste régression des braves plutôt que d'un érotisme torride, le pyjama sort du domaine privé en franchissant les murs de l'hôpital psychiatrique. » [111]*



« Dehors », c'est-à-dire hors les murs hospitaliers, le pyjama est une tenue d'intérieur au port nocturne, alors qu'il s'exhibe de jour au sein de l'hôpital psychiatrique. Usuellement et aconflictuellement porté dans les services de soins généraux où l'état des patients nécessite en général l'alitement, le pyjama s'est malgré tout exporté en psychiatrie, dont la *clinique* se présente et se pratique pourtant moins « au lit du malade ». Ainsi, en psychiatrie, « *la question de la mise et du maintien en pyjama comme éléments du cadre thérapeutique (...) représente pour beaucoup de nos patients le paradigme de l'atteinte à leur liberté et pour les soignants une consigne rituelle, avec celles relatives aux visites et aux sorties dans le parc* »

A l'asile, les malades se voyaient troquer leurs effets personnels contre un « trousseau » composé habituellement d'un uniforme de travail, d'un uniforme d'intérieur, d'une tenue pour la nuit ainsi que de sous-vêtements, tenues que les malades devaient porter « jusqu'à leur fin », jusqu'à ce que le plus appliqué des accommodages ne puisse redonner vie à l'habit.

De nos jours, la décision du port de l'habit hospitalier est médicale, le dénommé pyjama se prescrit. Dans son article, F. Bourdoncle propose d'identifier les fonctions du pyjama, tant institutionnelles que cliniques. Ainsi, selon l'auteur, le pyjama au plan institutionnel comporterait une fonction de surveillance, un système de récompense punition (« *pyjama-bâton et vêtement-de-ville-carotte* »), une fonction asilaire, une fonction d'alibi (en référence au constat de l'impuissance de l'institution à faire respecter la loi dans ses propres murs). Les fonctions cliniques seraient, quant à elles, contenance, régression, médiation relationnelle (« *Réalité anodine porteuse d'un pouvoir symbolique indéniable, il organise un jeu psychodramatique associant patients et soignants dans un exercice transférentiel qui mérite l'analyse* »), médicalisation en tant que médiation corporelle, ou encore fonction structurante (« *le Moi-Pyjama ?* »).

Et si, la fonction de ces « fonctions du pyjama » n'était pas au fond, plus qu'un reliquat asilaire, qu'un objet transitionnel, ou qu'une mesure préventive, une stratégie défensive des soignants ?

Afin de complexifier notre réflexion, penchons-nous à présent sur la question de l'habit des soignants. Le port de la blouse a gagné les établissements psychiatriques suite aux travaux de L. Pasteur et au courant hygiéniste du milieu du XIXème. Les psychiatres puis les infirmiers exerçant en « extra » ont ensuite posé leur blouse dans l'élan communautariste des années

1968, revendiquant un rapprochement nécessaire entre soignants et soignés et un mouvement de rébellion contre la médicalisation de la discipline.

*« Le jour où le surveillant chef nous a vu avec des survêtements verts, les mêmes que les malades, il nous a dit : « alors on ne sait même plus qui est dingue et qui ne l'est pas ! » [79]*

Avec la re-médicalisation s'est réactualisée la mode du blanc, bien que la plupart des psychiatres continue à exercer en tenue civile.

*« Un patient nous suggérât que nous mettions les malades en pyjama uniquement pour ne pas les confondre avec les psychiatres qui, comme chacun sait, ne portent plus de blouse blanche » [111]*

Ces illustrations exposent bien l'idée de la nécessaire différenciation entre soignants et soignés, se posant comme remède contre une contagiosité latente.

Reviendrait donc en force l'inquiétude quant à une contamination de la folie de par une confusion entre soignés et soignants. R. Barrett parle d'un triple risque auquel sont confrontés les soignants : *« celui de pollution par des patients souillés, celui de contagion sociale du fait de la promiscuité qu'ils entretiennent avec la folie, enfin, celui du danger physique d'être attaqués lorsque les effusions délirantes deviennent incontrôlables » [112]*

R. Roussillon expose les stratégies défensives mises en œuvre par tout aidant contre l'identification narcissique de base à l'aidé. Le port de la blouse et du pyjama illustre bien la différenciation visiblement nécessaire entre soignant et soigné. Nous reviendrons dans la dernière partie sur l'identification narcissique de base et les stratégies défensives érigées contre elle.

Les habitudes présentes à l'hôpital psychiatrique comportent des similitudes avec celles de l'asile d'antan. Nous venons de voir que blouses et pyjamas, habitudes parmi les plus visibles, ont partiellement résisté aux événements de 1968, et perdurent à l'heure actuelle au sein de l'hôpital psychiatrique. Seuls une majorité de psychiatres et certains infirmiers de « l'extra » exhibent leurs vêtements de ville, refusant de porter « l'habit ». Autour des années 1968, il aurait même été possible de décrire l'habitus du psychiatre : barbu, chevelu, allure nonchalante, un tantinet négligé, consommation soutenue de café et cigarettes.

Outre les « habituels habits », d'autres habitudes n'ont pas quitté les murs de l'hôpital. Ainsi, les habitudes ayant trait à la rythmicité du quotidien ont guère évolué, en dehors de celles inhérentes au travail des malades qui ont disparu avec lui. En effet, des similitudes existent avec l'asile en partie du fait de la temporalité propre à la maladie mentale. Les aliénistes, s'ils avaient une conception du quotidien de l'asile ne laissant pas de place au vide, avaient par ailleurs perçu l'importance de « l'habitude » pour certains patients. Ainsi, encore aujourd'hui les journées à l'hôpital restent rythmées par les temps forts du quotidien : le lever, les repas, la toilette, le ménage, la nuit. D'autres habitudes sont apparues avec l'évolution et l'ouverture de l'hôpital, nous pensons aux entretiens soignants, aux sorties dans le parc ou « à la cafétéria », aux ateliers thérapeutiques ou encore aux accompagnements à l'extérieur.

Les soignants aussi ont leurs habitudes : le temps de la relève lors du changement d'équipe, lors de l'arrivée des médecins, les pauses café riches en réflexion, les repas, la distribution du traitement, le temps du déjeuner : au sein du service ou au « self », les tours dans le service, la visite du patient de chambre d'isolement, la rédaction de la relève...

En ce qui concerne les patients, l'habiter a évolué. Les effets personnels sont plus largement confiés à leur propriétaire, ne sont plus gardés systématiquement jusqu'à la sortie, permettant à certains d'aménager un peu leur chambre. Cependant, la diminution des temps d'hospitalisation, l'augmentation du turn-over, et avec lui la fréquence des changements de chambre, s'inscrivent en contre.

Là encore, il paraît difficile d'affirmer que les patients puissent habiter les lieux, et ce d'autant plus que la politique actuelle lutte activement contre l'implantation d'habitudes, en luttant contre la chronicité.

A l'heure actuelle, qui habite l'hôpital ? Concernant les patients, habitent l'hôpital ceux qui vivent dans les foyers intra-hospitaliers, les services de longue évolution. Mais concernant les soignants, si les gardiens vivaient dans l'asile, les soignants d'aujourd'hui l'ont délaissé, hormis quelques internes résidant à l'internat de l'hôpital au commencement de leur cursus de spécialité. Si les médecins ont un temps occupé les logements de fonction de l'hôpital, nous assistons actuellement, dans la lignée de l'évolution de l'hôpital, à une occupation par le personnel administratif.

### 2.3. Asile et fonction d'asile

« *Le schizophrène, lui qui y échoue [dans le Discours], ne sait plus ni où loger ce corps ni où loger ses objets. Hors lien social, il erre dans un monde qui l'habite plus qu'il n'y habite.(...) Troublé de ne pouvoir trouver sa place dans l'ordre public, il lui arrive parfois de le troubler en retour. Cela peut le conduire, alors, même contre son gré, à trouver asile en un lieu prêt à l'accueillir au nom de son mal-être au monde, défini comme maladie.* » P.Confalonerie, [37].

Nous proposons dans ce chapitre de nous intéresser à la distinction entre *l'asile en tant qu'institution* et *la fonction d'asile de l'institution* et de soulever un questionnement quant à la fonction d'asile actuelle de la psychiatrie.

Le sociologue C. Laval insiste sur « *l'essentielle différence entre une **institution asilaire**, toujours critiquée, et une **fonction asilaire** devenue au fil des ans de plus en plus chère, à la mesure de sa raréfaction.* » [113]

Ce questionnement propose de distinguer asile et fonction d'asile, distinction néanmoins compatible avec une intrication des deux notions : nous pouvons donc nous interroger sur la fonction d'asile de l'institution asilaire et celle de l'hôpital actuel.

L'institution asilaire a constitué un des objets de notre réflexion, nous en avons décrit brièvement le fonctionnement. Nous avons vu que l'idée première des aliénistes était de proposer un lieu d'accueil de la folie. En effet, l'asile porte en son nom la notion de refuge, d'abri, et ce n'est pas sans intention symbolique que ses fondateurs lui ont attribué ce nom. L'asile est initialement un établissement voué à l'accueil et à la protection des malades mentaux. Nous avons développé plus haut nos interrogations quant à la question de l'habiter à l'asile. En effet, s'il nous a été difficile d'affirmer que les aliénés ont habité l'institution asilaire -au sens de notre réflexion- ; il nous paraît plus pertinent de parler d'abri, d'accueil, de refuge. En cela, l'institution « asile » revendiquait sa fonction d'asile comme matière première du projet thérapeutique. Or l'évolution de l'asile-institution a entraîné une dérive, une modification de cette fonction d'asile. L'asile, se voulant dans l'idée fondatrice un lieu d'accueil, s'est progressivement transformé en un lieu d'enfermement.

J. Maisondieu souligne : « *On peut faire beaucoup de reproches à la psychiatrie, et on ne s'en prive pas, on ne peut cependant nier que sa vocation première a été de s'opposer à*

*l'exclusion du fou hors de la communauté des humains. Dès sa fondation elle n'a pas voulu repousser au-delà de l'humanité les limites de l'exclusion. **L'asile a d'abord été un rempart contre l'exclusion avant de devenir un facteur d'exclusion.** » [63]*

Peu de temps avant que la question de la sortie des patients ne soit réellement à l'ordre du jour, aucun va-et-vient n'a lieu. Le caractère total et contraignant de l'asile laisse ainsi peu de place au déploiement de la fonction d'asile. Nous pouvons penser que l'un des intérêts de la fonction d'asile, outre l'accueil, réside dans le fait qu'elle doit rester un possible, c'est-à-dire la malléabilité de l'accueil tant dans la forme que dans le temps. Ces caractéristiques rappellent le concept de « *médium malléable* » dont parle R. Roussillon [29]. La fonction d'asile prend toute sa valeur thérapeutique à partir du moment où elle est exploitable, c'est-à-dire à partir du moment où il appartient au sujet de la solliciter ou non, de l'exploiter ou non, autrement dit lorsqu'elle refuse de revêtir un caractère total et qu'elle laisse de la place au manque, contrairement à l'asile d'antan qui luttait activement contre. Ainsi, le patient peut faire appel à cette fonction d'asile directement ou indirectement : par une demande ou l'acceptation d'une hospitalisation, ou bien par l'alerte de l'entourage ou la mise en acte de la souffrance dans l'environnement, dans le cas des soins sous contrainte.

*« Ainsi, soit ils restent dépendants d'un système sanitaire qui les pousse à en sortir avec l'étiquette « inadéquat », soit ils sont objectivement poussés à la clochardisation. Dans les deux cas, la fonction d'accueil a été très efficace ! Ils n'adoptent donc pas une position de sujet, la seule qui permette de « prendre la décision de guérir ». » P. Delion [114]*

Si l'**asile** a disparu, il a laissé place à l'**hôpital** psychiatrique. Intéressés par les mots et aux valeurs et messages qu'ils transmettent, nous avons auparavant interrogé la place de la folie au sein de la dénomination de l'établissement qui l'accueille.

L'intitulé de l'établissement comprend en son nom l'idée de la spécificité, la spécialité du lieu, mais il fait également part de sa fonction d'accueil. Malgré l'évolution du nom, de « asile » à « hôpital » ou centre « hospitalier », l'idée de l'accueil est présente. Sans toutefois nous attarder sur cette question, il nous paraît pertinent de rappeler l'origine du mot hôpital. Hôpital provient du latin *hospitalis*, lui-même adjectif de *hospes* qui a donné « hôte ».

*« La spécialisation médicale apparaît au XVII<sup>ème</sup> siècle dans hôpital pour les malades (1671), mais la distinction nette avec hospice ne se fait que dans la seconde moitié du XVII<sup>ème</sup> siècle. En français classique, le contenu du mot est encore axé sur l'hébergement*

*gratuit, même si l'établissement dispense des soins(...). Depuis le début du XIXème siècle, hôpital est usuel pour désigner un établissement public recevant et traitant des personnes nécessitant des soins » [115]*

Comme nous l'avons vu, la sollicitation du soin s'effectue désormais selon des modalités différentes (syndrome de la porte tournante notamment), et la demande de soin peut parfois ne pas être identifiée comme telle. Il n'est pas rare, notamment aux urgences, de recevoir des demandes suscitant l'agacement des équipes, aussi du fait de leur impuissance de par l'impossibilité matérielle d'accueillir, et que cette demande soit entendue comme « une demande d'hébergement ». Sont proposées des réponses du type « *l'hôpital n'est pas un hôtel* » dont les soignants peuvent arriver à se convaincre. Or, penser l'accueil des patients comme une proposition de gîte et de couverts, s'empêche de penser à la valeur thérapeutique aussi bien « curative » que préventive de l'accès à cette demande.

*« D'une part il ne s'agit pas de méconnaître dans le projet de l'hôpital, et de ses équivalents plus légers, le rôle thérapeutique –indépendamment même de la médication- que peut y jouer sa fonction d'asile, de refuge, de mise à distance. Fonction qui permet dès lors de nuancer fortement la pertinence thérapeutique de la célèbre formule appliquée à l'hôpital : « Ici ce n'est pas un hôtel », car il s'agit bien d'un hôtel –un hôtel pas comme les autres, certes- mais un hôtel tout de même, car il est bien aussi un lieu d'habitation, de vie en commun, d'hospitalité. D'autre part, il ne s'agit pas d'accompagner et d'assister le sujet dans le registre du social comme si la dimension clinique ne devait plus y être prise en compte. On peut même aller jusqu'à dire que c'est justement lorsque le social entre en jeu que la difficulté clinique se fait plus aiguë, ou de nouveau plus aiguë. » [116]*

Nous pouvons penser que ces situations cliniques génératrices d'insatisfaction tant chez les soignés que chez les soignants, sont un symptôme de la désinstitutionnalisation. La désinstitutionnalisation telle qu'elle se présente à l'heure actuelle, constitue une attaque du lien entre patients et psychiatrie.

Dans notre dernière partie, nous proposons de réfléchir à l'émergence des problèmes d'habiter chez nos patients. Nous pouvons les appréhender comme symptôme d'une crise de la psychiatrie, dans laquelle les soignés éprouvent des difficultés à habiter un lieu dans la cité mais également à habiter les lieux du soin -habiter la relation d'aide-, et où l'identité de

soignant et la manière dont les professionnels habitent le soin paraissent nécessiter d'être sans cesse redéfinies.

### ***3. Soin et habiter : habiter le soin pour soigner l'habiter ?***

Comme nous l'avons vu notre travail de thèse trouve son origine dans les questionnements soulevés par une recherche en clinique psychosociale, visant à étudier les enjeux de l'intégration d'un logement, tant du point de vue de la personne accompagnée que du travailleur social, accompagnant. Nous avons vu que, au-delà de la question du logement, l'accompagnement était l'objet d'enjeux complexes. L'intégration d'un logement nécessite, pour certains sujets, une étape préalable, qui serait d'investir l'accompagnement, et l'accompagnant. Il s'agirait, en somme, d'habiter la relation d'aide, jusqu'à parfois la situation extrême d'habiter l'aidant, avant de pouvoir habiter un logement.

Pour Jean Furtos « **accompagner c'est accepter d'être dérangé provisoirement de son cœur de métier pour pouvoir y loger l'autre** » [8]. Cela implique donc que « l'autre », l'accompagné, loge provisoirement en l'accompagnant. Du point de vue de l'aidant, comment loger l'autre sans être délogé de soi, se laisser habiter par celui qu'on aide sans être totalement envahi ? Il s'agit là de toute la complexité du travail d'ajustement, dans une relation d'aide, de la bonne distance entre soi et l'autre.

Précisément, au fil de la recherche menée par l'Orspere, nous avons observé, outre l'apparition d'évènements de santé chez les accompagnés lors de l'intégration d'un logement, l'émergence d'un malaise chez les accompagnants nous poussant à travailler la question de la souffrance portée, et plus généralement du transfert, notamment du transfert par retournement. Les travailleurs sociaux, engagés dans l'accompagnement, ont « accepté d'être dérangés de leur cœur de métier pour y loger l'accompagné » ; or, dans les situations de la recherche, dérangés plus que provisoirement, ils en sont tombés malades (dépression, demande de mutation ou démission, etc.). Le fait que des aidants puissent être « malades du transfert » si l'on peut dire, incline à mesurer l'importance des temps de « détoxification » que constituent les analyses de la pratique, les temps de reprise, etc.

Dans la suite de notre travail, nous avons choisi de développer le cas d'un patient en difficulté pour habiter. Notre étude de cas nous a conduit au constat suivant : Monsieur N, en mal pour habiter, est avant tout en mal d'habiter. Autrement dit, si Monsieur N est en mal pour habiter

son corps, son identité, son histoire, c'est-à-dire « malade » quant à sa subjectivité, il est aussi, et de fait, en mal pour habiter le lien. Nous avons vu que la capacité du patient à pouvoir habiter un lieu s'est accrue en parallèle de la qualité du lien aux soignants, au soin. Dans la relation d'aide, il a été primordial que, par le biais des réunions, des synthèses, les soignants aient pu mettre du sens quant à la « maladie du lien » de Monsieur N, afin d'éviter d'être soit dans le rejet, soit dans la confusion, c'est-à-dire « trop » habité par le patient. Nous avons vu que, pour Monsieur N, déranger les soignants dans leur professionnalité passait par une désinhibition comportementale et verbale, par des gestes « déplacés » comme l'envoi de baisers, par les compliments et regards séducteurs. Il a ainsi été difficile pour l'équipe d'accepter d'être provisoirement délogée de son cœur de métier, car la symptomatologie du patient touchait aux limites et interdits de la profession. Le patient, en tutoyant l'équipe, en couvrant de compliments certaines infirmières, en saluant certaines soignantes et son médecin par le baisemain, venait donc s'enquérir de la capacité d'accueil des soignants. Ainsi, dans le lien à Monsieur N, il a été possible de déroger à la « règle », d'accepter les compliments et les yeux doux, du fait de notre conviction soignante de l'utilité de ce type d'accueil afin de pouvoir réellement rencontrer ce patient. Il ne s'agit bien évidemment pas d'enfreindre la loi, mais d'accepter la souplesse répondant aux nécessités de l'accompagnement.

L'accompagnement, la relation d'aide confrontent à la question du transfert, et plus avant celle de ce que R. Roussillon appelle l'identification narcissique de base [95].

Ainsi, l'identification narcissique de base, ce que d'autres auteurs nomment empathie, accordage ou ajustement affectif, partage d'affect, ou encore identification, est inhérente à toute relation d'aide. Il s'agit que *« se mette en place un processus permettant de se laisser être semblable à l'autre, de se laisser sentir en quoi on est semblable au patient que l'on accompagne »*.

*« L'identification empathique est considérée comme la manière « soignante » d'aimer l'autre, de le connaître et le reconnaître comme autre-sujet, de l'inclure dans notre sentiment de base de l'humanité. »*

Selon l'auteur, ce mouvement identificatoire est inconscient, incontrôlable en même temps qu'automatique. Le processus identificatoire dérange, il demande au soignant d'accepter l'autre dans son intimité affective, et de travailler avec ce que dorénavant il accueille de lui.



*« Il y a ainsi une « pénétration agie » de la problématique essentielle des patients, et celle-ci infiltre, en plein ou en creux, aussi bien les états affectifs des soignants qui sont au contact prolongé avec celle-ci, que les institutions qu'ils structurent pour l'accueillir et l'encadrer, et même les théories qu'ils forgent pour tenter de la rendre intelligible. »*

Ainsi, face à la puissance de cette identification qui « menace en effet l'identité individuelle, non de fusion comme on le dit parfois un peu rapidement, mais de confusion », le soignant peut, plutôt que de travailler avec, lutter contre en érigeant des mécanismes de défense. « Les défenses contre l'identification empêchent celle-ci d'être appropriable et utilisable dans la relation. »

L'auteur note plusieurs stratégies « d'aménagement de la relation » afin de se prémunir du risque de confusion entre soi et l'autre. Tout d'abord **retirer ou modérer son investissement de l'autre**, en le voyant moins, soit par le retrait physique (dans un bureau, dans l'office, ou la salle de soin, etc.) soit par l'espacement des contacts ou rendez-vous.

Une autre stratégie consiste à **accentuer les différences entre soignants et soignés**, de les surinvestir.

L'enjeu de la relation thérapeutique est alors de trouver le juste milieu entre des stratégies défensives trop efficaces, empêchant l'empathie et l'entrée en relation, et des stratégies trop peu efficaces, prenant le risque de la confusion.

*« Si, pendant toute une époque, celle de « l'antipsychiatrie », c'est surtout la seconde menace, celle de la dédifférenciation, qui a été la plus forte, il me semble qu'à l'heure actuelle, et à la suite d'une réaction bien compréhensible par laquelle l'accent a ensuite été largement mis sur les systèmes de différenciation, c'est surtout à la première menace que le soin psychique se confronte. » [95]*

Ainsi, dans la troisième partie de notre travail, en retraçant les grandes lignes de l'histoire de la psychiatrie depuis l'époque asilaire, nous avons exploré comment les professionnels de la psychiatrie, en lien avec le contexte sociétal, ont tenté de traiter la question de l'accueil de la folie et par là, d'accepter de prendre le risque de confusion soi/autre.

La question de l'accueil de la folie concerne tout autant le soignant que l'institution, elle fait appel à la capacité individuelle et collective de laisser la folie habiter les murs, les soignants, les institutions, c'est-à-dire de laisser la folie habiter le soin.

*« Un lieu qui n'est pas porteur de l'imaginaire, du désir des soignants, qui n'est pas habité par eux peut-il accueillir dans de bonnes conditions la demande et la souffrance des malades ? » P. Delion [103]*

Habiter le soin s'entend tant du côté soigné que soignant. En effet, afin que les soignés puissent habiter le soin, et par là habiter leur subjectivité puis éventuellement un logement, il est une condition préalable nécessaire qui est que le soin doit également être habité par ceux qui le prodiguent, c'est-à-dire les soignants. Or, nous assistons depuis plusieurs années à une crise de l'identité de la psychiatrie, entravant les soignants dans leur habiter. Pouvoir **habiter son corps et son identité professionnels** est de plus en plus difficile, compte-tenu du hiatus existant entre conceptions soignante et politique du soin. Habiter son identité professionnelle renvoie les soignants à leur intime, à leur intimité professionnelle, en lien avec leurs motivations, convictions, et conception du soin. Les soignants qui exercent en psychiatrie ne sont plus dans le cas de figure des gardiens d'asile ou des premiers infirmiers : exercer en psychiatrie est un choix. Ce choix tient compte de la spécificité de la discipline qui est, entre autres, le travail dans une temporalité différente de celle des soins généraux, avec des habitudes propres. [Rappelons-nous que les habitudes sont nécessaires pour la mise en œuvre du processus d'habiter]. Habitudes qui, ces derniers temps, sont en perpétuelle redéfinition : restriction de personnel, « menace » de mobilité interne (faisant fi de la singularité de chaque soignant et de chaque lien entre soignant et soignés), turn-over de plus en plus cadencé dans les services « d'entrées ».

Au-delà d'habiter son identité professionnelle et son corps professionnel, habiter le soin nécessite également pour les soignants de pouvoir **habiter l'histoire, la transmission et la filiation**.

La troisième partie de notre thèse a tenté de retracer les mouvements ayant influencé la psychiatrie, son évolution, rendant compte de la complexité du traitement de la question de la transmission.

J.Guyotat, dans sa contribution au numéro « Transmission » de la revue confrontations psychiatriques, nous dit que « *s'il y a malaise dans la transmission en psychiatrie, c'est au niveau de la transmission de la pratique clinique entre générations professionnelles.* » [117]. Selon l'auteur, la question de la transmission s'avère complexe en psychiatrie aussi du fait qu'il s'agit d'une spécialité « *écartelée entre le savoir et les techniques médicales et la lente*

*élaboration du passé à travers le présent dont la pratique psychanalytique nous a appris à connaître l'importance* ». J.Guyotat rappelle que l'axe de transmission de la psychiatrie se ramifie en de nombreuses branches, médicale, psychologique, sociologique. Le fait que la psychiatrie prenne place au carrefour de plusieurs disciplines n'en constitue pas moins également une richesse ; en ce sens, F.Danet et Y.Gansel parlent du « *parallèle entre la figure du psychiatre et celle du « marginal sécant » de Jamous* ». Le marginal sécant est un acteur qui est partie prenante dans plusieurs systèmes d'action en relation les uns avec les autres et qui peut, de ce fait, jouer un rôle indispensable d'intermédiaire et d'interprète entre des logiques d'action différentes. Il se situe à la fois à la marge de logiques de différente nature, mais aussi à la frontière, c'est-à-dire à l'intersection de celles-ci.

« *L'institution psychiatrique, comme toute autre institution, évoque « une grande famille »*[118], nous rappelle S.Tisseron. Ainsi, la question de l'histoire, des liens « familiaux », de la « généalogie du soin », concerne bel et bien les soignants d'une même institution.

« *Actuellement sont en crise aussi bien le **lien de filiation naturel** (par les nouvelles précarités familiales), que le **lien de filiation spirituel** (par les nouvelles précarités d'institutions).* » [119]

S.Tisseron note l'importance de « l'enracinement » de l'histoire, illustrant notre réflexion concernant le fait d'« habiter » l'histoire :

« *Malheureusement, toute connaissance historique qui ne fait pas l'objet d'un **enracinement géographique et personnel précis, en relation avec des repères familiaux personnels et un lieu d'exercice quotidien, est condamnée à être oubliée.*** »

La question de la transmission amène celle de l'enseignement. Ainsi, selon l'auteur : « *L'enseignement de la psychiatrie doit commencer par son histoire, ce qui nécessite la création de lieux de mémoire institutionnels où soient donnés à voir les espaces, les environnements et les conditions de vie des malades, des infirmiers et des médecins depuis la naissance de la psychiatrie au XIX<sup>ème</sup> siècle jusqu'à nos jours.* »

Au fond, nous venons de voir que les problèmes d'habiter de nos patients viennent interroger la manière dont le soin, et plus globalement la psychiatrie, sont actuellement habités. Si nous

pouvons penser qu'habiter le soin permet de soigner l'« habiter », cela s'applique aux soignés comme aux soignants.

Ainsi, après avoir tenté d'explorer l'« habiter » en psychiatrie et au moment de clore ce travail de thèse, nous pouvons penser que l'émergence des problèmes d'habiter chez nos patients ces dernières années se pose en reflet des problèmes d'habiter des soignants.

## CONCLUSIONS

---

Notre sujet de thèse vise à explorer l'épistémè de l'« habiter » dans le corpus psychiatrique, en le situant dans une perspective historique de l'asile à l'hôpital actuel.

Notre questionnement trouve son origine dans les travaux de recherche en clinique psychosociale menés par l'Orspere. Notre participation à la recherche intitulée « Complications de santé (somatiques et psychiques) et clinique psychosociale dans la trajectoire d'accompagnement au logement des sans-abri » nous a permis d'appréhender la complexité du processus d'habiter. Outre la validation de la décompensation paradoxale des accompagnés lors de l'intégration d'un logement, la recherche a mis en lumière un phénomène inattendu au sein des accompagnants participant au groupe de travail : les complications de santé surviendraient également chez les aidants. Cette observation rend compte de la présence d'une « souffrance portée », souffrance de l'accompagné qui « habite » les accompagnants.

Ce travail de recherche a constitué un tremplin vers l'exploration de ce que recouvrait la notion simple et complexe d'« habiter ». Nous nous sommes donc interrogés sur le sens de cette notion dont l'acception dépasse celle de l'abri ou du simple hébergement, et même du fait d'avoir ou pas un logement. Il s'agit de mettre de soi là où l'on vit, dans un lien à soi-même et à autrui.

Dans la suite de notre travail, nous nous sommes penchés sur les origines. Origines tout d'abord du terme « habiter », cherchant à écouter les mots et leur histoire afin d'entendre au plus près ce que nous disent les sujets en mal d'habiter. Nous avons proposé une enquête lexicale nous amenant à développer les liens de parenté étymologiques du terme. Nous avons ainsi découvert ses liens avec nos mots coutumiers « habits », « habitudes » et « habitus ». L'*habitus*, connu depuis longtemps en médecine, constitue un signe externe renseignant sur des désordres internes ; tels sont décrits *l'habitus tuberculeux* ou *l'habitus hypothyroïdien*.

La suite de notre enquête nous a conduit au sens premier d'un terme si familier à la médecine et au final curieusement si proche de l'habiter : la maladie. En effet, le terme « malade » provient de la contraction de *male habitus*, littéralement « qui se trouve en mauvais état ». Le malade est donc, au sens propre, celui pour qui la manière d'habiter son corps est perturbée du fait de son état, de sa pathologie, ce par quoi il est repéré comme « en mauvais état » par autrui. L'étude étymologique nous a ainsi permis de faire le constat des liens tissés entre l'« habiter » et l'intimité du sujet.

Ces questionnements, nés de la recherche en clinique psychosociale, firent évidemment écho avec notre pratique d'interne en psychiatrie. Ainsi, la deuxième partie de notre travail constitue une

illustration clinique des problèmes d'habiter, développant le cas d'un patient en proie à l'errance. Nous avons tenté d'explorer ce que peut nous dire un patient lorsqu'il nous montre qu'il n'arrive pas à habiter. L'exposition des invariants de la clinique psychosociale, tout particulièrement l'inversion séméiologique, nous a permis de nous interroger sur le recueil de la symptomatologie, qui, parfois plus que sur la scène directe du soin, se produit sur la scène sociale, engageant un partenariat nécessaire avec les services sociaux. Les préoccupations autour de l'habiter peuvent ainsi se déposer aussi bien auprès de l'assistante sociale que lors de l'entretien psychiatrique, constituant dans le second cas un adressage pertinent qui obéit au paradoxe apparent de l'inversion séméiologique. Au fil de notre réflexion clinique, nous avons établi qu'habiter un logement nécessitait certains prérequis, comme pouvoir habiter son corps, sa subjectivité, son histoire, mais aussi bien pouvoir habiter le lien d'aide avant de pouvoir habiter un lieu.

Si notre questionnement consiste à tenter de comprendre ce que nous disent nos patients lorsqu'ils nous montrent qu'ils n'arrivent pas à habiter, nous nous sommes également intéressés à la réponse à leurs besoins propres qu'apportait la psychiatrie. A ce niveau, la pratique du psychiatre d'exercice public s'inscrit dans un contexte politique, économique et sociétal dont il subit l'influence. Pour mieux comprendre quelle pouvait être la réponse actuelle de la psychiatrie aux problèmes d'habiter de nos patients, il nous a semblé nécessaire, comme avec les mots, d'effectuer un retour à l'origine de la psychiatrie et de ses rapports avec la cité. Ainsi, nous avons vu que l'asile d'antan, objet de nombreuses critiques mais posant malgré tout comme référentiel une microsociété autarcique dont on ne sortait pas ou peu, proposait une réponse omnipotente à la question de l'habiter. Comme nous le savons, au lendemain de la guerre, le fonctionnement asilaire est remis en question avec la naissance de nouvelles conceptions du soin : thérapie institutionnelle puis psychiatrie de secteur, mais aussi influences de l'antipsychiatrie, revendiquant légitimement une psychiatrie dans la cité, et posant donc la question de la sortie. Ainsi, la folie prend place dans des lieux de soins ambulatoires et, quelquefois, dans des lieux de vie, trop peu nombreux. Ce mouvement de désinstitutionnalisation, s'éloignant de ses objectifs initiaux, tend peu à peu vers une conception sociale de la question de l'habiter : les patients ne pouvant plus être hébergés à l'hôpital dans la durée, se retrouvent dans la cité avec l'obligation d'habiter. Cela nous a amené à interroger les rapports que la psychiatrie entretient avec la chronicité. Partie intégrante de la pathologie psychiatrique, la chronicité est actuellement directement convoquée quant à son lieu d'accueil, du fait de la tendance de la psychiatrie à l'expulser hors les murs. Il s'agit ici de différencier les notions

d'institution asilaire et de fonction asilaire, car si l'asile a disparu c'est bien la fonction d'asile qui semble malmenée depuis quelques années.

Cette approche de l'évolution de la psychiatrie nous permet de mieux cerner les raisons de l'émergence des problèmes d'habiter de nos patients. En effet, si la désinstitutionnalisation a tenté de se défaire de cette question en délaissant la fonction d'asile de l'hôpital, nous pouvons comprendre que la clinique de l'habiter revienne en force toquer aux portes du soin, rappelant que la question de l'habiter, outre ses liens au social, continue à concerner la psychiatrie. Les cliniques psychosociale et psychiatrique que nous avons rapportées nous invitent à penser que, pour certains sujets, il y a besoin d'habiter, littéralement, l'accompagnement social ou le soin, avant d'habiter un logement.

Le Président de la thèse,  
Professeur ELCHARDUS



Pr J.M. ELCHARDUS

Vu et permis d'imprimer  
Lyon, le

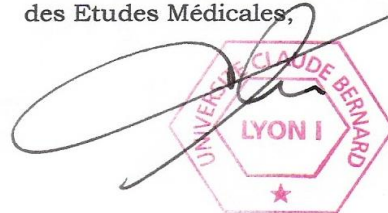
6 - JAN. 2011

Vu : Le Doyen de la Faculté  
de Médecine Lyon-Est



Professeur Jérôme ETIENNE

Vu : Pour Le Président de l'Université  
Le Président du Comité de Coordination  
des Etudes Médicales,



Professeur François-Noël GILLY

## BIBLIOGRAPHIE

---

- [1] **DUBUS P.** : Les nouveaux enjeux de l'hébergement en institution médico-sociale, In VST, revue du champ social et de la santé mentale, n°97, 2008.
- [2] **FURTOS J.** : Souffrir sans disparaître, Santé Mentale en Actes, Erès, 2005, p 9-38.
- [3] **COLIN V., PICHON A., FURTOS J.**: Dououreux hébergement de l'autre dans la relation d'accompagnement au logement, In L'observatoire, n°64, 2009-2010, pp 92-98.
- [4] **MERYGLOD N.** : L'incurie dans l'habitat, Thèse de médecine, Lyon 1, 2007.
- [5] **COLIN V.** : Document de travail, Rapport intermédiaire juin 2009, Orspere.
- [6] **DE MIJOLLA A.** : Dictionnaire international de la psychanalyse, Hachette, 2005, pp1832-1834.
- [7] **ROUSSILLON R.** : Traumatisme primaire, clivage et liaisons primaires non symboliques, In Agonie, clivage et symbolisation, PUF, 1999, pp9-34.
- [8] **FURTOS J.** : interview version longue, Action Habitat, magazine de l'UNAF0, n°27, été 2010, p2.
- [9] **BORDET C., CROSNIER R., PETIT D., SECHER M-C** : A condition d'habiter, In VST, revue du champ social et de la santé mentale, n°1, janvier février 1988.
- [10] **SALIGNON B.** : Qu'est-ce qu'habiter ?, Editions de la villette, Paris, 2010.
- [11] **HEIDEGGER M.** : Essais et conférences, Gallimard, 1958.
- [12] **TRESOR DE LA LANGUE FRANCAISE**, [en ligne], <http://atilf.atilf.fr/tlf.htm>
- [13] **LE PETIT ROBERT**, Dictionnaire de la langue française, Paris, 2004.
- [14] **EIGUER A.** : L'inconscient de la maison, Dunod, 2004.
- [15] **GAFFIOT F.** : Dictionnaire latin-français, Hachette, 1934.
- [16] **HERAN F.** : La seconde nature de l'habitus. Tradition philosophique et sens commun dans le langage sociologique, In Revue française de sociologie. 1987, 28-3. pp. 385-416
- [17] **MERLEAU-PONTY M.** : Phénoménologie de la perception, Gallimard, Paris, 1945.



- [18] **FRANCEQUIN G.** : Le vêtement de travail, une deuxième peau, Erès, Collection sociologie clinique, 2008.
- [19] **WEBER M.** : Economie et Société, Plon, 1971.
- [20] **ELIAS N.** : La civilisation des mœurs et La Société de cour, Agora, 1973.
- [21] **MAUSS M.** : Les techniques du corps, in Sociologie et anthropologie, PUF, collection Sociologie d'aujourd'hui, 1973, pp.365-390
- [22] **BOURDIEU P.** : Le sens pratique, Éditions de Minuit, Paris, 1980.
- [23] **GARNIER DELAMARE** : Dictionnaire des termes de médecine, 25ème édition, Maloine, 1999.
- [24] **LECLERCQ Y.** : H comme Habit, Habitant, Habitude, 25 mars 2008, en ligne, consulté sur : <http://moderne.canalblog.com/archives/2008/03/25/8464706.html>.
- [25] **COLIN V.** : Habiter et cohabiter, présentation du 12 juin 2008, Journée des familles AFTA.
- [26] **LEROUX N.** : Qu'est-ce qu'habiter ? Les enjeux de l'habiter pour la réinsertion, In VST, revue du champ social et de la santé mentale, n°97, 2008.
- [27] **FURTOS J., LAVAL C.** : L'individu post-moderne et sa souffrance dans un contexte de précarité. Introduction à une clinique de la disparition, In Confrontations psychiatriques, 1998, 39, pp373-405.
- [28] **COLIN V., FURTOS J.** : La clinique psychosociale au regard de la souffrance psychique contemporaine, In Répondre à la souffrance sociale, JOUBERT M., LOUZOUN C. (sous la direction de), Erès, Toulouse, 2005.
- [29] **ROUSSILLON R.** : Paradoxes et situations limites en psychanalyse, PUF, Paris, 1991.
- [30] **DALERY J., D'AMATO T.** : La schizophrénie, recherches actuelles et perspectives. Masson, 2ème édition, 1999.
- [31] **LEBIGOT F, DE CLERCQ M.** : Les traumatismes psychiques, Masson, 2001.
- [32] **LEBIGOT F.** : Le traumatisme psychique In Stress et Trauma, 2004, 4 (1) : pp5-11.
- [33] **LEBIGOT F.** : L'effroi du traumatisme psychique In Stress et Trauma, 2002, 2(3), pp139-146.

- [34] **CROCQ L.** : Les traumatismes psychiques de guerre, Edition Odile Jacob, 1999.
- [35] **KUHN R.** : L'errance comme problème psychopathologique ou déménager In Présent à Henri Maldiney, Ed L'âge d'Homme, Lausanne, 1973.
- [36] **SEGERS M.-J.** : De l'exil à l'errance. Erès, 2009.
- [37] **CONFALONIERIE P.** : Habiter, pour le schizophrène In Rhizome, n°7, décembre 2001.
- [38] **AULAGNIER P.** : Se construire un passé In Topique, 1992, 49, pp113-127.
- [39] **FISCHMANN B., BEZIER M.** : De la rue à la maison en passant par le lieu collectif de l'hôtel social, In VST, revue du champ social et de la santé mentale, n°97, 2008.
- [40] **ROUGER C.** : Accompagnement social et projet thérapeutique. Réinsertion par le logement, In Information psychiatrique, 1996, 72 (1) , pp.20-26.
- [41] **CARTELLAN Y.** : L'habitat familial : investissements psychiques et construction de l'identité, Le journal des psychologues, n°61, octobre 1988.
- [42] **FREUD S.** : Introduction à la psychanalyse, petite bibliothèque Payot, 1994.
- [43] **CUYNET P.** : Psychanalyse des enveloppes et contenants psychiques. Revisiter son berceau : habitat et identité, In Dialogue, n°148, Erès, 2000.
- [44] **WINNICOTT D. W.** : Le corps et le self, Nouvelle Revue de Psychanalyse, n°3, 1971, pp37-48.
- [45] **DE MIJOLLA** (sous la direction de) : Dictionnaire international de la psychanalyse, Hachette, 2005.
- [46] **CICCONE A.** : Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques, Cahiers de psychologie clinique, 2001, 2 (17), pp. 81-102.
- [47] **KAËS R.** : Analyse intertransférentielle, fonction alpha et groupe conteneur, In L'Évolution psychiatrique, t. XLI, fasc. 2, 1976a, pp. 239-247.
- [48] **FREUD S.** : Le Moi et le Ça, In Essais de psychanalyse, Paris, Payot, 1983.
- [49] **WINNICOTT D. W.** : La préoccupation maternelle primaire, In De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Payot, 1992, pp 285-291.
- [50] **BION W.** : Aux sources de l'expérience, PUF, Paris, 2005.

- [51] **ROUSSILLON R. et coll** : Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale, Masson, 2007.
- [52] **BICK E.** : L'expérience de la peau dans les relations précoces, In Melztzer D. et coll., 1975, pp240-244.
- [53] **ANZIEU D.** : Le Moi-peau, Dunod, 1985.
- [54] **SELOSSE J** : L'inquiétante étrangeté des incasables, In Adolescence, 2007,25(1), pp9-18.
- [55] **MAC DOUGALL J.** : Plaidoyer pour une certaine anormalité, Gallimard, 1978.
- [56] **FREUD S.** : Pulsions et destins des pulsions In Métapsychologie, Gallimard, 1968.
- [57] **LUGASSY F.** : Logement, corps, identité. Collection Emergences, Editions universitaires, 1989.
- [58] **RACAMIER P-C.** : Le psychanalyste sans divan, Payot, 1970.
- [59] **PENOT B.** : La psychose subjectivée In Adolescence, 1991, 9 (2), pp217-234.
- [60] **POSTEL J., QUETEL C.:** Nouvelle histoire de la psychiatrie, Dunod, 2005.
- [61] **GRAND L.** : L'architecture asilaire au XIXème siècle, entre utopie et mensonge, Bibliothèque de l'Ecole des chartes, t. 163, 2005; pp165-196.
- [62] **LENIAUD J.M.** : Entre nostalgie et utopie, réalités architecturales et artistiques aux XIXème et XXème siècles, Extrait de la Bibliothèque de l'Ecole des chartes, Paris, Champion, Genève, Droz, 2005.
- [63] **MAISONDIEU J.:** Entre exclusion du malade et mal-être de l'exclu : la souffrance du sujet nié dans son altérité, In Les soins psychiques confrontés aux ruptures du lien social, (Sous la direction de Marcel Sassolas), Erès, 1997.
- [64] **THUILLEAUX M.** : Connaissance ce la folie, Paris, PUF, 1973.
- [65] **CHABANNES C.** : Centre hospitalier Le Vinatier 1869-1697, Archives départementales du Rhône, 2002, Lyon.
- [66] **LAGET P-L.** : Naissance et évolution du plan pavillonnaire dans les asiles d'aliénés, In Livraisons d'histoire de l'architecture. n°7, 1er semestre 2004, pp. 51-70.
- [67] **L'ASILE D'ALIENES DE BRON** : document interne au Centre Hospitalier le Vinatier, Bron.

- [68] **FOUCAULT M.** : Histoire de la folie à l'âge classique, Gallimard, 1976.
- [69] **FALRET H.** : De la construction et de l'organisation des établissements d'aliénés, Paris, 1852.
- [70] **PARCHAPPE M.** : Des principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles d'aliénés, 1851.
- [71] **DANET F., GANSEL Y.** : Dépasser le malaise et les impasses défensives de la psychiatrie contemporaine, In L'information psychiatrique, 2007; 83; pp303-310.
- [72] **PINEL P.** : Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou La manie, Paris, 1800.
- [73] **ESQUIROL J-E.** : Des maladies mentales considérées sous le rapport médical, hygiénique, et médico-légal, Paris, 1838.
- [74] **ESQUIROL J-E. D.** : Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale, thèse de médecine n° 574, Paris, 1805.
- [75] **GIRARD DE CAILLEUX** : De l'organisation et de l'administration des établissements d'aliénés, 1843.
- [76] **BENTHAM J.** : Panoptique, traduit par Christian Laval, Mille et une nuits, 2002.
- [77] **FOUCAULT M.** : Surveiller et punir, Gallimard, 1975.
- [78] **TORRENTE J.** : Le psychiatre et le travailleur. Cheminement de la psychopathologie du travail d'hier à demain, Doin, 2004.
- [79] **BOUCHER C.** : Du gardien d'asile au soignant d'aujourd'hui. Contribution à l'histoire de la profession d'infirmier de secteur psychiatrique, Note de recherche de Maîtrise des Sciences et Techniques Sanitaires et Sociales, année 1985-86.
- [80] **VON BUELTZINGSLOEWEN I.** : Les « aliénés » morts de faim dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation, In Vingtième Siècle, Revue d'histoire, 2002, 4(76), pp99-115.
- [81] **VON BUELTZINGSLOEWEN I.** : L'Hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation, Aubier, 2007.
- [82] **LASSERRE E., GUIÏOUX A.** : L'expérience cubique – Approche ethnologique du quotidien d'une unité d'entrée en soins psychiatriques, Recherche effectuée au Centre Hospitalier Le Vinatier (La FERME du Vinatier), 1999, document consulté sur le site :

<http://www.ch-le-vinatier.fr/ferme/documents/experiencecubique.pdf>

- [83] **LASSERRE E., GUIOUX A. :** L'expérience cubique : ethnologie au cœur d'un hôpital psychiatrique, in Tohu-bohu de l'inconscient, Edition La Ferme du Vinatier, Lyon, 2001.
- [84] **ZILLIOX H. :** On les appelait « gardiens de fous », La profession d'infirmier psychiatrique, Privat, 1976.
- [85] **BRENOT P. :** 500 ans de psychiatrie, L'esprit du temps, 2001.
- [86] **NARDIN A. :** Histoire des vêtements des personnels hospitaliers, Le cas de l'assistance publique de Paris, La revue du praticien, 1998, 48 (11) : pp.1169-1173.
- [87] **GOFFMAN E. :** Asiles, Etudes sur la condition sociale des malades mentaux, Les éditions de minuit, Paris, 1968.
- [88] **ALOMBERT C. :** Lieu de vie et traitement des psychotiques. A propos d'une structure intermédiaire à Villeurbanne : La maison de La Baïsse, Thèse de médecine, 7 janvier 1981, Lyon.
- [89] **DELION P. :** Importance du concept de chronicité aujourd'hui dans le champ de la psychiatrie, In La chronicité en psychiatrie aujourd'hui, ouvrage sous la direction de P.Delion, Erès, 2004.
- [90] **OURY J. :** Psychanalyse, psychiatrie et psychothérapie institutionnelles, In VST-Vie sociale et traitements, 2007, 3(95), pp110-125.
- [91] **HOCHMANN J. :** Histoire de la psychiatrie, PUF, 2004.
- [92] **LASSERRE E., GUIOUX A.:** De l'utopie au système d'action ou le dehors psychiatrique, recherche effectuée au Centre Hospitalier Le Vinatier (La FERME du Vinatier); financée par le Conseil Scientifique d'Établissement du Centre Hospitalier Le Vinatier et soutenue par la Direction des Affaires Culturelles Rhône-Alpes, 1998. Consultable sur le site internet suivant:  
<http://www.ch-le-vinatier.fr/ferme/documents/Delutopieausystemdaction.pdf>
- [93] **MICHAUD G. :** La Borde...un pari nécessaire, De la notion d'institution à la psychothérapie institutionnelle, Bordas, Paris, 1977.
- [94] **GUIMON J. :** La profession de psychiatre, Evolution et devenir, Paris, Masson, 1998.

- [95] **ROUSSILLON R.** : L'identification narcissique de base, In Malaise dans la psychiatrie (sous la direction de M. Sassolas), Erès, 2004.
- [96] **ROSSELLO J.J.** : « A domicile », Un espace d'intimité, In VST-Vie sociale et traitements, n°84, 2004.
- [97] **HOCHMANN J.** : Pour une psychiatrie communautaire, Paris, Le seuil, 1971.
- [98] **TORRES J-P.** : Réflexion sur l'histoire et la spécificité de l'association « Santé mentale et communautés », thèse de médecine soutenue le 10 octobre 1990 à Lyon.
- [99] **SZASZ T.** : La loi, la liberté et la psychiatrie, Paris, Payot, 1977.
- [100] **THUILLEAUX M.** : Sur quelques fondements historiques et philosophiques du secteur en psychiatrie, Sud/Nord, n°21, 2006, pp89-101.
- [101] **ESPINOSA J.** : Introduction, In Espinosa Iborra J., éd. Cronicidad en psiquiatria, Mariar SA, Madrid, 1986, pp. 9-14.
- [102] **GANSEL Y., DANET F.** : Dépasser le malaise et les impasses défensives de la psychiatrie contemporaine, L'information psychiatrique, 2007, 83, pp 303-310.
- [103] **DELION P., MACE P-A., MERCIER G.** : Le lit, la table et les couloirs ou psychopathologie de la vie quotidienne, VST, REVUE DU CHAMP SOCIAL ET DE LA SANTE MENTALE, n°1, pp. 25-29.
- [104] **PARRIAUD A.** : Contribution à la journée du 16 octobre 2003, présentation débat à destination des personnels de l'hôpital, organisée par La Ferme du Vinatier, document consulté sur le site ; [http://www.ch-le-vinatier.fr/ferme/la\\_recherche.php](http://www.ch-le-vinatier.fr/ferme/la_recherche.php).
- [105] **KARAVOKYROS D.** : Instituer la désinstitutionnalisation : les conditions d'existence des malades mentaux dans la cité. A propos de l'institution du soin hors des établissements spécialisés, In Psychose, vie quotidienne et psychothérapie institutionnelle (sous la direction de P.Delion), Erès, 1998.
- [106] **LE GUILLANT L., BONNAFE L., MIGNOT H.** : Problèmes posés par la chronicité sur le plan des institutions psychiatriques, Rapport d'assistance présenté au LXII<sup>ème</sup> Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, Marseille, Paris, Masson, 1964.

- [107] **ROUGER C.** : Accompagnement social et projet thérapeutique : réinsertion par le logement, In Information psychiatrique, 72, 1, 1996, pp. 20-26.
- [108] **GUILLAUD-BATAILLE J-M., J-L. TERRA** : Quel hébergement après l'hôpital ? Evaluation des besoins d'hébergement et de logement des patients du secteur psychiatrique, In L'information psychiatrique, 72, 1, 1996, pp. 12 à 19.
- [109] **CASTRO B, BAHADORI S, TORTELLI, AILAM L, SKURNIK N.** : Syndrome de la porte tournante en psychiatrie en 2006. Ann Med Psychol 2007, 165, pp 276-281.
- [110] **TROUVE M.** : Urgences psychiatriques et précarité: prise en charge des sujets SDF, thèse de médecine, soutenue le 23 juin 2010, Lyon.
- [111] **BOURDONCLE F.** : L'endroit et l'envers du pyjama à l'hôpital psychiatrique, In L'information psychiatrique, 75, 10, 1999, pp1037 à 1042.
- [112] **BARRETT R.** : La traite des fous. La construction sociale de la schizophrénie, Les empêcheurs de tourner en rond, 1998.
- [113] **LAVAL C.** : Editio, In Rhizome, n°32, octobre 2008.
- [114] **DELION P.:** Accueillir la personne psychotique : espaces thérapeutiques, temps interstitiels et vie quotidienne, In Psychose, vie quotidienne et psychothérapie institutionnelle (sous la direction de P.Delion), Erès, 1998.
- [115] **DICTIONNAIRE HISTORIQUE DE LA LANGUE FRANCAISE** : sous la direction d'A.Rey, Dictionnaires Le Robert, Nouvelle édition, juillet 2010.
- [116] **ZENONI A.** : Le spectre de la chronicité, Mental'idées n°8, 2006.
- [117] **GUYOTAT J.** : Malaise dans la transmission ?, In Confrontations psychiatriques, n°44, 2003.
- [118] **TISSERON S.** : Les conditions de la transmission, In Confrontations psychiatriques, n°44, 2003.
- [119] **DEBRAY R.** : Malaise dans la transmission, In Cahiers de Médiologie, n°11, Communiquer/Transmettre, 2001.

**GIRARDON Lucie-** La place de l'« habiter » dans le corpus psychiatrique. Contribution à une approche historique, clinique et institutionnelle.  
134 f., 0 ill., 0 tab., Th. Méd : Lyon 2011 n° 9

**RESUME :** Ce travail de thèse vise à explorer l'épistémè de l'« habiter » dans le corpus psychiatrique, en le situant dans une perspective historique de l'asile à l'hôpital actuel. Nous envisageons le terme « habiter » dans une acception qui dépasse celle de l'abri ou du simple hébergement, et même du fait de posséder ou non un logement. Il s'agit de mettre de soi là où l'on vit, dans un lien à soi-même et à autrui.

Nous proposons dans un premier temps une enquête lexicale nous amenant à découvrir les liens avec les mots « habits », « habitudes » et « habitus ». Enquête qui nous a par ailleurs conduits au sens premier d'un terme si familier à la médecine et au final curieusement si proche de l'habiter : la maladie.

La deuxième partie de notre travail constitue une illustration clinique des problèmes d'habiter en développant le cas d'un patient en proie à l'errance. Nous avons tenté de comprendre ce que peut nous dire un patient lorsqu'il nous montre qu'il n'arrive pas à habiter. Au fil de notre réflexion clinique, nous avons établi qu'habiter un logement nécessitait certains prérequis, comme pouvoir habiter son corps, sa subjectivité, son histoire, le lien à l'autre.

Enfin, nous nous sommes intéressés à la réponse apportée par l'institution psychiatrique aux problèmes d'habiter posés par les patients. La psychiatrie publique s'inscrit dans un contexte politique, économique et sociétal dont elle subit l'influence ; aussi avons-nous souhaité l'étudier dans la dimension historique de ses rapports avec la cité. Nous avons ainsi pu différencier institution asilaire et fonction d'asile.

L'ensemble des données lexicales, cliniques, historiques et institutionnelles que nous avons relevées nous invite à penser que, pour certains sujets, il y a besoin d'habiter, littéralement, l'accompagnement social ou le soin, avant d'habiter un logement.

**MOTS CLES :**

Logement  
Habitus  
Asile  
Folie  
Soin

**JURY :**

Président : Monsieur le Professeur Jean-Marc ELCHARDUS  
Membres : Madame le Professeur Liliane DALIGAND  
Monsieur le Professeur Pierre FOURNERET  
Monsieur le Docteur Jean FURTOS

**DATE DE SOUTENANCE :** Mardi 25 janvier 2011

**ADRESSE DE L'AUTEUR :** 20 montée Saint-Sébastien -69001 LYON  
luciegirardon@hotmail.com