

LA PSYCHOTHÉRAPIE INSTITUTIONNELLE FRANÇAISE CONTEMPORAINE (SUITE)

Georges Daumézon et Philippe Koechlin

Sommaire:

III — Principales Réalisations

- 1) Organisation du travail
- 2) La modification du cadre
- 3) Les entreprises collectives
- 4) Les loisirs
 - a) Veillées
 - b) Bals
 - c) Fêtes et kermesses
 - d) Chants et danse
 - e) Club
 - f) Divers
- 5) Le sport
- 6) L'information
 - a) Journal mural
 - b) Journal parlé
 - c) Journal intérieur
- 7) La persévération
- 8) Problèmes pratiques divers

Conclusions Générales

III — Principales réalisations

Ayant ainsi indiqué la ligne générale de notre action, nous devons passer en revue toute une série d'organisations qui en sont la traduction complète.

1) Organisation du travail

Nous avons dit plus haut quel était le cadre traditionnel réglementaire du travail asilaire. Il nous paraît inutile d'y revenir, si ce n'est pour indiquer son double but: d'une part atténuation de la charge économique, d'autre part la réalisation de tâches individuelles permettant au malade de capter la bienveillance des autorités. Au cours d'un référendum récent, dans un service de femmes, 25% des malades indiquent qu'elles travaillent pour faire plaisir aux infirmières, 25% pour le pécule, 9% pour obtenir la sortie.

Nous allons rapidement indiquer comment la plupart d'entre nous ont essayé de modifier cet état de choses: dans un premier temps, le médecin a raconté, soit dans des entretiens individuels, soit dans des réunions groupant tout ou une partie du personnel, soit encore au cours de l'enseignement professionnel, ce qu'étaient les ateliers de travail thérapeutique dans les pays étrangers. Il a fourni éventuellement une documentation à ce sujet. La lecture du livre d'Hermann Simon ou de tel travail sur l'ergothérapie a été recommandée aux membres du personnel qui paraissaient le plus accessibles à cet enseignement. Souvent, une visite à un hôpital où le travail était organisé a été faite par quelques infirmiers, soit à l'occasion d'un transfert, soit à l'occasion d'un déplacement spécial, par exemple dans la voiture du médecin.

Le médecin a fait savoir qu'il serait particulièrement favorable au fait qu'à l'intérieur des pavillons, ou en dehors, des ateliers soient créés. Pour donner toute leur valeur à ces tentatives, il a insisté sur les difficultés administratives habituelles pour obtenir les fournitures nécessaires et la plupart du temps un groupe d'infirmiers ou d'infirmières, dans le service tout entier ou dans un pavillon, s'est offert, pour le démarrage, à faire l'avance d'une mise de fonds, réunie d'ordinaire grâce à une collecte (le médecin a souscrit certes, mais de préférence après qu'elle ait déjà débuté).

Les infirmiers sont ainsi laissés libres de choisir les activités qui leur paraissent les plus satisfaisantes. Seuls sont éliminés les travaux

pénitentiaires classiques dans la région envisagée. D'ordinaire, ce sont les industries locales qui alimentent les premiers projets, mais avant d'obtenir que des manufacturiers consentent à confier des travaux à des malades, il faut pouvoir leur montrer quelques réussites, aussi les premiers travaux consistent-ils à fabriquer des objets très simples en une matière peu différenciée: raphia, travaux de couture, brosse, etc. Puis lorsque les ateliers ont fait leurs preuves, on s'efforce d'obtenir des commandes d'organisations locales détectées et sollicitées par des membres du personnel dont l'engagement s'affirme ainsi. Il va de soi que ne sont pas éliminés, ne serait-ce que dans un but d'aplanir les conflits administratifs toujours possibles, les travaux utiles pour l'hôpital lui-même.

On pourrait en somme schématiser ces démarches en trois stades:

- a) d'abord intéresser le personnel,
- b) ensuite le compromettre,
- c) puis obtenir une extension en tâche d'huile, fondée sur la constatation de la valeur thérapeutique, mais peut-être et surtout, au départ du moins, du succès des objets fabriqués.

À titre d'exemple, nous donnerons la liste des divers travaux réalisés dans un hôpital il y a quelques années:

- fabrication de ceintures fantaisies avec de la cellophane;
- préparation de sacs en papier destinés à recevoir des poires et à les protéger des insectes; confection de paillasons d'horticulture. Ces deux travaux étant confiés par une coopérative agricole;
- confection d'animaux en étoffe, bourrés de copeaux ou de sciure, ou mieux encore de charpie, pour le compte d'une maison de jouets, puis pour les arbres de Noël de divers services administratifs; confection de sous-verres;
- confection de paniers à salade, de fleurs artificielles, de ballons de football, de jouets en bois découpés, de brosses, d'objets de cartonnage variés, de tapis-brosses, montage de pièces simples d'appareillage électrique, d'étiquettes, de guirlandes de papier d'abord destinées à la décoration des divers pavillons lors de leurs fêtes, puis pour les fêtes de quartiers et banlieues environnantes.

Il va de soi que dans chacune de ces organisations sont prévues des tâches variées et éventuellement progressives, par exemple en matière de raphia: fabrication de tresses de plus en plus fines, de plus en plus régulières, permettant des travaux eux-mêmes étagés.

À l'intérieur des ateliers, diverses spécialisations sont créées, ne serait-ce que celle de vérificateur, de manutentionnaire, de préparateur, de réceptionneur, etc.

Nombreux sont les problèmes pratiques que font naître ces créations. Le but que l'on se propose consiste à créer plutôt que des ateliers dans des locaux séparés, des centres d'activité à l'intérieur des salles de séjour. Le premier résultat obtenu est "d'orienter l'espace": en place de la collection de sujets inertes assis, voire couchés, indifférents le long des murs, la salle de jour devient un lieu où la place occupée par chacun prend sa signification, et où le sujet, même inactif, est amené à prendre parti à l'égard de l'activité commune. Même une attitude d'hostilité, voire d'agressivité, prend alors une valeur supérieure à l'apathie d'antan.

En même temps, le type de relations entre infirmiers et malades se trouve lui aussi modifié. Précédemment l'infirmier était essentiellement un surveillant dont le rôle consistait surtout à empêcher les actes agressifs: les disputes, les bagarres ou les évasions. Ce rôle de maintien de l'ordre postule automatiquement que cet ordre peut être troublé et le gardien devient, par sa présence, une provocation à toutes les difficultés. À partir du moment où, au contraire, une ou plusieurs activités se déroulent dans la même salle, le rôle de l'infirmier est totalement différent: il devient celui, d'un moniteur, voire dans bien des cas de simple collaborateur car, souvent, les malades seront plus habiles que lui. Non seulement il ne suscite plus le trouble, mais son contact avec le malade, pour obtenir de lui son entrée dans le jeu, devient un contact libre et par là un contact "normal" et fructueux.

C'est seulement lorsque les ateliers dans les salles sont correctement organisés, vivent d'une existence qui ne peut plus être mise en question, qu'il devient utile d'organiser les ateliers spécialisés à l'intérieur du pavillon, puis des ateliers de groupes et travaux au dehors.

Par ailleurs, la rémunération du malade doit être envisagée. Traditionnellement, les malades reçoivent un pécule, mais celui-ci est souvent très minime et il s'échelonne surtout selon la valeur, pour l'établissement, du travail à accomplir.

Nous devons au contraire créer un type de rémunération nouveau: proportionnel, pour les sujets en période d'accrochage, à la plus ou moins grande bonne volonté déployée; variant avec le rendement pour les sujets socialisés ou en voie de réadaptation.

Dans tel établissement, il fut possible de verser directement aux malades le produit de leur travail; certaines difficultés en découlèrent nées de l'inégalité extrême des sommes touchées; autant de matière à discussion, à prises de position longuement explicitées, autant de matière à psychothérapie collective (Bonnafé, 1947).

Souvent encore le personnel, trop abandonné dans ses initiatives, connaît la tentation d'une recherche trop systématique du rendement. Il en résulte des déviations que le médecin devra constamment combattre pour que ne soit pas perdu de vue le but thérapeutique de l'entreprise.

On comprendra sans doute les raisons pour lesquelles nous avons éliminé le procédé commode qui consiste à demander à l'administration les moyens d'organiser le travail. Le fait de réaliser quelque chose en dehors du cadre administratif classique – et il ne faut pas hésiter à le dire en fraude du règlement – est le procédé qui s'offre à nous pour nous évader de toute la structure d'oppression que nous avons précédemment analysée. Accepter ou solliciter l'aide de l'administration, c'est s'intégrer dans son système concentrationnaire. Il va de soi que de telles pratiques soulèvent des difficultés, mais elles amènent du même coup, dans l'hôpital tout entier, une prise de conscience de ce que pouvaient avoir de vicieux les habitudes antérieures.

Nous nous sommes bornés jusqu'ici à indiquer un premier stade qui est la création d'un atelier à l'intérieur d'un pavillon. Il va de soi que lorsque des progrès auront été accomplis, un schéma de l'utilisation individuelle du travail se dégagera progressivement. Il est calqué sur le schéma général que nous avons tracé plus haut.

Dans un premier temps, accrochage individuel pour chaque malade à une tâche qui permet de l'intéresser à une réalisation personnelle. Le cadre en sera variable, mais nous pensons que nous devons parvenir, comme cela a été fait dans quelques établissements, à fournir à tout sujet, même éventuellement alité, une activité quelquefois simplement automatique. Nous pensons par exemple à certains travaux de pliage, de déchirage de charpie, etc. qui peuvent être proposés dès le dortoir de l'admission.

Lorsque le sujet a franchi ce stade, il peut s'intégrer dans un atelier où la signification sociale du travail est déjà présentée et c'est l'introduction dans l'atelier de pavillon où est proposée au malade une activité en général très différente de son activité habituelle. La valeur de l'acquisition d'une nouvelle technique, même élémentaire, étant beaucoup plus grande ici que celle de la continuation dans le métier autrefois utilisé.

Nous pensons en tous cas que l'on doit éliminer presque toujours certaines formes trop facilement stéréotypées de travail spécialement féminin du type ouvrages de dames, tricot, etc. sauf dans le cas où ces techniques peuvent être offertes à des malades qui, jusque-là, ne les connaissaient pas. Il faut se garder de faire tricoter la malade qui, déjà

depuis longtemps, tricote dans sa famille. Mais il est intéressant d'apprendre à tricoter à telle paysanne ou à telle ouvrière qui jusque-là ne savait pas. Dans la même optique, le tricot à la machine ne présente pas les inconvénients du tricot aux aiguilles.

Un dernier stade est celui de la réadaptation au travail ordinaire; elle se poursuit de préférence dans des ateliers extérieurs au pavillon. Le rythme de vie du malade doit, dans la mesure du possible, se rapprocher alors du rythme normal: coucher et repas dans un lieu déterminé, travail dans un autre (et de préférence aussi, loisirs collectifs dans un troisième).

Dans cet atelier extérieur, les préoccupations de rendement seront prévalentes et bien entendu on pourra, à l'inverse du stade précédent, utiliser le sujet dans le cadre de son activité professionnelle habituelle s'il doit reprendre celle-ci au moment de sa sortie. Pour d'autres, au contraire, le but à poursuivre est le préapprentissage d'un nouveau métier à faire exercer au dehors.

Il restera, dans l'état actuel d'imperfection de nos possibilités de thérapeutique, un certain nombre de chroniques, pour lesquels une activité régulière dans le cadre de l'hôpital est à organiser. Les ateliers extérieurs ou les équipes de travaux en donnent la possibilité.

La période d'organisation du travail thérapeutique correspond d'ordinaire à une phase d'enthousiasme dans le service et l'hôpital. Le médecin doit veiller à ne pas laisser tomber cet enthousiasme, à faire naître de nouvelles activités lorsque l'une ou l'autre est bien installée. À chaque introduction de technique nouvelle, de nouveaux malades se trouveront intéressés, feront des progrès; le spectacle réveillera l'intérêt du personnel, le fixera sur le but thérapeutique qui ne doit pas être perdu de vue. En effet, on doit toujours craindre que le travail, au début moyen de traitement, entreprise vivante, devienne une routine imposée au malade et finalement un moyen plus perfectionné d'exploitation économique entre les mains de l'administration qui, s'étant ressaisie, s'en est emparé.

Nous n'avons fait, ici, allusion qu'à des travaux utilitaires sans insister sur l'aspect esthétique. Cependant les bons infirmiers ne manquent pas de remarquer que le rendement thérapeutique est d'autant plus élevé que les tâches proposées sont plus attrayantes. Et à l'intention de sujets rétifs ils ne tardent pas à recourir à des techniques artistiques: fabrication d'objets à valeur décorative, pyrogravure, modelages, moulages, etc.

Peu à peu, spontanément ou sur suggestion du médecin, se créent des gammes très variées et se découvrent des techniques: utilisation de

la terre pour les sujets sortant de l'insuline, de travaux de force, du terrassement pour les agités (même femmes), etc. Selon les possibilités, l'éventail s'étendra et des règles d'utilisation se dégageront, souvent appliquées intuitivement par le personnel.

2) La modification du cadre

Un des procédés les plus efficaces pour lutter contre les dangers de l'organisation asilaire consiste à réunir les efforts du personnel et des hospitalisés pour modifier les éléments matériels du cadre dans lequel ils vivent.

La plupart du temps, là encore, l'entreprise sera amorcée par des suggestions présentées sous forme d'anecdotes, de comptes rendus de voyage, mieux encore par la visite d'éléments du personnel, voire de malades, dans un établissement où de pareils bouleversements sont en voie de réalisation.

Puis il conviendra de susciter, dans un groupe donné, tantôt un atelier organisé et plus souvent un pavillon, un désir d'amélioration des conditions de vie. Souvent, le point de départ est la tendance de l'un ou l'autre employé, chef de pavillon ou chef d'atelier, à se faire valoir. Il faudra tout de suite transformer les "ordres" qu'il a tendance à donner en une décision fruit d'une discussion ouverte du groupe entier.

Que le pavillon se réunisse (ou un certain nombre de ses délégués) pour décider par exemple une modification progressive de la salle à manger: le plus souvent, les débuts sont modestes, il s'agit de mettre des fleurs sur les tables; comme l'on manque de vases, on va chercher sur le tas d'ordures qui existe dans la plupart des établissements, de vieilles boîtes de conserves qu'on peindra. Le désir d'une installation plus individuelle se fera un jour. Il faudra obtenir de l'administration que les grandes tables de 8 (ou plus encore) malades, soient divisées en petites tables pour 4 ou 6 au maximum. Des ententes inter-pavillons pourront intervenir: un pavillon d'hommes fournissant par exemple certains objets à un pavillon de femmes et ce dernier brochant des napperons.

Alors qu'en matière de travail tout ou presque tout pourrait être fourni par l'initiative du groupe, ici le pavillon ou l'atelier devront obtenir de l'administration une aide pour modifier par exemple le matériel de vaisselle, acquérir des rideaux, des serviettes de table. C'est le moment, pour le médecin, de susciter les revendications, mais aussi de faire établir en groupe une stratégie, une tactique, pour

toucher efficacement les instances administratives, les convaincre progressivement; et la réduction des tendances récriminatoires, leur adaptation à une conduite efficace, sont à ce moment une démarche immédiatement tangible dans ses résultats mais lentement efficace au point de vue de la psychothérapie.

La recherche sera orientée vers les détails d'organisation. C'est ainsi que, plutôt que d'adopter des formules brutalement anonymes, trop collectives, comme par exemple le rangement des serviettes dans un casier comportant des dizaines de compartiments, on adoptera plutôt un système plus individuel: confection de pochettes individuelles, au minimum d'anneaux, collecte des serviettes par table, dans une corbeille spécialement préparée à cet effet. Toute une série de responsabilités naîtront du même coup, embryons de la vie sociale que l'on veut créer.

L'exemple que nous avons pris de l'organisation de la salle à manger, peut se transposer, avec des variantes, pour les autres éléments de chaque local; la grande salle de jour sera compartimentée par des cloisonnages mobiles, les sièges seront améliorés, etc.

Mais il faut aussi se préoccuper de la décoration du cadre. Trop souvent l'hôpital est constitué de salles aux murs nus. Parfois un essai de décoration a consisté à accrocher aux murs des affiches, souvent des affiches de tourisme, assez cruellement déplacées dans un lieu d'où les malades ne sortent guère malgré qu'ils en aient envie. Plus grave encore était la fixation, quasi définitive, de ces éléments décoratifs.

On donnera au contraire la préférence à des formes plus fragiles: dans tel pavillon, des dessins ou tableaux seront découpés dans des revues, proposés par les malades, puis disposés après qu'on en aura discuté la présentation (un cadre tantôt de papier blanc, tantôt de peinture de couleur, mettant en valeur de façon très utile une gravure de valeur discutable).

Chaque fois qu'on le pourra, on passera au stade de la fresque réalisée sur des murs lavables, en utilisant des peintures à la colle qui ne dureront guère plus de quelques mois.

Dans certains établissements où une vie collective assez authentique a pu être réalisée dans les pavillons, des modifications plus étendues ont été obtenues. Un pavillon d'agités s'est ainsi progressivement transformé: des infirmiers, anciens maçons, se sont mis à l'ouvrage avec quelques malades, pour transformer d'abord les salles de jour et y opérer des cloisonnements, puis peu à peu pour supprimer des cellules et en faire de petits dortoirs infiniment plus agréables.

Les exemples, en cette matière, sont évidemment innombrables et variés, allant par exemple de la récolte de sable pour garnir une cour jusqu'à la fabrication de cols brodés pour agrémenter un uniforme trop sévère. Nous pensons qu'ils indiquent mieux que bien des développements l'orientation donnée aux activités des groupes: prise de conscience de la misère, analyse de ses causes et attitude militante concrète de collaboration pour la combattre et l'atténuer autant que l'on peut.

3) Les entreprises collectives

En liaison avec la modification du cadre, comme avec l'organisation du travail, on doit citer un certain nombre d'expériences d'entreprises réalisées par des groupes de malades et de personnel dont nous donnerons quelques exemples.

À Fleury-les-Aubrais, durant une période d'été, un pavillon voulut sabler sa cour, jusque-là recouverte d'un mâchefer rebutant. Le comité du pavillon s'adressa à l'économiste qui, ne pouvant fournir, pour des raisons financières, le sable nécessaire, se contenta de signaler, que, dans la forêt voisine, domaine de l'établissement, une vieille sablière était abandonnée. Des malades s'offrirent alors pour aller, sous la conduite d'un infirmier, chercher les matériaux nécessaires. Ce fut essentiellement une équipe de sujets ayant précédemment manifesté des propensions à "l'évasion" qui se constitua. Non contents de fournir le sable nécessaire pour la cour du pavillon, le groupe en cause a extrait un nombre respectable de mètres cubes qui permit la mise en état de toutes les cours de tout l'hôpital. L'expérience s'est maintenue durant plus de trois ans, dans le même cadre d'organisation spontanée et par un groupe s'intéressant à une amélioration commune de l'hôpital. Elle a permis l'utilisation de nombreux sujets jusque-là rebelles à toute occupation et pour lesquels il s'agit là du premier stade vers une réadaptation qui fut souvent complète (s.n., s.d.)

À Ville-Evrard, dans le service de Sivadon, fut constituée une équipe de laveurs de carreaux dans laquelle fut intégrée une majorité de sujets antérieurement briseurs de vitres. Ces laveurs de carreaux remplacèrent les journaliers précédemment utilisés pour laver les vitres du service. Puis, leur activité s'étendit à la totalité de l'hôpital puis d'un hôpital voisin, finalement aux services publics de la ville voisine. À ce moment, des difficultés administratives s'élevèrent puisqu'une organisation administrative ne pouvait pas mandater les

sommes qu'elle devait à un groupe n'ayant pas d'existence juridique reconnue.

Nous avons pris là deux exemples particulièrement typiques, mais nombreuses sont les entreprises identiques qui, en général parties d'un pavillon, parties d'un service, arrivent à contaminer parfois l'ensemble de l'hôpital. Leur caractère commun est de représenter une lutte directe entreprise par un groupe contre un symptôme maladif par l'adoption d'une conduite adaptée qui lui est antinomique.

4) Les loisirs

Dans la forme asilaire traditionnelle, un certain nombre de loisirs passifs sont offerts aux malades. Parfois, il s'agit de séances de cinéma, parfois encore de séances théâtrales que des sociétés plus ou moins de bienfaisance viennent offrir aux internés.

Dans sa forme extrême, cette offre de loisirs à un troupeau inerte est une des situations à caractère inhumain que la dégradation de l'interné accroît de la façon la plus intolérable. Ce malaise n'a d'ailleurs pas échappé aux critiques habituels des asiles et sans doute doit-on, à cette occasion, rappeler la poignante tristesse du bal représenté dans la Fosse-aux-Serpents de Litwak. Aussi doit-on tendre au maximum à éliminer ces formes passives de loisirs et de spectacles pour les remplacer par une réelle activité de "luxe" pour les sujets internés.

Signalons toutefois que cette politique ne tend pas, et de bien loin, à éliminer les spectacles, voire même le cinéma. Si les séances parcimonieusement ou libéralement "offertes" aux malades sont sans aucun doute pénibles, l'organisation de projections cinématographiques régulières, auxquelles tous les malades qui le désirent peuvent assister, si possible en payant, comme ils pourraient le faire au dehors, devient un élément d'adaptation à un rythme de vie familial. Ailleurs même, à l'égard de milieux ruraux isolés, il peut s'agir de la découverte d'un mode d'expression auquel on peut donner sa valeur.

Récemment, dans un service, des projections viennent s'intégrer dans un ensemble: le pavillon d'agités de ce service ayant, grâce à son travail, fait quelques bénéfices s'est entendu avec l'extérieur pour que soient projetés, à ses frais, à la totalité du service, des films au rythme de un par quinzaine. Les malades furent alors invitées par leurs camarades du pavillon d'agités à une séance, le pavillon organisant l'accueil, vêtant des ouvreuses, etc.

Quiconque connaît la monotonie morne des périodes d'inaction, des dimanches sans visites dans l'asile classique, ne peut qu'éprouver le

désir de profiter de ces temps vides pour tenter de développer des activités culturelles dont nous allons tracer rapidement un catalogue certes incomplet.

a) Les veillées

À Fleury-les-Aubrais, à la suite de stages destinés aux infirmiers où avaient été présentées des techniques de la vie collective, un pavillon organisa de façon régulière des veillées sur un mode très libre.

Dans les trois salles du pavillon sont proposés des centres d'intérêt variés, un buffet à bon marché délivrant des boissons non alcooliques, des tables pour jeux de société divers, une table de ping-pong. Dans une salle voisine, tour à tour des infirmiers ou des malades proposent des jeux collectifs ou des chants. Les malades se répartissent à leur gré entre les divers centres d'attraction. Il va de soi que la totalité du matériel est créé par le pavillon et que les manipulations d'argent se font au bénéfice de la caisse du groupe. Les mêmes activités sont reprises, en été, dans le jardin.

b) Les bals

La critique du bal des fous ne nous paraît plus à faire. Par contre, l'organisation de sauteries où des malades de divers services, hommes et femmes, peuvent se rencontrer, ainsi que du personnel masculin et féminin et les familles de celui-ci, représente une cérémonie sociale d'une importance indiscutable.

Contrairement à ce qu'on pourrait penser, et moyennant des précautions réduites au strict minimum, aucun inconvénient n'en résulte et il semble au contraire que cette sublimation des manifestations érotiques est un des très rares moyens dont nous disposons pour aborder une question pieusement tue jusqu'ici: de la vie sexuelle de nos malades.

Élément essentiel dans de telles manifestations (veillées comme bals ou séances cinématographiques), le personnel abandonne son uniforme et les malades peuvent retrouver une grande partie de leurs vêtements habituels du dehors.

L'expérience montre que la seule précaution à prendre est d'organiser des bals dont la participation soit assez nombreuse et variée, de manière à éviter des fixations trop systématiques.

c) Les fêtes et kermesses

Il est tout naturel que les pavillons ou les établissements où s'est développée une vie sociale active, envisagent l'organisation de fêtes plus ou moins ouvertes aux éléments extérieurs. Elles seront l'occasion de très nombreuses activités de préparation permettant souvent l'accrochage de sujets restés jusque-là réticents, qu'il s'agisse de la décoration de salles ou du morceau de parc utilisé pour l'installation des comptoirs variés, de la préparation des objets à vendre.

De pareilles kermesses, auxquelles les autorités locales seront invitées, présentent un intérêt de propagande important. Leur but thérapeutique sera sanctionné par la découverte de telle ou telle possibilité chez des sujets chez lesquels elle était restée jusqu'ici à l'état de virtualité ignorée. Elles sont vécues par leurs participants comme un moyen de se procurer des ressources et de proposer une vue valable de l'humanité du malade.

d) Chant et danses

Les milieux culturels français paraissent, en général, peu favorables à de telles initiatives. La création de chorales, de groupes de danses folkloriques, a été bien souvent envisagée, tentée, mais fréquemment rapidement abandonnée. Des efforts systématiques dans ce sens obtiendraient sans doute un résultat, à condition toutefois que le chant ou la danse soient présentés comme un élément dans un ensemble et aient un caractère spontané. C'est ainsi, par exemple, que telle chanson éclatera dans des périodes d'activité heureuse, à l'atelier, dans une veillée, etc.

Si, comme nous l'avons espéré un moment, ces diverses tentatives prenaient une extension progressive, nul doute qu'il y aurait là la place pour de réelles spécialisations et la recherche d'un répertoire. L'expérience actuelle nous permet en tous cas d'affirmer qu'il est nécessaire de cultiver, au début, l'intérêt pour certaines chansons à la mode, sans recherche exclusive d'un répertoire savant ou mièvre comme on est tenté de le faire trop souvent.

e) Les clubs

C'est essentiellement dans un but d'organisation de loisirs que sont nés un certain nombre de clubs, groupant les éléments intéressés à ces diverses activités.

Le plus ancien dans le mouvement actuel est sans aucun doute celui de Saint-Alban. En 1941-42 fut créé, dans cet établissement, une salle commune où les malades de divers services se réunissaient pour des activités peu différentes des veillées que nous avons précédemment décrites. Il parut nécessaire de donner un cadre social et le Comité du Club, élu à la suite d'élections dans tous les pavillons, fut un élément essentiel de la vie de l'hôpital.

C'est ce Comité du Club qui organisa les séances cinématographiques et, dans les conditions locales exceptionnelles de cet établissement très isolé dans ce pays de montagne, le club, pendant plusieurs années, donna des séances de cinéma destinées à la population du village voisin. Actuellement, une séance hebdomadaire est donnée, dont le programme est préparé par chaque pavillon. Les médecins ont su donner à chaque représentation une valeur quasi psychodrame. Le but est de faire jouer le plus grand nombre possible de malades de la façon la plus spontanée que l'on peut (Bernard, 1948).

Il faut compter aussi de nombreuses autres activités culturelles: conférences et création d'un journal mural, ici très important.

À Ville-Évrard, le club s'est orienté vers des formes qui tendent au maximum à un *self-government*, donnant la première place aux réunions de délégués, de responsables d'activités diverses (Sivadon, 1952).

f) Divers

C'est à travers des perspectives identiques qu'ont été traités les problèmes tels que ceux de la radio, de la bibliothèque.

À titre d'exemple, on sait que dans bien des établissements des postes de radio sont systématiquement placés, par l'administration, dans des lieux inaccessibles et déversent à heures fixes des flots de musique sur les malades qui n'en peuvent plus.

Dans le cadre de réforme qui nous occupe, on évitera cette pratique. L'achat d'un poste radio sera l'un des objectifs que poursuit l'un des pavillons par l'organisation de tel ou tel atelier dont les bénéficiaires seront affectés, durant plusieurs mois, à cet achat. Puis le poste sera placé dans un lieu permettant une écoute tranquille et confié à des responsables du choix des auditions.

Nous croyons devoir insister tout particulièrement sur la nécessité d'adapter ces activités au type culturel de chaque groupe. Un exemple nous permettra de mieux nous faire comprendre: à Saint-Alban, Tosquelles constata, il y a quelques années, que les paysans vivant

dans les fermes isolées de montagne se réunissaient essentiellement à l'occasion des sépultures. L'enterrement est ici un rite social extrêmement important. Il est l'occasion de rencontres, d'échanges de nouvelles, dans une atmosphère de sacré. Ainsi notre collègue fut-il amené à organiser de la même manière les enterrements à l'hôpital. Il constata à cette occasion un certain nombre de resocialisations que les techniques habituelles n'avaient pas permises.

5) Le sport

L'organisation d'activités sportives strictement réglées fournit un des exemples les plus frappants des possibilités thérapeutiques des activités sociales. C'est ainsi que dans un hôpital à Fleury-les-Aubrais existaient naguère jusqu'à 4 équipes de football, deux équipes (une masculine et une féminine) de basket, le tout étant groupé dans une association sportive régulièrement constituée.

La première équipe, dans chaque catégorie, était engagée dans les championnats locaux et jouit soit sur le terrain de l'établissement, soit à l'extérieur, des rencontres avec des clubs étrangers.

À l'origine de la création se trouve un noyau d'infirmiers sportifs, auquel quelques fonctionnaires et des malades s'agrégèrent peu à peu. Quelques matchs furent joués entre deux équipes: l'une de personnel, l'autre de malades, mais rapidement cette formule fut abandonnée pour constituer des équipes mixtes. Une "dernière" équipe essaie d'intéresser des malades, parfois des catatoniques, dont l'inhibition est brusquement vaincue au contact ou devant l'invitation de la balle.

La partie la plus intéressante de ces initiatives paraît être la séance de critique hebdomadaire où l'équipe rassemblée critique son jeu et prépare les rencontres suivantes. La critique est faite au tableau noir, avec discussion du comportement de chaque joueur, aussi bien employé que malade, adoption de consignes diverses. Le règlement du jeu est exposé et discuté.

On sait combien peut être révélateur de la personnalité le comportement d'un sujet au cours d'un jeu sportif. On sait encore combien la discipline d'un jeu d'équipe tend à réfréner certaines attitudes anti-sociales et à orienter l'action vers la collaboration. Le critique de jeu devient ainsi, sans même souvent le savoir, un technicien de psychothérapie collective de haute valeur.

Enfin, l'existence de la société sportive, la participation de la totalité de l'établissement aux succès ou aux déboires des équipes dans les rencontres extérieures, sont des éléments de vie extrêmement

importants que nous verrons traduits par exemple dans la vitalité de la rubrique sportive des journaux d'établissements (Daumézon, 1949).

Dans un hôpital où un médecin avait, il y a 4 ans, tenté de créer un certain nombre d'organisations collectives, une régression progressive a amené la disparition de la plupart des noyaux d'activité qu'il avait suscité, mais la partie la plus vivace reste l'organisation sportive qui fonctionne encore, attestant la valeur sociale de ces tentatives.

6) L'information

Toute collectivité vivante tend à créer ses moyens d'expression; une nécessité pratique aboutit obligatoirement à créer des procédés d'information pour porter à la connaissance de tous des nouvelles fort simples, des convocations, des annonces. Ainsi automatiquement, même dans l'hôpital qui n'est qu'une morne entité administrative, la direction est amenée à prévoir un système de "notes de service", de tableaux d'affichage variés, au moins à l'intention du personnel.

Mais au fur et à mesure que se développe la vie de l'hôpital, des organismes d'information se créent aboutissant, dans bien des cas, à la naissance d'un journal.

Il entre d'autre part dans la vocation du médecin de voir quel parti il peut tirer de cet organisme d'information dans un but thérapeutique. Ainsi se pose un problème particulier de l'information à l'hôpital psychiatrique.

Un des éléments pénibles de la situation d'interné résulte de l'absence d'explication du caractère incompréhensible des diverses mesures qu'on lui impose. Le sujet est amené à l'hôpital trop souvent après que son entourage lui ait conté quelque fable, pour vaincre sa réticence; puis, sans explication, il est soumis à toutes sortes de rites qui lui paraissent sans raison, sans fondement; souvent la thérapeutique qui pourrait donner lieu à un exposé valable lui est, elle aussi, imposée sans aucun commentaire.

Un des premiers buts de l'information à l'hôpital doit être de dissiper l'inquiétude résultant nécessairement de ces ignorances. On sait d'ailleurs que dans certains établissements étrangers, en particulier en Angleterre, sont affichés obligatoirement le règlement intérieur de l'hôpital, les voies de recours éventuelles pour les sujets protestataires. Il n'en est pas encore question en France et c'est sans doute regrettable.

La collectivité fermée de l'hôpital, du fait de l'étanchéité de ses castes, du caractère inhumain de subordination qu'elles supposent, est en outre le milieu le plus propice à la naissance de toutes sortes de

croyances erronées, de mythes souvent colorés par les orientations les plus pathologiques. Quiconque a vécu dans l'asile sait que les nouvelles s'y propagent avec une vitesse extrême, mais se développent aussi de façon souvent cocasse, mais plus réellement tragique. L'angoisse, qui est un des éléments essentiels du tableau psychiatrique, trouve dans ces fables un trop facile aliment pour qu'on ne tente pas de porter quelque remède à cet état de choses.

Mais on peut aller plus loin encore dans ce souci. Nous sommes, pour notre part, persuadés que dans les mécanismes même de la pensée délirante, toute une série de phénomènes particuliers pourraient être étudiés sous l'angle de l'information pathologique. Certaines questions éternellement pendantes telle que celle des hallucinations, gagneraient à être abordées sous ce jour.

En même temps que nous apprenions à tirer parti de ces démarches, nous prenions connaissance des expériences de tel confrère, artisan de la psychothérapie de groupe. Les techniques d'information ne doivent pas limiter leur objet à la vie collective, elles doivent aussi s'étendre aux phénomènes vécus par le malade; elle doivent permettre de mettre le malade, qui jusque-là avait "vécu" son expérience délirante, en face de la formulation objective, par lui-même, de cette expérience. Cette objectivation doit s'accomplir, non dans le cadre de l'essai de mystification, de "mauvaise foi" que la structure délirante impose au malade, mais dans une démarche d'objectivité et si possible de compréhension totale, de la réalité. Elle présente alors, pour le sujet, une chance de prise de conscience, et une valeur démonstrative aveuglante pour les autres participants.

À la lumière de ces rapides aperçus, on peut concevoir qu'un des éléments très importants de l'activité de psychothérapie collective, consiste à fournir aux malades des éléments d'information objectifs, et mieux encore une technique d'information objective. Nous allons exposer comment ce problème a été abordé durant ces dernières années dans nos établissements.

En 1947, naît un journal à Fleury-les-Aubrais, (Daumézon, 1948) à l'époque où les tentatives de vie sociale se multiplient à l'hôpital. C'est un malade particulièrement actif dans ses initiatives qui se propose à créer la publication en collectant sa matière, en assurant le tirage à la polycopie, avec quelques camarades qu'il dirigera.

Désireux de tirer tout le parti thérapeutique nécessaire, les médecins ont laissé se développer l'expérience. Tout d'abord les articles fournis consistèrent essentiellement dans des revendications ou mieux encore en des récriminations hargneuses. Les premiers numéros en

furent remplis et les réactions qu'ils entraînaient justifiaient l'institution d'une censure, pour longtemps encore assez externe et inhumaine.

Puis, les rédacteurs restant peu nombreux s'employèrent à fournir des articles documentaires pas très adaptés, dont la matière s'épuisa vite. Ils se rabattirent alors sur un contenu humoristique, lui aussi assez rapidement lassant.

Au cours de réunions de personnel et malades mêlés, sur la suggestion du médecin, fut dégagée et proposée une formule essentiellement orientée vers l'information: chaque pavillon devant fournir chaque semaine des nouvelles sur sa vie propre, la rédaction du journal collectant auprès des organismes collectifs et de l'administration tous les autres éléments utiles.

Un Comité fut créé, constitué par des délégués et "correspondants" de chaque pavillon et des membres du personnel. Le Comité discute d'une part la constitution du numéro, mais aussi de tous les problèmes soulevés par la vie de l'hôpital. Il est en quelque manière l'équivalent du Comité de Club dont nous avons parlé, la manifestation de l'orientation vers un *self-government*. Mais il est surtout l'occasion d'une réunion de psychothérapie collective, le médecin intervenant pour faire apparaître les mécanismes de désadaptation qui sont à la base de telle ou telle intervention, ou pour orienter vers une forme adaptée les démarches de chacun.

Le journal atteint maintenant sa sixième année mais, fait plus important, il a été le point de départ de nombreuses initiatives analogues et l'on compte actuellement une vingtaine de journaux ou revues dans les hôpitaux français. Un travail récent de J. Benoiston a recensé et étudié ces créations.

Il apparaît de façon fort claire que l'aspect thérapeutique de l'information a échappé à bon nombre de créateurs de journaux. Par contre l'attention a été surtout attirée par la valeur de propagande d'une "revue" publiée par l'hôpital et par l'occasion qu'elle fournissait un travail spécialisé ainsi offert à certains malades. Aussi un bon nombre parmi les journaux récemment créés se sont orientés vers la formule revue, en général mensuelle, souvent imprimée.

Dans ce cadre, la tâche d'information ne peut réellement se donner libre cours: la vie d'un hôpital psychiatrique évolue sur un rythme rapide et déjà une publication hebdomadaire a fort à faire pour ne pas rester un peu en deçà de l'actualité. D'autre part, nombre de sujets font, à l'hôpital, un bref séjour de trois à six semaines; tout au plus auront-ils eu la possibilité de connaître deux numéros de la revue, ils n'en auront tiré aucun bénéfice. Enfin, la revue imprimée demande une

main-d'œuvre hautement spécialisée dont la formation est minutieuse, sa réalisation est longue et délicate. On aboutit ainsi à ce qu'elle soit l'organe, non d'un hôpital vivant, mais d'un clan de chroniques installés dans l'hôpital et l'exploitant en même temps qu'ils sont exploités. Benoiston a très heureusement rapproché un grand nombre de textes de la matière des journaux que des fous font paraître, soit au dehors, soit à l'intérieur des hôpitaux.

En somme, la formule revue apparaît comme une activité utile de travail, orientée essentiellement vers la propagande extérieure de l'hôpital psychiatrique. À ce titre et en vue d'atteindre des autorités variées, elle doit être spécialement retenue.

Par ailleurs, la recherche d'une information vivante et l'utilisation de celle-ci dans un cadre psychothérapique amène à trois ordres de création: le journal mural, le journal parlé, enfin le journal hebdomadaire strictement limité à l'hôpital, ne devant pas sortir de son enceinte et permettant des développements psychothérapiques.

a) Journal mural

Le journal mural est une formule qui vient immédiatement à l'esprit dans bien des cas. À Saint-Alban, le journal mural du Club est et reste un élément de vie important. Par contre, dans bien des hôpitaux psychiatriques, la tentative de faire vivre un journal mural aboutit à un échec après quelques semaines ou quelques mois d'efforts.

Dans l'état actuel de culture de la France, il semble que l'on ne peut guère organiser que des tableaux d'affichages recevant des textes très brefs, écrits en caractères assez gros, pouvant être consultés d'un seul coup d'œil. Il n'en serait sans doute pas de même dans des pays où l'analphabétisme est la règle et où l'affichage de textes longs est un procédé d'information médiata, donnant lieu à des lectures publiques par les rares individus capables de lire.

Dans la pratique française actuelle, dans la majorité des hôpitaux, le problème du journal mural a glissé vers le tableau mural: présentation attrayante dans laquelle un certain nombre d'annonces brèves s'insèrent, au milieu de rappels divers d'activités ou de mots d'ordre.

Dans tel pavillon d'agitées, dans un service où la direction du pavillon est confiée à un personnel religieux, le tableau mural, dont la forme rappelle un triptyque religieux, est constitué par des découpages variés des divers objets symbolisant le travail thérapeutique dans le pavillon: bas tricotés, ciseaux, objets en raphia, etc. Le

renouvellement de ces formes donne lieu à des sollicitations auprès des malades de bas niveau.

Le tableau mural est un élément décoratif actuel et vivant, de ce fait utile, mais l'on voit qu'il ne réalise qu'une faible part du but primitif d'information que l'on s'était tracé.

b) Journal parlé

Nous avons insisté sur l'intérêt que présente une information quotidienne, sauf dans le cas d'établissements immenses qui ne sont plus à l'échelle humaine et qui ne permettent d'ailleurs plus la réalisation d'une vie collective authentique, il ne saurait être question d'impression, dans un hôpital, d'un journal quotidien. Par contre l'organisation d'émissions, sous forme de relais par un haut-parleur depuis un poste central, remplit ce but. C'est ce qui fut réalisé à Fleury-les-Aubrais et fonctionne encore (Daumézou, 1950).

La formule adoptée consiste à confier tous les jours la présentation d'un programme de variétés à un pavillon. Pour créer l'émulation, au bout de la semaine, un référendum était organisé qui décidait quelle était l'émission la plus réussie, que l'on redonnait à jour dit.

Outre ce programme de variétés, l'émission comprenait un bulletin d'information rapportant au jour le jour les nouvelles les plus variées et les plus quotidiennes sur l'hôpital, concernant le personnel, l'administration, les réunions de commissions, les arrivées de denrées et marchandises, les entrées, les sorties, les transferts, l'annonce du paiement du traitement ou du pécule, etc. Un bref résumé, des nouvelles locales du département, puis des nouvelles nationales et internationales, clôture l'émission.

La préparation de l'émission par le pavillon est l'occasion de tout un travail d'équipe qui peut être extrêmement fructueux. Si le médecin n'y tient la main, les choses évoluent d'ordinaire vers une forme de régression qui se traduit par la production d'un certain nombre de chansons à la mode, par des chanteurs médiocres. Mais des formes très différentes peuvent au contraire vivifier la formule: préparation de sketches, du genre des sketches radiodiffusés, présentation de textes qui donnent à la totalité de l'hôpital les nouvelles du pavillon, statistiques de production, indications d'astuces variées d'installation ou d'organisation.

La forme la plus intéressante est sans aucun doute l'interview de malades par un meneur de jeu membre du personnel, ou mieux, malade. L'interviewé est interrogé sur une forme très concrète de son

expérience, susceptible d'intéresser chacun; tel sera interrogé sur son métier, sur ses conditions d'exercice, sur sa localité d'origine, sur tel voyage qu'il a pu accomplir.

Lorsque le médecin peut jouer un rôle d'orienteur, il y trouve là l'occasion de démarches psychothérapeutiques très efficaces. C'est ainsi qu'une malade avait vécu de façon pathologique tel ou tel événement particulier de sa vie à l'époque où, sous l'influence de traitement biologique, elle commence à pouvoir rectifier ce que ses expériences avaient de déréel. La présentation, dans une interview, de ces événements permettra une prise de conscience et une objectivation de celle-ci qui exerce une valeur thérapeutique évidente.

La vérité nous oblige à dire que l'insuffisance de l'effectif médical ne nous a permis qu'assez rarement une utilisation aussi fructueuse, néanmoins, le journal parlé apparaît comme une création d'un intérêt considérable.

c) Journal intérieur

Après l'expérience du journal parlé, Tosquelles voulut introduire, à Saint-Alban, une formule du même ordre (Sivadon, Tosquelles, & Le Guillant, 1952). Mais ne pouvant, faute de matériel, établir une cabine de diffusion et des hauts parleurs dans chaque pavillon, il résolut de publier un bulletin hebdomadaire, en indiquant qu'il ne devait en aucun cas sortir de l'hôpital. Il accueillit, dans ce bulletin, tous les textes presque sans censure, mais les faisant suivre d'un commentaire réducteur chaque fois que cela est nécessaire. C'est ainsi que l'on voit dans le *Trait d'Union* paraître: Mme Durand, de tel pavillon, fait savoir: "Chaque nuit, je suis l'objet d'odieuses manœuvres de la part de la sœur du pavillon, je demande que cela cesse" – "Nous avons cru devoir publier cette nouvelle en pensant qu'en la voyant imprimée Mme Durand se rendrait compte du caractère invraisemblable de ses accusations".

Ainsi de violentes polémiques s'instaurent, ponctuées par les interventions médicales, de telle sorte que le journal apparaît comme une sorte de sténographie d'une séance de psychothérapie collective, ainsi livrée à la méditation de chacun et prenant un relief d'autant plus grand qu'elle est imprimée.

Afin de ne pas négliger le travail de propagande au-dehors, l'hôpital de Saint-Alban publie aussi un journal mensuel destiné, lui, à sortir de l'hôpital.

7) La Persévération

L'information, reflet de la vie de la collectivité, facteur d'examen et de critique, permettra une conscience de l'évolution de la vie sociale qu'on a ainsi créée.

Il est en effet assez simple de susciter, dans l'enthousiasme, bon nombre des initiatives que nous avons énumérées, mais l'évolution générale de l'expérience ne doit jamais être perdue de vue par le médecin qui l'inspire.

Au début, par exemple, le médecin doit bien savoir que le but n'est pas d'avoir un atelier, une équipe sportive ou un journal, mais de tirer de ces créations le maximum d'efficacité thérapeutique pour les participants et l'ambiance. C'est ainsi qu'il s'interdira de signaler, avant qu'un malaise soit perçu, tels ou tels vices de l'entreprise et qu'il retardera en quelque sorte les progrès objectifs pour tirer le maximum d'efficacité de ces progrès et des hésitations qu'ils comportent.

La conduite s'adaptera à chaque situation; l'un de nous a présidé à la naissance de deux journaux: dans un cas, pensant avoir devant lui un temps très long, il a laissé évoluer les choses en plusieurs mois, dans l'autre, sachant qu'il quitterait le service à brève échéance, il a d'emblée orienté vers une forme stable.

Mais une fois une entreprise quelconque parvenue à une position d'équilibre apparent, on doit constamment rechercher comment dépasser le stade atteint.

Nous ne sommes pas ici dans un domaine identique à celui des conduites administratives habituelles, mais plutôt dans un cadre comparable à toute thérapeutique: devant une infection grave, après obtention d'un premier palier d'amélioration par un antibiotique, on reprendra l'attaque par une nouvelle association; devant une escarre traînante, on sait que la variété des traitements est le seul moyen efficace. La désadaptation de l'asile est une escarre, faute de pouvoir modifier profondément la structure, il faut constamment changer le pansement.

Le médecin doit avoir pour perspective constante la nécessité de "relancer" les activités sur de nouvelles voies. Tel travail bien installé dans un pavillon est un signe de stéréotypie; tels membres du personnel, tels malades, y excellent et le bénéfice en décroît chaque jour. Sans doute ne le détruira-t-on pas, mais il faut découvrir une nouvelle technique qui requerra l'intérêt de nouvelles individualités, ouvrira de nouvelles perspectives de contact extérieur, etc.

Il existe des équipes de football, de basket, mais il est nécessaire d'étendre l'activité en créant une section de volleyball qui, éventuellement, détrônera une des précédentes.

Le journal vit sous une certaine forme, il faut penser à lancer l'idée de numéros spéciaux, d'enquêtes, de modification de son format, de sa technique d'impression, chacune de ses réformes ouvrant des perspectives (attirant des collaborateurs). Mais il deviendra peut-être nécessaire de dépasser même la formule du journal.

Néanmoins, autant la stéréotypie est dangereuse, autant l'instabilité est une des marques du déséquilibre psychiatrique. Chaque entreprise, sauf si elle apparaît néfaste, doit être poussée jusqu'à un certain degré d'organisation; on peut en attendre un double bénéfice: d'une part la recherche de normalisation, l'effort de discipline, sont des démarches thérapeutiques; d'autre part, l'existence de formes relativement stables, dont on connaît les ressources, permet l'aiguillage des divers sujets vers l'activité qui paraît la plus bénéfique.

Ainsi la vie de l'entreprise s'établit dans l'équilibre entre la recherche constante d'un perfectionnement et la consolidation des progrès atteints.

8) Problèmes pratiques divers

L'exposé qui précède pourrait induire le lecteur dans une vue trop grandiose que notre devoir est de réduire. Le nombre de services qui, en France, ont adopté les techniques que nous venons de décrire, est extrêmement limité et très rares sont ceux où elles sont toutes utilisées à la fois.

D'autre part, deux services ont poursuivi des expériences parallèles, ayant reçu une aide matérielle importante par la Sécurité Sociale. Ils ont développé leur orientation dans un sens original du fait des conditions matérielles qui leur étaient faites: le Dr. Sivadon, à Ville-Évrard, le Dr. Le Guillant, à Villejuif, ont pu, en effet, obtenir qu'on leur fournisse un nombre élevé de collaborateurs médicaux, de moniteurs, d'assistantes sociales, et un équipement matériel inconnu dans les autres services. L'administration, en contrepartie de cette aide, a surtout permis que ces services soient peuplés dans les limites de la population réglementaire et ne soient pas étouffés par une surcharge trop grande de malades. Il est inutile de dire que ces conditions de travail ont largement démontré leur efficacité et permis d'atteindre des chiffres de rendement thérapeutique que ne connaissent absolument pas les services voisins.

Les techniques de sociothérapie que nous avons exposées ont pris, dans ce cadre, des allures toutes différentes. C'est ainsi, par exemple, qu'à Villejuif le pas a été donné à la multiplication des contacts avec l'extérieur et le souci de réadaptation sociale. À Ville-Évrard, Sivadon et Follin ont pu utiliser le travail moins sous la forme d'entreprise spontanée que sous forme d'ergothérapie traditionnelle. C'est ainsi que Sivadon a pu s'orienter vers une utilisation spécifique de telle ou telle forme d'activité correspondant à des structures pathologiques déterminées et esquisser un plan rationnel d'ergothérapie qui reste, pour nous, un simple thème de réflexion (Sivadon, Tosquelles, & Le Guillant, 1952).

Le rôle inspirateur du médecin a été constamment mis en lumière; une des plus graves difficultés que nous rencontrons en France est le plan particulier des asiles: ceux-ci sont conçus avant tout comme des organisations administratives et le médecin n'a pas à participer à leur direction. Toute réforme doit commencer par placer le médecin au centre et à la tête de l'hôpital. Nous devons reconnaître que l'évolution des choses s'établirait, en France, en sens inverse.

Un des problèmes controversés est de savoir si les travaux confiés aux malades doivent être organisés par des moniteurs spécialisés ou par des infirmiers. En général, c'est cette dernière formule qui a été retenue; seuls les établissements dotés de moyens matériels très larges se sont orientés vers la formule moniteurs. Il en est résulté souvent une opposition entre moniteurs et infirmiers peu favorable à l'homogénéité de l'entreprise.

En vue de former des infirmiers, ou plutôt de les intéresser aux techniques de réadaptation, en 1949 et en 1950 furent organisés des stages de dix jours où quelques infirmiers de certains établissements se sont retrouvés, sous la conduite de médecins et de moniteurs des Centres d'Entraînement aux Méthodes d'Éducation Active. Le but poursuivi consistait à séparer les infirmiers de leur milieu habituel, à les faire participer à une vie collective harmonieuse, tout en leur présentant un grand nombre de réalisations possibles dans leurs établissements. Une large place était faite à des activités de travail, de loisirs, etc. du genre de celles qu'ils pourraient réaliser une fois rentrés sur leurs lieux de travail. Cette initiative a rencontré un plein succès et a permis un développement important dans nombre d'hôpitaux.

Au début de notre entreprise, nous avons quelque peu hésité à l'idée de confier un maniement psychothérapique à un personnel que sa formation ne préparait en rien à de telles tâches. En multipliant les contacts infirmiers-malades, lorsque ces infirmiers n'étaient pas

spécialement entraînés, n'allions-nous pas multiplier les occasions d'erreurs, de fausses-manceuvres? N'allions nous pas augmenter encore toutes les causes de désadaptation dont fourmille déjà la structure classique de l'asile? L'expérience a montré que ces craintes étaient vaines. Chaque fois que le personnel doit appliquer une technique, il adopte automatiquement les formes les plus simples pour aboutir à un résultat satisfaisant. Le rôle du médecin consiste, à ce moment, à ne pas faire perdre de vue le but final de la technique, à trouver toutes les occasions pour valoriser ce but et, du même coup, à favoriser les initiatives et les contacts heureux entre personnel et malades.

Les exemples les plus frappants nous sont donnés par la technique la plus simple. C'est ainsi, par exemple, que la recherche d'une alimentation adéquate, dans un cadre propre et adapté, aboutit sans le moindre effort à des contacts qui ne sont autre chose que l'abréaction de situations infantiles élémentaires et chaque réussite, sur ce plan, peut amener des abréactions justes. Dans des formes plus élaborées, nous avons montré comment le sport fournissait en lui-même, pour tout technicien même rudimentaire, l'occasion d'une resocialisation spécialement profitable.

Mais les efforts les plus grands, la vigilance la plus constante, devront tendre à dépister, dans les formes sociales que l'ont créé, les orientations régressives. Celles-ci proviennent essentiellement de trois sources:

- a) – le désir de mise en vedette de certains individus parmi les malades;
- b) – les organisations autoritaires et caporalistes par des infirmiers et spécialement par des chefs de pavillons;
- c) – une excessive tendance paternaliste chez la médecin.

Il est extrêmement fréquent, en effet, de voir toute une série de sujets antisociaux se passionner pour les activités fournies et y participer avec toutes leurs virtualités d'orientation anormale et en général captative: les délinquants mentalement anormaux, internés après expertise, sont parmi les sujets les plus lucides; placés à l'hôpital pour de longues années, ils risquent, si l'on n'y prend garde, de fournir les cadres, en tous points regrettables, de cette organisation. De même pour certains délirants systématiques paranoïaques, pour lesquels au surplus la structure nécessairement homosexuelle des groupes est un milieu d'élection. L'intervention du médecin, au cours de nombreuses réunions indispensables au fonctionnement, devra consister essentiellement à redresser les propositions venant de tels sujets.

Il arrive fréquemment que les infirmiers ou les chefs de pavillon voient, dans ces créations, l'occasion de "faire du zèle". Ils développent dans le groupe dont ils ont la charge une psychologie particulariste; rapidement ils cristallisent autour d'eux un groupe, véritable garde prétorienne, de malades à leur dévotion, exaltant une sorte de patriotisme de pavillon constamment en compétition avec les autres, ce qui est une forme de désadaptation évidente.

Par bonheur, ces déviations ne manquent pas de susciter de nombreux conflits qui, alors même que le médecin aurait pu se laisser endormir par la belle allure passagère des groupes, le contraignent à intervenir. Il lui suffit alors d'accomplir son métier pour faire disparaître, ou tout au moins réduire, les orientations anormales.

Mais nous touchons là à un des nœuds essentiels de ces techniques. Le médecin lui-même doit être en état de constante vigilance pour que son activité ne tourne pas à la création d'un monde clos, d'un microcosme certes, mais d'un microcosme dont il devient le centre et le Dieu. C'est sans doute là le lieu de rappeler la formule anglo-saxonne qui indique que la psychothérapie collective ne peut être valablement confiée qu'à des médecins capables d'une constante autocritique et parfaitement maîtres de leurs réactions comme de leurs techniques.

Conclusions générales

Nous avons insisté longuement sur les conditions générales dans lesquelles se sont développées ces expériences de psychothérapie institutionnelle. Il convient, avant de terminer, de bien les avoir en tête pour se rendre compte qu'on ne saurait les considérer, en aucun cas, comme une formule définitive et que, si nous les faisons connaître, ce n'est nullement afin de les voir se généraliser.

Dans un pays où la maladie mentale est encore l'objet de tabous graves, où les anciens asiles d'aliénés n'ont été baptisés "hôpitaux psychiatriques" que depuis une quinzaine d'années et sans perdre pour autant leur structure de garderie, nous avons été amenés à adopter les techniques que nous venons d'exposer.

Il est bien certain que si des moyens plus grands nous étaient fournis, nous adopterions une attitude différente. Dès maintenant la situation évoluant, nous devons sans aucun doute modifier notre mode d'opération.

Nous concevons, en effet, actuellement les plus grandes craintes. Le nombre des malades augmente en France sans cesse, depuis cinq ans, le rythme d'accroissement est d'environ 6000 par an (1000 pour

les seuls hôpitaux psychiatriques de la capitale). Bien entendu aucune construction ne vient contrebalancer cet accroissement. Il apparaît de façon fort claire que dans un avenir proche on ne pourra même plus songer à recourir aux techniques de resocialisation que nous venons d'exposer au milieu de la foule qui nous submergera. Notre seul espoir sera alors de tourner notre activité dans un sens différent, probablement d'assistance extra-hospitalière. On voit combien le tableau que nous venons de poser, s'il peut servir de référence, ne peut être considéré comme un exemple à suivre aveuglément.

Ainsi le médecin, et spécialement le psychiatre, apparaît-il comme celui dont la fonction sociale est d'assumer la thérapeutique dans les conditions qui lui sont fournies par la société dont il est citoyen, en adoptant les moyens faibles ou étendus qui lui sont fournis.

Au demeurant, Balvet signalait la solidarité du fou et du monde, de la folie et du monde, de la folie et de son médecin.

Bibliographie

- P. Bernard (1948), *Documents de l'Information Psychiatrique*, Tome 2, Décembre, pp. 81 sq.
- L. Bonnafé (1947), *Annales Médico-psychologiques*, vol. 105, Tome I, pp. 209 sq.
- G. Daumézon (1948), *Annales Médico-psychologiques*, vol. 106, Tome III, pp. 204 sq.
- G. Daumézon (1949), *Annales Médico-psychologiques*, vol. 107, Tome II, pp. 444 sq.
- G. Daumézon (1950), *Annales Médico-Psychologiques*, vol. 108, Tome I, pp. 62 sq.
- P. Sivadon (1952), *Annales Médico-psychologiques*, vol. 110, Tome I.
- P. Sivadon, F. Tosquelles, & Le Guillant (1952), *L'Évolution Psychiatrique*, Tome III, pp. 531-576.
- S.n., s.d., *La Raison*, no. 1, pp. 125 sq.